

# INVENTARISATIE LEEFSTIJLINITIATIEVEN EERSTELIJNSZORG



**ineen**  
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN





# INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>Introductie</b> .....	3
<b>2</b>	<b>Samenvatting &amp; vertaling naar de praktijk</b> .....	5
<b>3</b>	<b>Rapportage inventarisatie leefstijlinitiatieven eerstelijnszorg</b> .....	8
<b>3.1</b>	<b>Inleiding en methode</b> .....	9
	3.1A Onderzoeksvragen.....	9
	3.1B Onderzoeksopzet.....	10
	3.1C Afbakening en disclaimer.....	12
	3.1D Deelnemende organisaties.....	13
<b>3.2</b>	<b>Resultaten</b> .....	14
	3.2A Deskresearch.....	14
	3.2B Interviews.....	16
	3.2C Focusgroepen.....	24
<b>3.3</b>	<b>Conclusies</b> .....	36
<b>3.4</b>	<b>Aanbevelingen</b> .....	38
<b>3.5</b>	<b>Bijlagen</b> .....	40
	3.5A Vragenlijst interview.....	40
	3.5B Vragenlijst focusgroepen.....	41





# 1 Introductie

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken dat een brede leefstijlcoalitie ondersteunt bij de implementatie van leefstijl in de gezondheidszorg (onderdeel Gezond leven en preventie). De Coalitie Leefstijl in de Zorg zet zich in om per 2025 leefstijl integraal onderdeel te maken van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte. In opdracht van de coalitie heeft InEen deze inventarisatie van leefstijlinitiatieven in de eerstelijnszorg laten uitvoeren door het ROS-netwerk. Er zijn ook inventarisaties uitgevoerd in de GGZ en onder ziekenhuizen. De resultaten bieden aangrijpingspunten voor landelijke acties om leefstijl in de zorg te implementeren en bieden handvatten voor regio's die hiermee aan de slag willen.



In september 2022 heeft InEen het Integraal Zorgakkoord (IZA) getekend. Het akkoord verwoordt een belangrijke beweging richting toekomstbestendige zorg en sluit op veel punten aan bij de activiteiten van InEen en haar leden. De afspraken over de implementatie van leefstijl in de zorg krijgen vorm binnen de [Coalitie Leefstijl in de Zorg](#). De coalitie is ingedeeld in [zeven teams](#): onderzoek, samen sterker leren, richtlijnen, praktijkimplementatie en kwaliteit, opleiden en professionaliseren, patiënten en financiering en kosten. InEen is aangesloten bij de coalitie om leefstijl binnen de eerstelijnszorg op te schalen en aan te jagen en neemt daarom deel aan de teams praktijkimplementatie en kwaliteit (PIEK) en financiering en kosten.

Om te zorgen dat de inzet op gezonde leefstijl integraal onderdeel gaat uitmaken van de reguliere zorg, is team PIEK van de Coalitie Leefstijl in de Zorg gestart met brede inventarisaties van bestaande leefstijlinitiatieven binnen de curatieve zorg. Vanuit het team PIEK hebben de NVZ, de Nederlandse GGZ (NL GGZ) en InEen de opdracht gekregen om deze inventarisaties binnen hun werkveld uit te voeren.

### Doel inventarisatie

InEen geeft met deze inventarisatie een overzicht van de huidige stand van zaken van leefstijlinitiatieven binnen de eerstelijnszorg. Het geeft een eerste inzicht in de rol die huisartsen- en eerstelijnsorganisaties in de regio op zich nemen. De inventarisatie besteedt ook aandacht aan belangrijke randvoorwaarden voor succesvolle leefstijlinitiatieven in wijk en regio.

Om leefstijl te kunnen opschalen en aanjagen is het nodig om eerst bestaande initiatieven te onderzoeken. InEen heeft deze opdracht uitbesteed aan het ROS-netwerk. Het ROS-netwerk heeft in kaart gebracht welke interventies, tools en samenwerkingen en andere leefstijlinitiatieven bestaan en wat de kenmerken daarvan zijn. De resultaten vormen input voor team PIEK om tot een onderbouwde landelijke implementatieagenda te komen: wat moet worden aangejaagd, wat kan worden opgeschaald, wat is bevorderend, wat zijn knelpunten en wat moet nog worden ontwikkeld.

Het landelijk ROS-netwerk heeft ervaring met de start, uitrol en het opschalen van leefstijlinitiatieven in verschillende regio's. Deze initiatieven betreffen niet alleen huisartsenzorg, maar ook multidisciplinaire zorg als inzet van het sociaal domein. InEen heeft daarom het ROS-netwerk gevraagd om dit onderzoek uit te voeren. Uit deze inventarisatie komen verschillende conclusies en aanbevelingen naar voren.

### Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een samenvatting van de deelconclusies en aanbevelingen en beschrijft hoe InEen en de leden van InEen hiermee aan de slag kunnen gaan. Hoofdstuk 3 bevat de rapportage van het ROS-netwerk met de belangrijkste resultaten van de inventarisatie.

### Meer informatie en ondersteuning

Voor inhoudelijke vragen over de inventarisatie kan contact worden opgenomen met Myrtille Verhagen, ROS Robuust – [m.verhagen@rosrobust.nl](mailto:m.verhagen@rosrobust.nl)



Voor ondersteuning vanuit InEen kunnen InEen-leden contact opnemen met Corine Bruggers - [c.bruggers@ineen.nl](mailto:c.bruggers@ineen.nl)



De ROS in de regio kan helpen bij het opzetten en verder brengen van (domeinoverstijgende) leefstijlinitiatieven. Kijk voor contactgegevens op [ros-netwerk.nl](https://ros-netwerk.nl).







## Samenvatting & vertaling naar de praktijk



## Sterke beweging op gang

Binnen de eerstelijnszorg is een breed besef dat werken aan leefstijl kansrijk is om passende zorg en ondersteuning te bieden aan patiënten. Er wordt ingezet op de beweging van ziekte naar gezondheid om zorgvragen en chronische ziekten te voorkomen. De focus ligt op het nemen van eigen regie. Het aanleren van een gezonde leefstijl is daarbij belangrijk. Dit sluit aan bij het herontwerpen van de zorg voor mensen met chronische aandoeningen.

De [Visie eerstelijnszorg 2030](#) besteedt ook aandacht aan een gezonde leefstijl en het creëren van een gezonde leefomgeving. Daarbij gaat het onder andere over het verkleinen van gezondheidsverschillen en het beheersen van de zorgvraag. Ook de Toekomstvisie huisartsenzorg 2035, die momenteel in ontwikkeling is, geeft preventie en leefstijl een plek in de huisartsenzorg.

Kortom, er is een sterke beweging op gang. Om de beweging op gang te houden zien we een belangrijke rol voor eerstelijnszorgprofessionals. In de inventarisatie komen verschillende interventies aan bod, zoals Meer Tijd voor de Patiënt inclusief het goede gesprek, de inzet van Positieve Gezondheid, het Leefstijlroer en de Gecombineerde Leefstijlinterventie.

Verder is het belangrijk om een omgeving te creëren waar aandacht voor leefstijl is. Denk hierbij aan het programma ouderenzorg, de valrisicobeoordeling binnen de ketenaanpak valpreventie en het verkennend gesprek (Mentale gezondheidsnetwerk).

## Health in All Policies noodzakelijk

In de komende jaren staan we voor de maatschappelijke uitdaging om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen. Gezondheid wordt door meer bepaald dan alleen door leefstijl, genetische factoren en toegang tot zorg. Ook factoren buiten de gezondheidssector hebben invloed op onze gezondheid, zoals leefomgeving, woonomgeving en inkomen. Door hiermee rekening te houden in beleid, kunnen gezondheidsverschillen kleiner worden (Health in All Policies).

In de Visie eerstelijnszorg 2030 wordt naast leefstijl ook het inrichten van de fysieke omgeving genoemd. We zijn ons er steeds meer van bewust dat de keuzes die we daarin als samenleving maken in hoge mate bepalend zijn voor de gezondheid van mensen en - in het verlengde daarvan - voor de hoeveelheid zorg en ondersteuning die nodig is. Samenwerking tussen gemeenten en publieke sector is nodig om hierin stappen te zetten ([zie domeinoverstijgende samenwerking focusgroepen](#)).

In Een en haar leden zien domeinoverstijgende samenwerking als essentiële voorwaarde voor toekomstbestendige, integrale zorg en ondersteuning voor inwoners. Het vraagt om een brede visie op gezondheid die verder gaat dan de leefstijl, zowel in de zorg en de samenleving als bij overheden. Het verbinden van verschillende partijen en de vorming van sterke eerstelijns samenwerkingsverbanden in wijk en regio kunnen bijdragen aan deze brede visie op gezondheid.

## Grote behoefte aan uitwisseling goede voorbeelden

Uit de inventarisatie blijkt dat professionals behoefte hebben aan kennisuitwisseling en een overzicht van de geleerde lessen. De inventarisatie geeft een [overzicht van initiatieven en tools](#). Er is een tweedeling gemaakt tussen initiatieven in relatie tot de inhoud (interventies en tools) en initiatieven rondom de organisatie van leefstijl (samenwerking en richtlijnen).

Een deel van deze initiatieven krijgt een plek op de implementatieagenda van de coalitie. De implementatieagenda biedt een landelijk podium voor de initiatieven, wat helpt bij het creëren van draagvlak en het werken aan de benodigde randvoorwaarden voor het aanjagen en opschalen van leefstijlinitiatieven in de regio. Daarnaast heeft de Coalitie een [Database Leefstijlinitiatieven](#) ontwikkeld met praktijkvoorbeelden van leefstijl in de zorg.

Voor organisaties en zorgprofessionals die aan de slag willen met leefstijl in de zorg zijn [implementatievouchers](#) beschikbaar. De vouchers geven de financiële ruimte om samen te leren, te ondervinden welke uitdagingen er zijn en wat er nodig is om leefstijl regulier onderdeel van de zorg te maken.



## Leefstijl biedt kansen voor samenwerking met tweede lijn en GGZ

De inventarisatie biedt ook aanknopingspunten voor samenwerking met de tweede lijn en de GGZ. Op regionaal niveau zal deze samenwerking zich naar verwachting verder ontwikkelen door afspraken vanuit het IZA, het GALA en de Visie eerstelijnszorg 2030.

Voor de RHO biedt het organiseren van het verkennend gesprek een mooie kans om de samenwerking rond leefstijl met de GGZ en het sociaal domein concreet vorm te geven.

InEen ziet gedeelde knelpunten in de inventarisaties van leefstijlinitiatieven die door de NVZ en NL GGZ zijn uitgevoerd. Bijvoorbeeld onvoldoende kennis voor verdere opschaling, borging van het initiatief en de randvoorwaarden als bekostiging, houding ten aanzien van leefstijl, draagvlak en externe samenwerking.

Bij de ziekenhuizen en bij de GGZ komen leefstijlinitiatieven vaak 'bottom-up' tot stand, meestal uit bevoegenheid. Er ontstaan zo veel verschillende initiatieven waarvan het effect niet altijd bewezen is. In de eerstelijnszorg worden voortdurend afwegingen gemaakt tussen gestandaardiseerde evidence-based programma's en maatwerkoplossingen (zie [vrijheid en autonomie](#)). Op landelijk niveau gaan de NVZ, NL GGZ en InEen in gesprek om op basis van de inventarisaties concrete acties te formuleren.

De inventarisaties van de NVZ en NL GGZ zijn beschikbaar via de [website van Coalitie leefstijl in de zorg](#).

## Innovatie, opschaling en kwaliteitsbewaking is kwetsbaar

Uit de inventarisatie blijkt dat het (door)ontwikkelen van interventies en het aangaan van samenwerking kwetsbaar is. Een belangrijke oorzaak is dat structurele financiering vaak ontbreekt. Hierdoor is de kwaliteitsbewaking en het opschalen van het initiatief niet gegarandeerd. Deze inventarisatie is gericht op het in beeld brengen van leefstijlinitiatieven vanuit de Zorgverzekeringswet. In zowel de interventies als de verschillende samenwerkingen zien we echter duidelijk dat leefstijl domeinoverstijgend is. Er zijn onderdelen die passen in het basispakket en delen die passen in het sociaal domein. Er is daarom landelijk en regionaal aandacht nodig voor het mogelijk maken van structurele bekostiging voor het slagen van domeinoverstijgende leefstijlinterventies.

## Leefstijl is van niemand of van iedereen

Wie voelt zich verantwoordelijk voor leefstijl in de eerstelijnszorg? Of is leefstijl een verantwoordelijkheid voor het sociaal domein? Regio's en eerstelijnszorg-professionals krijgen veel vrijheid om met leefstijl aan de slag te gaan en hier hun eigen invulling aan te geven. Deze autonomie heeft voordelen, zoals de ruimte voor regionale verschillen. Tegelijkertijd is er vraag naar een heldere definitie van leefstijl en afbakening. Wat is het verschil met leefstijlgeneeskunde en preventie? En in hoeverre moet leefstijl een onderdeel van de zorg zijn? Hierover is landelijke afstemming nodig tussen de koepels in de huisartsenzorg en met andere landelijke partijen. RHO's en eerstelijnsorganisaties kunnen op regionaal niveau onderzoeken welke behoefte er de eerstelijnszorgprofessionals hebben op het gebied van leefstijl en hierop inspelen door het bieden van deskundigheidsbevordering, het ondersteunen van initiatieven en het faciliteren van samenwerking met andere professionals.





3

Rapportage  
inventarisatie  
leefstijl-  
initiatieven  
eerstelijnszorg





## 3.1 INLEIDING EN METHODE

### 3.1A ONDERZOEKSVRAGEN

Om te onderzoeken welke redenen worden gegeven voor het wel of niet inzetten van leefstijlinitiatieven en/of -tools in de eerstelijnszorg zijn de volgende vragen geïnventariseerd:

- In hoeverre zijn branche-/beroepsverenigingen, regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en eerstelijnsorganisaties bekend met leefstijlinitiatieven en/of -tools?
- Worden deze leefstijlinitiatieven en/of -tools gebruikt?
- Wat is de reden waarom deze leefstijlinitiatieven en/of -tools wel of niet gebruikt worden?





## 3.1B ONDERZOEKSOPZET

### Fasering in het proces

Dit onderzoek vond plaats binnen een tijdspad van maart t/m juli 2024, en is ingedeeld in 4 fases. Er is gestart met de inhoudelijke vraagverkenning en definitieve opdrachtformulering (fase 1). Vervolgens is de inventarisatieopzet voorbereid en is een deskresearch uitgevoerd (fase 2). Daarna heeft de uitvoering van de interviews en focusgroepen plaatsgevonden (fase 3). Tot slot zijn een analyse, conclusies en rapportage gemaakt (fase 4). De uitgebreide omschrijving van de activiteiten in iedere fase is te zien in tabel 1.

Fasering:	Inhoud:
Fase 1: Startbijeenkomst - focus en definiëren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Startbijeenkomst met coalitieteam PIEK</li> <li>• Focus aanbrengen en definities vastleggen</li> <li>• Coalitieteam PIEK deelt voorkennis en levert overzicht leefstijlinitiatieven</li> </ul>
Fase 2: Voorbereiding kwalitatieve inventarisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskresearch naar definities en geïnccludeerde leefstijlinitiatieven</li> <li>• Resultaten deskresearch bundelen in Excel</li> <li>• InEen enquête over Visie eerstelijnszorg 2030 en samenwerkingsafspraken i.r.t. leefstijl</li> <li>• Opstellen en vaststellen vragen voor gestructureerde focusgroepen</li> <li>• Doelgroep bepalen</li> <li>• Communicatie vooraankondiging en uitnodiging</li> <li>• Inplannen interviews met branche-/beroepsverenigingen</li> <li>• Inplannen focusgroepen</li> </ul>
Fase 3: Uitvoeren kwalitatieve inventarisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvoeren focusgroepen</li> <li>• Uitvoeren interviews</li> <li>• Transcriberen focusgroepen en interviews m.b.v. softwareprogramma</li> </ul>
Fase 4: Resultaten analyseren, duiden en rapporteren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyseren deskresearch, focusgroepen en interviews</li> <li>• Verzamelen quotes uit focusgroepen en interviews</li> <li>• Duidingssessie voor het duiden van resultaten en bepalen hoofdboodschappen/conclusies</li> <li>• Mogelijke aanbevelingen voor kwantitatieve uitvraag</li> <li>• Rapportage opstellen en vormgeven</li> </ul>

Tabel 1: Procesfasering



## Methode

De methode is kwalitatief van aard en bestond uit deskresearch, interviews en focusgroepen. Dit rapport geeft geen beoordeling of aanbeveling over specifieke leefstijlinitiatieven en/of -tools. De focus ligt op het identificeren van de trends in de eerstelijnszorg met betrekking tot leefstijl en het gebruik van bijbehorende interventies en tools.

## Deskresearch

We startten met een deskresearch om een beeld te vormen van bestaande leefstijlinitiatieven en -tools. De Coalitie Leefstijl in de Zorg/Team PIEK heeft hiervoor een overzicht aangeleverd van leefstijlinitiatieven en/of-tools die geïncorporeerd moeten worden in het onderzoek. Uit de deskresearch kwamen aanvullingen op dit overzicht. Op basis hiervan ontwikkelden we terminologie die gebruikt werd bij de interviews en focusgroepen. InEen heeft daarnaast gedurende de looptijd van de inventarisatie een enquête uitgezet onder RHO's en eerstelijnsorganisaties over de Visie eerstelijnszorg 2030, met daarin vragen over samenwerkingsafspraken in de regio op het thema leefstijl. De resultaten van deze enquête zijn opgenomen in deze rapportage.

## Interviews

In interviews met branche-/beroepsverenigingen vroegen wij naar de visie en rol van branche-/beroepsverenigingen op het gebied van leefstijl, leefstijlinitiatieven en -tools, en de informatieverstrekking hierover richting hun leden.

## Focusgroepen

Daarnaast is door middel van focusgroepen een quickscan gedaan van leefstijlinitiatieven en/of -tools in de praktijk bij eerstelijnszorgprofessionals, de benodigde randvoorwaarden om deze initiatieven en tools in te zetten, en tenslotte de uitdagingen waar professionals nog tegenaan lopen. Om deelnemers te bereiken is gebruikgemaakt van de regionale contacten van de ROS'sen binnen het ROS-netwerk. Om richting te geven aan de gespreks-onderwerpen in de focusgroepen werd vooraf een inventariserende Mentimeter ingezet.

Een overzicht van deelnemende organisaties uit de interviews en focusgroepen is te vinden op [pagina 13](#). De opnames van de interviews en focusgroepen zijn getranscribeerd met behulp van de transcriptiesoftware Amberscript, en zijn vervolgens door de interviewer(s) gecodeerd door middel van een thematische analyse.

*“Ik denk dat we met alle professionals een hele mooie aanvulling op elkaar kunnen zijn. Iedere medische professional kan onwijs goed helpen om urgentie en motivatie te creëren. Op het moment dat iemand zijn leefstijl wil veranderen dan is de leefstijlcoach de aangewezen persoon om samen te werken met de medisch professional, door te coachen op gedragsverandering van leefstijl en zo samen passende ondersteuning te bieden voor de patiënt.”*

*Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)*





## 3.1C AFBAKENING EN DISCLAIMER

### Afbakening definitie eerstelijns(zorg)

Onder eerstelijnszorg wordt volgens de Visie eerstelijnszorg 2030 (2024) verstaan: huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapie, logopedie, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Daar waar we spreken over de eerste lijn bedoelen we naast de eerstelijnszorg ook sociaal domein professionals waaronder sociaal werk, omdat zij essentieel zijn in het ondersteunen van burgers met een hulpvraag die buiten de eerstelijnszorg ligt en daarmee met het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg.

### Afbakening doelgroep

Deze inventarisatie betreft een quickscan. In relatief korte periode is via relevante stakeholders en gemotiveerde professionals het net opgehaald. In overleg met de opdrachtgever is afgesproken niet alle disciplines behorend tot de eerstelijnszorg conform bovengenoemde definitie te includeren. Voor de interviews hebben we ons gericht op enkele beroeps-/brancheverenigingen. Voor de focusgroepen hebben we professionals van RHO's, eerstelijnsorganisaties en paramedici aangeschreven. Verder onderzoek onder een bredere vertegenwoordiging van de eerstelijnszorg is nodig om gedetailleerder uitspraak te kunnen doen over welke redenen worden gegeven voor het wel of niet inzetten van leefstijlinitiatieven en/of -tools in de eerstelijnszorg.

### Dunne scheidslijn tussen zorgverzekeringswet en sociaal domein

We richtten ons op hoofdlijnen op leefstijlinitiatieven en/of -tools welke ingezet worden binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Echter merkten we gedurende het onderzoek dat er binnen de eerstelijnszorg een dunne lijn is tussen wat wel en niet onder de Zvw valt, aangezien soortgelijke initiatieven in een verschillende context zowel binnen als buiten de Zvw geïmplementeerd kunnen zijn. Veel initiatieven vinden daarnaast plaats in samenwerking met het sociaal domein, waarbij de verschillende onderdelen van de initiatieven (gespreksvoering, interventie, administratie, etc.) op verschillende wijzen gefinancierd worden. Hierdoor is het onderscheid soms lastig.

### Overige opmerkingen:

- Inwoners c.q. patiënten zijn niet geïncludeerd in deze inventarisatie. Het is relevant nader onderzoek te doen hoe inwoners/patiënten kijken naar leefstijlinitiatieven en -tools en welke ervaringen zij hiermee hebben.
- Partijen uit het sociaal domein, zoals gemeenten, GGD'en en welzijnsorganisaties zijn niet meegenomen in deze verkenning. Het is interessant om ook deze partijen te bevragen naar hun rol en visie op leefstijlinitiatieven en -tools. Ook dit zijn belangrijke spelers die in contacten met inwoners het onderwerp leefstijl bespreekbaar maken.



### 3.1D DEELNEMENDE ORGANISATIES

In deze inventarisatie hebben we een selectie van eerstelijnszorgorganisaties betrokken. Onderstaand een overzicht van de deelnemende organisaties.

#### Interviews:

- Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) – Amersfoort
- InEen – Utrecht
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) – Amersfoort
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) – Utrecht
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) – Utrecht
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) – Amersfoort

#### Focusgroepen (via contacten uit het ROS-netwerk):

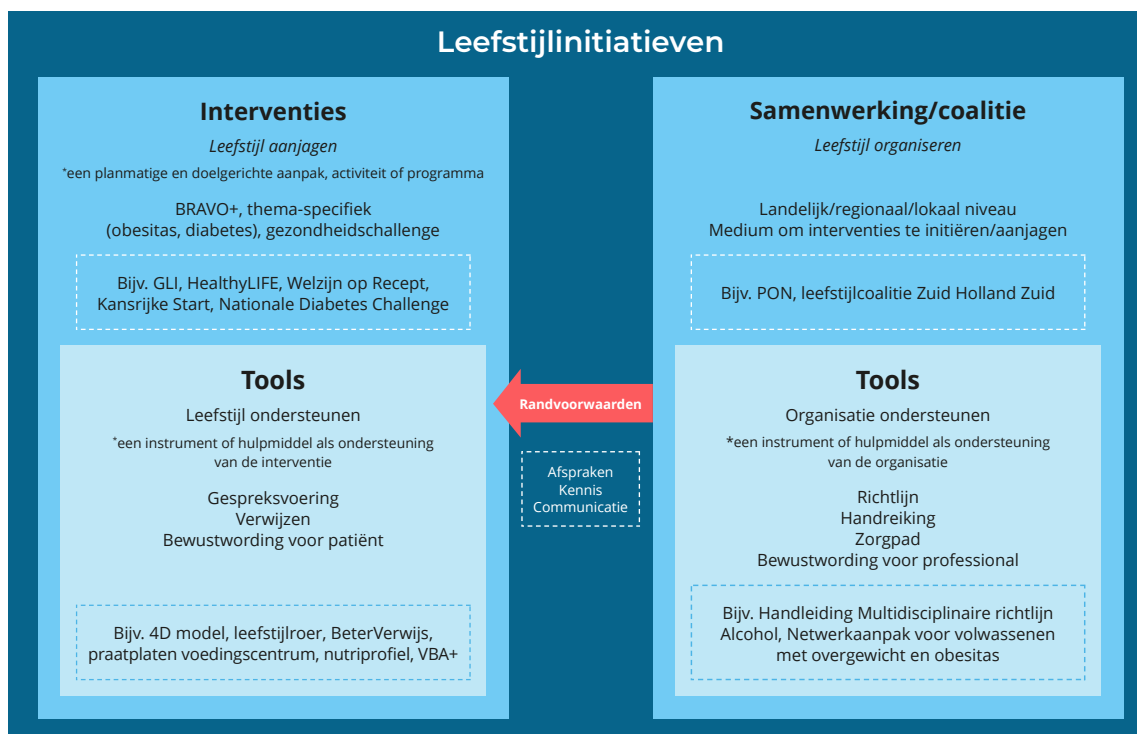
- Eerstelijns Centrum Tiel – Tiel
- De Leefstijlapotheek – Den Haag
- Fysiotherapie Oost Nederland (FYON) – regio Twente
- Huisartsenpraktijk Herengracht – Amsterdam
- Gezondheidscentra Amsterdam Zuidoost (GAZO) – Amsterdam
- Gezondheid voor Iedereen – Den Haag
- HuisartsenOrganisatie Oost-Gelderland – Apeldoorn
- Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg – Heerlen
- Humo voor Huisartsen (2x) – Oss
- Meditta Zorg – Sittard
- Paramedie Oost-Achterhoek (PMOA) – regio Achterhoek
- Paramedisch netwerk Apeldoorn Zutphen en omgeving (PAZeo) – Apeldoorn/Zutphen
- ROS Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL) – Naaldwijk
- Zorggroep Regionale Organisatie Eerstelijns Paramedici Noord Nederland (ROEPNN) – regio Groningen



## 3.2 RESULTATEN

### 3.2A RESULTATEN DESKRESEARCH

Ter voorbereiding op het opstellen van de vragenlijst voor de interviews en focusgroepen hebben wij een theoretisch kader ontwikkeld om de begrippen en definities rondom leefstijlinitiatieven en -tools te verhelderen (zie Afbeelding 1). Zodoende kon het overzicht van leefstijlinitiatieven en -tools, aangeleverd door Team PIEK, gecategoriseerd worden en kon eenduidige communicatie plaatsvinden in de gesprekken.



Afbeelding 1: Theoretisch kader met definities

Met leefstijlinitiatieven bedoelen we alles wat met leefstijl te maken heeft zoals leefstijl-interventies, richtlijnen of de beweegcirkel. Om onderscheid te maken tussen al die initiatieven maken we een tweedeling tussen initiatieven in relatie tot de inhoud (linkerkant van de afbeelding) en initiatieven rondom de organisatie van leefstijl (rechterkant van de afbeelding).

- **Inhoudelijke initiatieven:** Binnen het inhoudelijk deel maken we onderscheid tussen interventies (GLI) en inhoudelijke tools (zoals de beweegcirkel). Met een interventie bedoelen we een planmatig en doelgerichte aanpak, activiteit of programma. Met een inhoudelijke tool bedoelen we een instrument of hulpmiddel als ondersteuning van de interventie.
- **Organisatorische initiatieven:** Leefstijl vraagt ook om initiatieven rondom de organisatie van leefstijl, waarbinnen we onderscheid maken tussen samenwerkingen (landelijke GLI tafel) en organisatorische tools (zoals richtlijnen). Deze organisatorische initiatieven kunnen ook focussen op randvoorwaarden om inhoudelijke interventies te kunnen toepassen, door bijvoorbeeld het maken van (financiële) afspraken, het delen van kennis en het communiceren over leefstijl.





## Overzicht van leefstijlinitiatieven en -tools

Op basis van het theoretisch kader hebben we het overzicht van leefstijlinitiatieven en -tools, aangeleverd door Team PIEK, gecategoriseerd. Het theoretisch kader ondersteunde ons in de clustering en het overzichtelijk maken van de veelheid aan initiatieven en tools. Uit de deskresearch kwam daarnaast een aantal aanvullingen van initiatieven en tools voor deze lijst. De Excel-lijst met het overzicht van leefstijlinitiatieven en -tools is beschikbaar op aanvraag.

## Structuur interviews en focusgroepen

Op basis van het theoretisch kader creëerden we de inhoudelijke structuur voor de interviews en focusgroepen. Hierbij besloten we om in de interviews met branche-/beroepsverenigingen voornamelijk te focussen op de rechterkant van het theoretisch kader, namelijk de initiatieven en tools rondom de organisatie van leefstijl, aangezien dit in lijn ligt met de verantwoordelijkheden van de branche-/beroepsverenigingen. In de focusgroepen met eerstelijnszorg-professionals focusten we voornamelijk op de linkerkant van het theoretisch kader, namelijk de inhoudelijke leefstijlinterventies en -tools. In beide gesprekken kwamen de randvoorwaardelijke aspecten naar voren.

## Resultaten enquête InEen over de Visie eerstelijnszorg 2030

InEen heeft gedurende de looptijd van de inventarisatie een enquête uitgezet onder alle RHO's en eerstelijnsorganisaties aangesloten bij InEen over de Visie eerstelijnszorg 2030. In deze vragenlijst zijn ook 2 vragen opgenomen over samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld over contractering):

- Met welke disciplines heeft uw organisatie reeds gemandateerde formele samenwerkingsafspraken gemaakt en werkt u dus samen? Meerdere antwoorden mogelijk, geef aan per discipline (apotheker, fysiotherapeut, paramedici, wijkverpleging, sociaal domein) over welke onderwerpen u afspraken heeft (benoem belangrijkste voorbeelden).
- Zijn er formele samenwerkingsafspraken tussen uw organisatie en gemeente(n) uit de regio?

Organisaties rapporteerden op deze vragen in enige mate ook over samenwerking t.a.v. leefstijl:

- Ongeveer 45% van de organisaties heeft afspraken over de Gecombineerde Leefstijlinterventie met fysiotherapeuten.
- Twee organisaties in de regio Den Haag en Brabant hebben daarnaast concrete afspraken met gemeenten rondom leefstijl.
- Meerdere organisaties in de regio Zuid Holland Zuid nemen deel aan een Leefstijlcoalitie. Zij bieden o.a. de Gecombineerde Leefstijlinterventie en een leefstijlzorgloket.

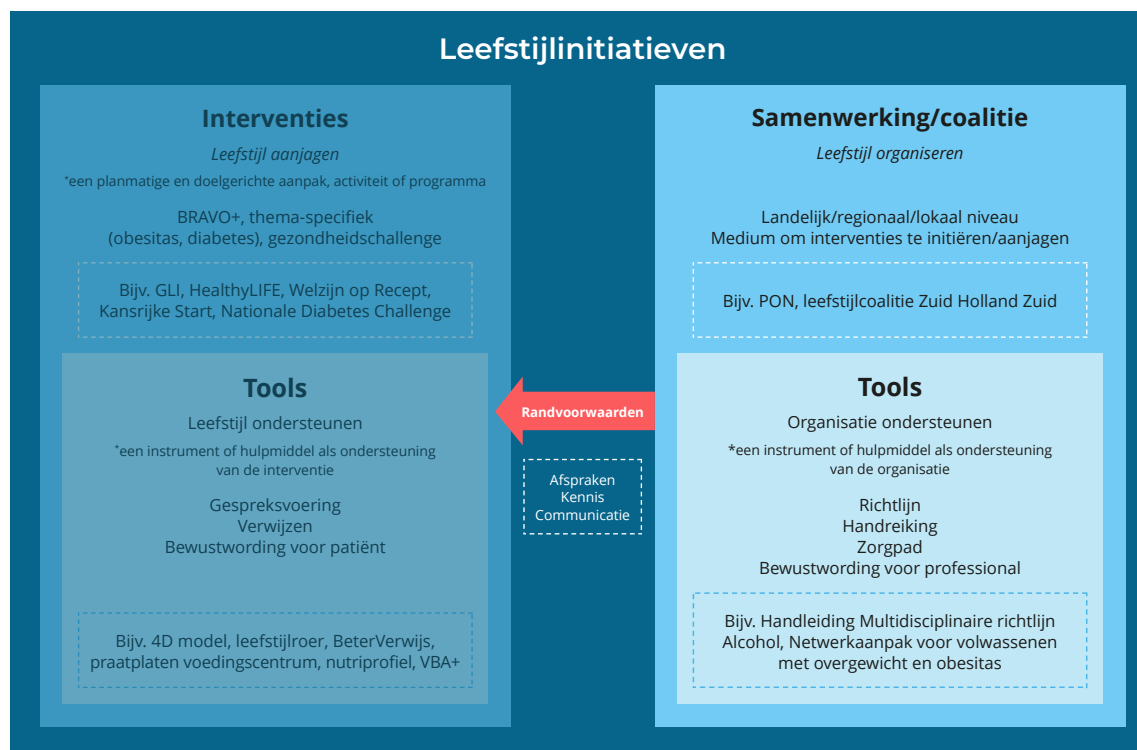
In totaal hebben 42 organisaties deelgenomen aan de enquête.

Zij vertegenwoordigen 36 regio's (regio's volgens indeling [hechtehuisartsenzorg.nl](https://www.hechtehuisartsenzorg.nl) met in totaal 57 regio's).

Bron: Rapportage enquête Visie eerstelijnszorg 2030 (InEen, februari - juli 2024), beschikbaar voor leden van InEen via [LINK](#)

## 3.2B RESULTATEN INTERVIEWS

In totaal zijn er 6 interviews gehouden via Microsoft Teams, van elk ongeveer één uur. De interviews dienden om een beeld te geven van de visie en rol van de branche-/beroepsverenigingen als het gaat over leefstijlinitiatieven en tools, en de informatieverstrekking hierover richting hun leden. Hierbij lag de focus voornamelijk op de rechterkant van ons eerder toegelichte model (zie Afbeelding 2). Ook hebben we aandacht besteed aan de interventies en tools die de leden van de branche-/beroepsverenigingen gebruiken en de rol die de branche-/beroepsverenigingen hebben op het faciliteren van dit inhoudelijke aspect van leefstijl.



Afbeelding 2: Nadruk van interviews op rechterkant theoretisch kader

Door middel van een thematische analyse zijn de interviews geanalyseerd en gecodeerd. De codes zijn vervolgens met elkaar vergeleken en gegroepeerd in 6 hoofdthema's met daaronder een aantal subthema's. Deze zullen in de volgende pagina's toegelicht worden. Dezelfde 6 hoofdthema's zijn gebruikt voor de analyse van de resultaten van de gehouden focusgroepen (zie [pagina 24](#)).

De gebruikte interviewvragen zijn te vinden in [Bijlage A](#), de deelnemende organisaties zijn te vinden op [pagina 13](#).



## Overzicht thema's & subthema's interviews

Onderstaande thema's en subthema's vatten de bevindingen van de interviews op hoofdlijnen samen. Op de volgende pagina's zullen we per thema een toelichting geven.

### Thema 1 - Vrijheid en autonomie

Persoonlijke opvattingen van professionals

Lokale en regionale verschillen

### Thema 2 - Deskundigheidsbevordering

Overzicht van tools en interventies

Taal & definities

### Thema 3 - Faciliteren van randvoorwaarden

Tijd

Financiering

Rolbekendheid en -afbakening

### Thema 4 - Samenleving & overheid

Van zorg naar gezondheid

Gezamenlijke verantwoordelijkheid

### Thema 5 - (Domeinoverstijgende) samenwerking

Landelijke samenwerking

Regionale samenwerking

### Thema 6 - Veranderkundige aanpak

Programmatische aanpak

Borging

Medische en technologische ontwikkelingen





## Thema 1 - Vrijheid en autonomie

## Interviews

### Persoonlijke opvattingen van professionals

Branche- en beroepsverenigingen zien dat er onder professionals verschillende opvattingen bestaan ten opzichte van leefstijl en hun rol hierin. Enerzijds komt naar voren dat enthousiaste professionals een grotere rol innemen dan wat in de richtlijnen van de beroepsverenigingen wordt aanbevolen, anderzijds zijn er professionals die een kleinere rol innemen.

Beroepsverenigingen laten hun leden veelal vrij om zelf te bepalen in hoeverre en hoe zij leefstijl aanpakken. De verantwoordelijkheid voor een leefstijlaanpak ligt bij de professional en/of regionale organisatie. Dit biedt ruimte voor een gepersonaliseerde aanpak, maar resulteert ook in een persoonsafhankelijke variatie tussen de aanpak van verschillende professionals.

### Lokale en regionale verschillen

De autonomie van professionals zorgt er voor dat er vrijheid is om interventies en tools te selecteren die het beste passen bij de specifieke behoeften van zowel de professional als de inwoner. Hierbij kunnen regionale en lokale ontwikkelingen en verschillen meegenomen worden, zoals de regionale inkoop van interventies, of de variaties in sociaaleconomische achtergronden in bepaalde wijken.

*“Er zijn huisartsen die zeggen: ‘wat ik doe, is een druppel op de gloeiende plaat, de maatschappij heeft de grootste invloed op leefstijl.’ Er zijn ook huisartsen die zeggen: ‘ik ga er vol voor. Ik vind leefstijl heel belangrijk’ en die daar initiatief in nemen, zoals wandelen met patiënten. Dat is de vrijheid van de individuele huisarts.”*

*Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)*

## Thema 2 - Deskundigheidsbevordering

## Interviews

### Rolafbakening en -rolbekendheid

Deelnemers aan de interviews benadrukken het belang van afspraken over de rollen en verantwoordelijkheden van verschillende professionals en organisaties. Hierbij moet gekeken worden naar wie verantwoordelijk is voor welk stukje, en waarin de verschillende partijen elkaar versterken. Een concrete afbakening van rollen en verantwoordelijkheden kan helpen bij een effectieve aanpak en samenwerking.

### Definities

Daarnaast zien we ook in de interviews dat de definities van preventie, leefstijl, leefstijlinterventie en leefstijlinitiatief niet altijd duidelijk gedefinieerd zijn, en wisselend gebruikt worden.

### Inspiratie over interventies en tools

Ook ervaren branche-/beroepsverenigingen dat het lastig kan zijn voor hun leden om om te gaan met de verscheidenheid aan interventies en tools. Soms ontbreekt er overzicht van wanneer welke interventie of tool het best past, aangezien dit afhankelijk is van regionale en lokale verschillen.

*“Vele wegen leiden naar Rome en in de huisartspraktijk is het afhankelijk wat past bij een (individuele) huisarts. Wij proberen in de praktijkhandleiding te inspireren en veel verschillende mogelijkheden te laten zien, die kunnen motiveren tot het zetten van kleine stapjes richting meer leefstijl in de spreekkamer.”*

*Lisette van de Laar, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*

## Thema 3 - Faciliteren van randvoorwaarden

## Interviews

### Tijd & financiering

Branche-/beroepsverenigingen in de eerstelijnszorg spelen een cruciale rol bij het faciliteren van de randvoorwaarden die nodig zijn voor professionals om actief te zijn op het gebied van leefstijl. Dit gaat bijvoorbeeld over het faciliteren van tijd om een gesprek over leefstijl te kunnen voeren. Het gaat hierbij niet om het voorschrijven van specifieke interventies, maar om het creëren van een omgeving die het mogelijk maakt voor professionals om actief te zijn met leefstijl. Belangrijke factoren die hierbij genoemd worden zijn tijd en financiering.

### Medische en technologische ontwikkelingen

Tegelijkertijd zien we de invloed van medische en technologische ontwikkelingen. Technologische vooruitgang maakt het bijvoorbeeld makkelijker om digitale GLI's aan te bieden. Aan de andere kant zijn er ook ontwikkelingen die gezien worden als zowel positief als zorgelijk. Zo wordt in dit kader het gebruik van afslankmedicatie bij overgewicht genoemd. Dit kan voor sommige patiënten zeker een positieve bijdrage leveren aan leefstijlverandering, maar wordt ook genoemd als 'quick fix' die de bereidheid van een patiënt om structurele leefstijlveranderingen door te voeren kan beperken.





## Thema 4 - Samenleving & overheid

## Interviews

### Van zorg naar gezondheid

Een groot deel van de uitdagingen rondom gezondheid spelen in de maatschappij als geheel en vinden hun uiting in de individuele leefstijl. In het huidige systeem ligt de focus nog te veel op ziekte en behandeling, terwijl er in de gehele maatschappij meer aandacht moet komen voor preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Branche- en beroepsverenigingen geven aan dat professionals zich hier steeds meer van bewust zijn.

### Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Dit besef leidt tot discussie over de verantwoordelijkheid van (medische) professionals. Het bevorderen van gezonde leefstijl gaat namelijk veel verder dan alleen zorg of het sociaal domein. Het is essentieel dat er een brede maatschappelijke aanpak komt om gezonde leefstijlkeuzes te bevorderen en ondersteunen. Hierbij is bijvoorbeeld een verandering van de omgeving, zodat gezond gedrag gestimuleerd wordt, noodzakelijk.

Deze maatschappelijke taak ligt niet alleen bij de overheid, iedereen kan een bijdrage leveren om gezond gedrag te stimuleren. Ook inwoners kunnen zowel individueel als gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor leefstijlfactoren. Deelnemers aan de interviews benadrukken het belang van collectieve verantwoordelijkheid in het bevorderen van een gezonde leefstijl.

*“We zitten in een tijd van een veranderend zorgsysteem. We kunnen niet alleen meer interveniëren met nazorg. Om het systeem houdbaar te houden zullen we ook moeten gaan inzetten op voorzorg en preventie.”*

*Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)*

*“Er is een grote groep huisartsen die wel inziet dat leefstijl belangrijk is, maar die zich, in de context van de huidige samenleving, waar ongezond gedrag zo makkelijk is, afvraagt: Wie ben ik om dat te gaan beïnvloeden?”*

*Lisette van de Laar, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*

*“Eigenlijk zijn we gewoon allemaal aan zet om dat gesprek over leefstijl aan te gaan, zowel binnen de zorg als onderling in de maatschappij.”*

*Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)*



## Thema 5 - (Domeinoverstijgende) samenwerking

## Interviews

### Landelijke samenwerking

Op landelijk niveau zien we dat er samenwerking is tussen de verschillende branche-/beroepsverenigingen. Echter ontbreekt er een gezamenlijke agenda als het gaat om leefstijl. Elke branche-/beroepsvereniging heeft diens eigen aanpak als het gaat om dit onderwerp. Dit heeft geleid tot een verscheidenheid aan benaderingen en strategieën. Er lijkt behoefte aan meer afstemming en coördinatie op landelijk niveau. Het creëren van een gezamenlijke agenda en het maken van afspraken over verantwoordelijkheden kan helpen om een meer uniforme en effectieve aanpak te bevorderen.

### Regionale samenwerking

In alle interviews wordt het belang van goede domeinoverstijgende samenwerking in de regio genoemd. Deze samenwerking is cruciaal voor het bevorderen van een gezonde leefstijl. Leefstijl kan daarin dienen als een brug naar het sociale domein, waardoor een meer holistische benadering van gezondheid mogelijk wordt. Verschillende deelnemers geven daarnaast aan dat de verwijzer eerst een goed beeld moet hebben van de mogelijkheden binnen en buiten het sociale domein, zodat de professional bij een gesprek over leefstijl ook een goed beeld heeft van de opties. Een overzicht van het aanbod, bijvoorbeeld door een sociale kaart, zou volgens deelnemers een hulpmiddel kunnen zijn.

*“Er zijn in het land hele mooie voorbeelden van hoe monodisciplinaire paramedische organisaties rondom het thema leefstijl hand-in-hand met elkaar zijn gaan optrekken naar een multidisciplinaire samenwerking.”*

*Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)*

*“Door goed samen te werken op landelijk niveau, ondersteunen en stimuleren we als koepels de samenwerking in de regio. Dat begint met elkaar kennen en vertrouwen, op alle niveaus.”*

*InEen*

## Thema 6 - Veranderkundige aanpak

## Interviews

### Programmatische aanpak

Het thema 'Veranderkundige aanpak' benadrukt het belang van een programmatische aanpak bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Hierbij wordt leefstijl beschouwd als een integraal onderdeel van grotere programma's, zoals ouderenzorg, in plaats van als geïsoleerde initiatieven.

De rol van 'early adopters', degenen die nieuwe ideeën of technologieën vroeg omarmen, is cruciaal in deze aanpak. Zij kunnen fungeren als katalysatoren voor verandering en inspireren anderen om ook leefstijlinitiatieven en -tools in te zetten.

### Borging

Een belangrijk aspect van een veranderkundige aanpak is de lange termijn borging. Dit houdt in dat er bijvoorbeeld vaste aanspreekpunten van initiatieven zijn en dat er continuïteit is in de uitvoering van de programma's. Uit de interviews kwam naar voren dat een leefstijlaanpak voor professionals niet geborgd is in de huidige werkwijze. De initiatieven op gebied van leefstijl worden met een korte looptijd gefinancierd. Het is belangrijk dat leefstijlinitiatieven niet als tijdelijke projecten worden gezien, maar als een duurzame inspanning.

Het gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid is daarin essentieel. Dit betekent dat alle betrokkenen zich inzetten voor de lange termijn en bereid zijn om ook te investeren, om zo op termijn te komen tot structurele financiering.

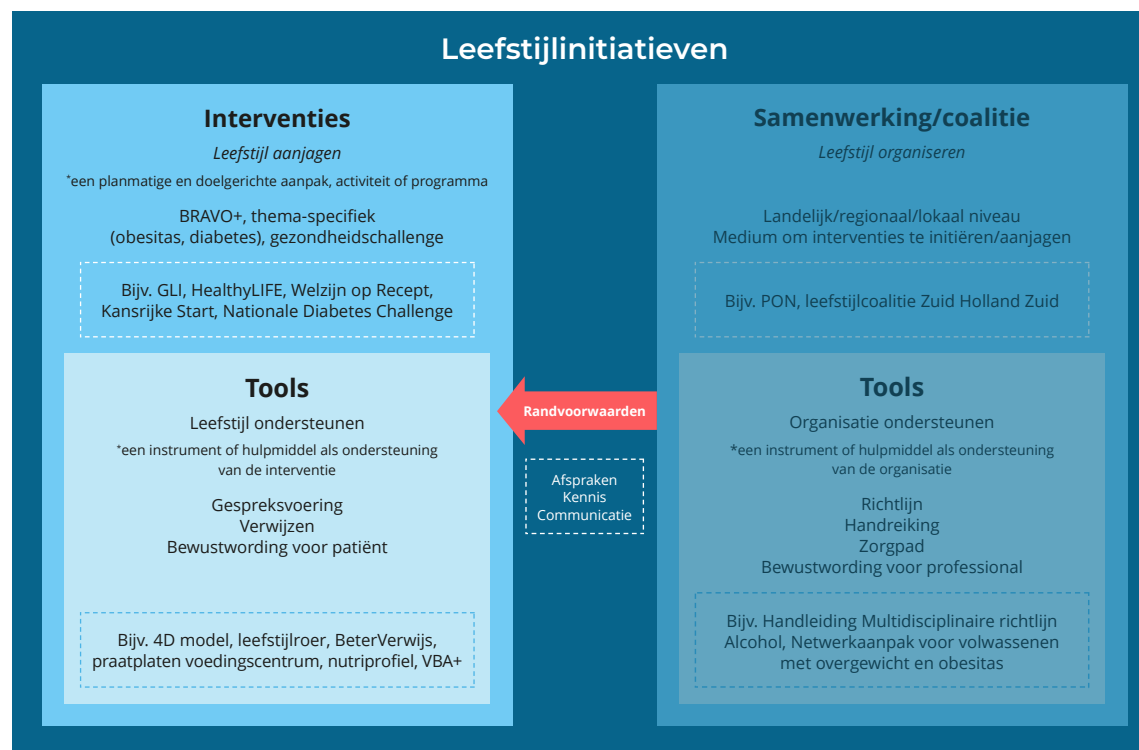
*“Het helpt ontzettend als er vaste aanspreekpunten zijn. Dus dat er niet elke keer een nieuw iemand zit of dat een initiatief wat goed loopt, na twee jaar weer stopt.”*

*Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)*



## 3.2C RESULTATEN FOCUSGROEPEN

In totaal zijn er 4 focusgroepen gehouden via Microsoft Teams, van elk ongeveer 1,5-2 uur. Er hebben 15 professionals deelgenomen, verspreid over heel Nederland (zie [pagina 13](#)). De focusgroepen dienden om een beeld te geven van de inzet van leefstijlinitiatieven en/of -tools in de praktijk bij eerstelijnszorgprofessionals. Hierbij lag de focus op de linkerkant van ons eerder toegelichte model (zie Afbeelding 3): de inhoudelijke interventies en tools, en de randvoorwaarden die nodig zijn om deze in te kunnen zetten.



Afbeelding 3: Nadruk van focusgroepen op linkerkant theoretisch kader

Om richting te geven aan de gespreksonderwerpen in de focusgroepen werd vooraf een inventariserende Mentimeter ingezet. Hierin werd onder andere gevraagd naar associaties met leefstijlinitiatieven, de interventies en tools die gebruikt worden, en de bestaande samenwerkingen op het gebied van leefstijl.

Door middel van een thematische analyse zijn de focusgroepen geanalyseerd en gecodeerd. Hierbij kozen we voor een deductieve codering, waarbij de thema's uit de interviews gebruikt zijn als startpunt voor de analyse van de focusgroepen. De uiteindelijke codes zijn gegroepeerd in dezelfde 6 hoofdthema's als bij de interviews, met daaronder een aantal vergelijkbare en nieuwe subthema's. We doen in dit hoofdstuk geen uitspraken over of een bepaalde interventie of tool meer of minder wordt toegepast in de eerstelijnszorg. In de volgende pagina's duiden we welke beweging in de eerstelijnszorg plaatsvindt ten aanzien van leefstijl(initiatieven) en het gebruik van ondersteunende interventies en tools.

De gebruikte Mentimeter- en gespreksvragen voor de focusgroepen zijn te vinden in [Bijlage B](#), de deelnemende organisaties zijn te vinden op [pagina 13](#). Op de volgende pagina zullen we in het kort een beeld schetsen van de uitkomsten van de Mentimeters, en de genoemde initiatieven en tools. Daarna zullen we de thema's toelichten.





## Mentimeters en genoemde initiatieven en tools

### Resultaten Mentimeters

Voorafgaand aan de focusgroepen kregen deelnemers de gelegenheid via Mentimeters aan te geven met welke leefstijlinitiatieven en -tools zij bekend zijn, ze gebruiken en waarom. Daarnaast is aan deelnemers in deze Mentimeters gevraagd wat ze graag wilden bespreken. Dit gaf deelnemers de gelegenheid om richting te geven aan de gespreksonderwerpen. Twee zaken vielen op: Op de vraag waarom leefstijlinitiatieven en -tools worden gebruikt geven eerstelijnsprofessionals aan dat ze vooral laagdrempelig, eenvoudig en breed toegankelijk zijn in gebruik.

En ten tweede: Bij de vraag waar je aan denkt als het gaat over leefstijlinitiatieven, wordt het onderwerp domeinoverstijgende samenwerking vaak benoemd. Dit is eveneens een onderwerp waar de deelnemers graag over in gesprek willen met elkaar.

### Resultaten genoemde initiatieven en tools

Hieronder een opsomming van enerzijds leefstijlinterventies en -tools en anderzijds samenwerkingen en bijbehorende tools, die deelnemers benoemden tijdens de focusgroepen. Resultaten worden gepresenteerd in willekeurige volgorde en kunnen niet kwantitatief geduid worden.

#### Genoemde interventies en tools:

- GLI volwassenen (Cool, Beweegkuur, Slimmer, MiGuide)
- GLI kinderen en jeugd (Your coach next door)
- VVR Restyle
- Stoppen met roken
- Keer Diabetes2 om
- Patient journey diabetes
- Supermarktsafari's
- Meer tijd voor de patiënt (goede gesprek)
- Leefstijlroer
- Positieve gezondheid
- 4D-model
- Vragenlijsten Arts en Leefstijl, Check Oorzaken Overgewicht
- Keigezond Limburg
- HealthyLIFE

#### Genoemde samenwerkingen en tools:

- Buurtteams
- (Buurt)sportcoaches, bijvoorbeeld door GLI uurtjes boksen, zwemmen, bootcamp
- Leefstijlcoaches
- Gemeenten
- Gezondheidsmakelaars
- Beweegmakelaars
- POH-verslaving
- Sportverenigingen
- Leefstijl(zorg)loketten
- Welzijn op recept
- Samenwerkwijzer
- ICT platformen/tools, zoals VIPP Live, Monter, Huddle



## Overzicht thema's & subthema's focusgroepen

Onderstaande thema's en subthema's vatten de bevindingen van de focusgroepen op hoofdlijnen samen. De hoofdthema's zijn dezelfde als gebruikt voor verwerking van de interviews (pag. 17). Op de volgende pagina's zullen we per thema een toelichting geven.

<p><b>Thema 1 - Vrijheid en autonomie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persoonlijke motivatie van eerstelijnsprofessional</li> <li>Lokale en regionale verschillen</li> <li>Standaard programma's vs. maatwerk</li> </ul>	<p><b>Thema 2 - Deskundigheidsbevordering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kennis- en leernetwerk voor inspiratie</li> <li>Overzicht van tools en interventies</li> <li>Taal en definities</li> <li>Teachable moments</li> </ul>	<p><b>Thema 3 - Faciliteren van randvoorwaarden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rolbekendheid en -afbakening</li> <li>Tijd</li> <li>Financiering</li> </ul>
<p><b>Thema 4 - Samenleving &amp; overheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mindset</li> <li>Van zorg naar gezondheid</li> <li>Bestendigen van beleid</li> <li>Gezonde leefomgeving</li> </ul>	<p><b>Thema 5 - (Domeinoverstijgende) samenwerking</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gezondheids- en preventieinfrastructuur</li> <li>Regionaal, gemeente en wijk/buurt</li> <li>Belang van goede vraagverheldering</li> </ul>	<p><b>Thema 6 - Veranderkundige aanpak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Experimenteren</li> <li>Ambassadeurs</li> <li>Medische en technologische ontwikkelingen</li> </ul>



## Thema 1 - Vrijheid en autonomie

## Focusgroepen

### Persoonlijke motivatie van eerstelijnsprofessional

Persoonlijke motivatie van eerstelijnsprofessionals speelt een cruciale rol bij het toepassen van leefstijlinterventies en -tools. Professionals die intrinsiek gemotiveerd zijn, vinden het belangrijk om leefstijlverandering te bevorderen en maken hier bewust tijd voor vrij in de gesprekken met hun patiënten. Deze motivatie en prioritering leiden er tevens toe dat zij in mogelijkheden denken en creatieve oplossingen vinden om patiënten te ondersteunen bij een gezondere leefstijl.

### Lokale en regionale verschillen

Hoewel de grote lijnen van de problematieken in de eerstelijnszorg gelijk zijn, bestaan er aanzienlijke verschillen tussen regio's. De gezondheidsuitdagingen (ook in relatie tot gezonde leefstijl) in een stedelijk gebied zijn vaak anders dan die op het platteland, en zelfs binnen wijken kunnen de uitdagingen sterk variëren door o.a. de bevolkingssamenstelling, culturele aspecten, sociaaleconomische aspecten en omgevingskenmerken. Dit vraagt om lokale en/of regionale verschillen in beleid, aanpak en investering om gezondheidsverschillen effectief te verkleinen.

In de focusgesprekken constateerden we ook dat er verschillen zijn tussen RHO's. Sommige RHO's willen kartrekker zijn op het gebied van leefstijl en preventie en willen zich (pro-)actief inzetten om bijv. initiatieven, tools, loketfuncties en scholingen te ontwikkelen. Hierbij zoeken ze wel nadrukkelijk de samenwerking op met lokale en regionale partners. Andere RHO's kijken juist naar partijen als gemeenten en ziekenhuizen om de rol als kartrekker te pakken om een aanbod te genereren dat gezonde leefstijl agendeert en stimuleert.

*“Het blijft altijd natuurlijk wel dat je zo dicht mogelijk bij erkende interventies wilt blijven, maar dat wil niet altijd zeggen dat dat de enige interventie is. Wij ontdekken ook wel dat maatwerk soms beter werkt dan een standaard interventie. Eigenlijk moet je die ruimte hebben om dat individueel in te vullen.”*

*Fysiotherapeut, Coöperatie Paramedie Oost-Achterhoek*

### Standaard programma's versus maatwerk

Binnen de eerstelijnszorg worden er voortdurend afwegingen gemaakt tussen gestandaardiseerde evidence-based programma's ten opzichte van maatwerkoplossingen. Gestandaardiseerde programma's bieden het voordeel van een bewezen effectiviteit en efficiëntie, doordat deze programma's door de tijd heen vaker geïmplementeerd en verfijnd zijn. Maatwerk biedt echter de mogelijkheid om beter in te spelen op de unieke behoeften en omstandigheden van individuele patiënten. Eerstelijnszorg professionals geven in de gesprekken aan ruimte te voelen en vrijheid te ervaren in het zoeken naar mogelijkheden die passen bij de hulpvraag van hun patiënten. De uitdaging ligt in het vinden van een balans tussen deze benaderingen om zowel efficiëntie als personalisatie te waarborgen.

## Thema 2 - Deskundigheidsbevordering

## Focusgroepen

### Kennis- en leernetwerk voor inspiratie

Het opzetten van kennis- en leernetwerken biedt een waardevolle kans voor zorgprofessionals in de eerstelijnszorg om hun kennis op het gebied van leefstijl te verrijken. Tijdens focusgroepen ontstond spontaan een uitwisseling van ervaring, kennis en zelfs contactinformatie. Deelnemers gaven ook aan dat ze een sterke interesse hebben om te leren van collega's uit andere regio's, waar verschillende benaderingen en praktijkvoorbeelden worden toegepast. Door uitwisseling ontstaat een dynamische leeromgeving waar nieuwe ideeën worden geboren en innovatieve oplossingen worden toegepast. Dit initiatief kan tevens helpen te voorkomen dat elke regio het wiel opnieuw moet uitvinden en draagt bij aan een samenwerking op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

### Overzicht van tools en interventies

Eerstelijnsprofessionals geven aan vaak een zoektocht te ervaren naar het juiste aanbod dat aansluit bij de hulpvraag en behoeften van hun cliënten en patiënten. De overvloed aan initiatieven en tools op landelijk, regionaal en lokaal niveau en de snelheid waarbij initiatieven ontstaan dan wel stoppen, maken het een complex geheel. Professionals hebben moeite om door de bomen het bos te zien en het meest effectieve aanbod te selecteren. Huisartsen hechten veel waarde aan richtlijnen en 'bewezen' interventies. Er is een behoefte aan inzichten in effectiviteit en scholing over leefstijlaanbod en mogelijk zelfs verduidelijkende stroomdiagrammen die helpen bij een efficiënte toeleiding naar passende ondersteuning.

*“Er zijn allemaal regionale initiatieven, en iedereen pakt het op zijn eigen manier aan, wat supergoed is. Maar ik zou het wel mooi vinden als we meer landelijk zouden optrekken met de zorggroepen om van elkaar te leren.”*

*Leefstijlcoach en Projectleider Leefstijl en Positieve Gezondheid, Meditta*

*“Wij hebben COOL en de beweegkuur gecontracteerd. Die programma's zijn echt verschillend. Huisartsen hebben vaak geen idee dat die programma's verschillend zijn. Een GLI is een GLI, in hun hoofd.”*

*Manager geïntegreerde zorg, Eerstelijns Centrum Tiel*





### Taal en definities

Eerstelijnsprofessionals ervaren een gebrek aan duidelijk en eenduidig jargon, wat communicatie en samenwerking bemoeilijkt. Er zijn verschillende definities en beelden bij bijv. termen als 'interventie', 'preventie' of 'leefstijlgeneskunde'. RHO's geven aan dat het bijvoorbeeld makkelijker is om huisartsen aan te spreken op een rol t.a.v. leefstijlgeneskunde, dan t.a.v. preventie. Het is essentieel om een heldere terminologie te ontwikkelen die aansluit bij de praktijk van zorgprofessionals, zodat iedereen dezelfde taal spreekt en dezelfde doelen nastreeft.

### Teachable moments

Professionals in de eerstelijnszorg zien dat er regelmatig unieke kansen zijn, zogenaamde 'teachable moments', om met patiënten over leefstijl te praten. Op bepaalde momenten zijn patiënten ontvankelijker voor gedragsverandering en leefstijladviezen. Bijvoorbeeld rondom de geboorte van een kind, bij afwijkende testuitslagen of bij de diagnose van een (chronische) ziekte. Deze momenten mogen niet onbenut blijven om leefstijlgesprekken te initiëren. Het benutten van deze teachable moments kan een aanzienlijke impact hebben op de motivatie en gedragsverandering van patiënten. Professionals zien dat ze hiermee grote invloed kunnen hebben, maar hebben nog wel behoefte aan verduidelijking wanneer die momenten zich aandienen, hoe je deze kunt herkennen, en hoe je daar als professional dan mee omgaat.

*“Bij gemeenten en buurtteams zijn er andere methodieken, dus dat is nog even zoeken. Dat zijn toch verschillen in taal, die je soms hebt. Maar als je dat een beetje afpelt komt het eigenlijk op hetzelfde neer.”*

*Directeur bedrijfsvoering, GAZO*

*“De eerste 1000 dagen zijn bijvoorbeeld cruciaal om een aantal dingen goed neer te zetten. Mensen zijn vaak dan iets meer ontvankelijker om allemaal boodschappen te accepteren. Dus daar begint vaak wel een stukje gedragsverandering.”*

*Directeur bedrijfsvoering, GAZO*

## Thema 3 - Faciliteren van randvoorwaarden

## Focusgroepen

### Rolbekendheid en -afbakening

De afbakening van de rol van eerstelijnszorgprofessionals bij leefstijlinitiatieven wordt momenteel nog vaak als onduidelijk ervaren. Leefstijl wordt als een gedeelde verantwoordelijkheid gezien, waardoor het gevaar ontstaat dat niemand zich er echt verantwoordelijk voor voelt. Dit komt doordat er een dunne scheidslijn bestaat tussen de verantwoordelijkheden van de eerstelijnszorg en de samenwerking met ziekenhuizen, maar ook niet Zvw-gefinancierde partijen als gemeenten en partners uit het sociaal domein. Een concrete afbakening van rollen en verantwoordelijkheden is een randvoorwaarde om leefstijlinitiatieven binnen de eerstelijnszorg breed te laten omarmen.

### Tijd

Uit de gesprekken komt naar voren dat tijd een essentiële randvoorwaarde is voor o.a. huisartsen en praktijkondersteuners voor het bespreekbaar maken van leefstijl met hun patiënten. Maar ondanks dat deze professionals formeel meer tijd voor de patiënt hebben, blijven ze het moeilijk vinden om voldoende tijd te nemen voor goede leefstijlgesprekken. Als leefstijl als minder belangrijk wordt beschouwd, zijn er genoeg andere urgente zaken die de aandacht vragen. Dit impliceert dat tijdsbesteding direct gekoppeld is aan de waarde die de zorgverlener hecht aan leefstijlgesprekken.

*“De tijd is beperkt. Ik kan er zo vier, vijf mensen bij zetten die hiermee bezig zouden kunnen zijn, maar dat is een investering in geld en capaciteit die ik niet heb.”*

*Directeur bedrijfsvoering, GAZO*

### Financiering

Naast tijd speelt ook de beschikbaarheid van financiering een cruciale rol. Het ontbreken van structurele financiering voor leefstijlinitiatieven wordt als knelpunt ervaren. Zorgprofessionals worstelen met het inzichtelijk maken van de maatschappelijke business case van leefstijlinitiatieven. Er is behoefte aan een breedgedragen visie op leefstijlinterventies en leefstijlgeneeskunde die verder gaat dan traditionele financiële modellen en die rekening houdt met de bredere impact van leefstijlinterventies op de gezondheid en welzijn van patiënten (Quadruple Aim of zelfs Quintuple Aim).



## Thema 4 - Samenleving & overheid

## Focusgroepen

### Mindset

Deelnemers geven aan dat gezonde leefstijl en preventie een breed maatschappelijk vraagstuk zijn. Dit vraagt om een landelijke, maatschappelijke verandering: de verschuiving van mindset van zowel inwoners, professionals en organisaties. Bewustwording en een cultuurverandering zijn essentieel. De eerstelijnszorg kan daar als laagdrempelige ingang voor mensen op het gebied van gezondheid wel een betekenisvolle rol in spelen. Door gezondheid integraal te benaderen in alle facetten van onze samenleving kunnen we werken aan een cultuur waarin een gezonde leefstijl de norm wordt en niet de uitzondering.

### Van zorg naar gezondheid

Het bevorderen van een gezonde leefstijl staat hoog op de maatschappelijke agenda, waardoor leefstijlgeneeskunde steeds belangrijker wordt in de eerstelijnszorg. Deze ontwikkeling biedt een unieke kans om de focus te verleggen van ziektebehandeling naar gezondheidsbevordering, aldus eerstelijnsprofessionals. Het vereist een fundamentele verandering in hoe we denken en handelen, waarbij preventie en gezondheidsbevordering centraal staan. Integratie van leefstijladvies in zorgprogramma's voor bijvoorbeeld chronische aandoeningen en hoogrisicopatiënten is essentieel om gezondheidsresultaten te verbeteren.

*“Het is echt een hele ommekeer voor sommige collega's om een mens in zijn totaliteit te leren zien. Dus voordat je zo'n gesprek op gang krijgt om over leefstijl te praten, is daar wel veel voor nodig. Er moet echt op alle vlakken een mentaliteitsverandering komen, niet alleen bij onze patiënten.”*

*Huisarts, Huisartsenpraktijk Herengracht*



### Bestendigen van beleid

Een belangrijke randvoorwaarde voor het succes van leefstijlinterventies is een langdurige investering en een consistente benadering in beleid van overheden en zorgverzekeraars. De aandacht voor een gezonde leefstijl mag niet verslapen, aldus deelnemers. Het vergt lef en een langetermijnvisie van bestuurders in de zorg, sociaal domein, overheid en zorgverzekeraars. Het is essentieel dat zij niet alleen beleid formuleren, maar dit ook voortdurend bewaken en actief uitdragen. Door langdurige en consistente aandacht en inzet kunnen de positieve effecten van leefstijlbeleid worden bestendigd en verankerd in de samenleving. Langdurig en consistent beleid geeft ook ruimte om bottom-up leefstijlinitiatieven te verkennen, vormgeven en verduurzamen.

### Gezonde leefomgeving

Eerstelijnsprofessionals onderschrijven dat – naast initiatieven in het zorgdomein – ook omgevingsaspecten heel belangrijk zijn voor het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het creëren van een gezonde leefomgeving verdient meer aandacht. Dit betekent dat de fysieke, sociale en economische omstandigheden zodanig moeten worden ingericht dat gezonde keuzes de makkelijke keuzes worden. Dit omvat onder andere de toegankelijkheid van gezonde voeding, veilige en uitnodigende ruimtes voor fysieke activiteit, een locatiebeleid voor horeca en initiatieven die sociale steun voor gezonde gewoonten bevorderen. Overheden en organisaties moeten samenwerken om een leefomgeving te realiseren die gezondheid stimuleert en faciliteert.

*“Ik zit in een regio waar we met twee preferente zorgverzekeraars te maken hebben. Die staan er, bijvoorbeeld ten aanzien van leefstijl, verschillend in met hun beleid. Daar heb je ontzettend veel last van. En dan heb je ook nog eens binnen de zorginkoop met allerlei verschillende zorginkopers te maken en dat maakt het soms ingewikkeld om dat weer bij elkaar te brengen, om gewoon tot afspraken te komen.”*

*Directeur bedrijfsvoering, HUMO*

*“Wij gaan in ieder geval vanuit huisartsen zeggen: als wij een nieuwe praktijk vestigen, wil ik zekerheid hebben dat binnen een straal van 200 meter geen fastfoodketen komt op een nieuw te vestigen locatie. Anders ga ik daar niet zitten, dan wil ik daar ook niet zitten. Als ze dat wel toelaten als overheid, dan is het ook dweilen met de kraan open.”*

*Directeur bedrijfsvoering, GAZO*





## Thema 5 - (Domeinoverstijgende) samenwerking

## Focusgroepen

### Gezondheids- en preventieinfrastructuur

Eerstelijnszorgprofessionals zijn van mening dat leefstijl niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van het zorgdomein is. Zij zien vooral kansen in domeinoverstijgende samenwerking met diverse maatschappelijke partners, inclusief de inwoners zelf. Uit de focusgesprekken blijkt dat het onderwerp leefstijl een interessant en succesvol smeermiddel kan zijn voor (domeinoverstijgende) samenwerkingen.

Een goede gezondheids- en preventieinfrastructuur is hiertoe essentieel. Dit begint met de beschikbaarheid en vindbaarheid van een actuele sociale kaart van de wijk – al dan niet met behulp van een ‘makelaar’ of ‘loket’ – waardoor professionals precies weten welke voorzieningen en hulpbronnen beschikbaar zijn. Het gaat daarbij om de professionele ondersteuning die in een wijk georganiseerd is, maar ook om het verengingsleven en de informele steun/netwerken in de wijk. Het kennen van elkaar, weten naar wie verwezen kan worden, en wat anderen kunnen bieden, is cruciaal. Dit bevordert een netwerk waarin professionals elkaar ondersteunen en samenwerken om de best mogelijke ondersteuning te bieden. Het doel is dat patiënten efficiënt en effectief doorverwezen worden naar de juiste hulpverleners en interventies.

*“Als huisarts moet je op het goede moment het goede laatje opentrekken om naar te verwijzen. En vaak weet je niet dat er dan ook nog een kastje naast staat met allemaal andere laatjes daarin. Een leefstijlsprekkuur met gezondheidsmakelaar zorgt er als soort loket voor dat iemand dat hele kastje, met al die laatjes daarin, kent en dat de huisarts daarmee ontzorgd wordt.”*

*Manager geïntegreerde zorg, Eerstelijns Centrum Tiel*

### Regionaal, gemeente en wijk/buurt

Domeinoverstijgende samenwerking moet niet alleen op wijkniveau plaatsvinden, maar ook gemeentelijk en regionaal worden gecoördineerd. Op regionaal niveau kunnen brede strategische samenwerkingen en beleidsafstemming plaatsvinden. De regionale organisatiegraad van eerstelijnsprofessional is hiervan een goed voorbeeld. Op wijk- en buurtniveau is het van belang dat er directe en praktische samenwerkingen zijn tussen zorgprofessionals, sociale diensten en andere relevante partijen. Het creëren van sterke netwerken op elk van deze niveaus zorgt ervoor dat zorg en preventie naadloos op elkaar aansluiten, wat leidt tot betere gezondheidsresultaten voor de gehele samenleving, aldus deelnemers.

### Belang van goede vraagverheldering

Een effectieve vraagverheldering is essentieel om de hulpvraag en specifieke behoeften van patiënten/inwoners nauwkeurig te kunnen beoordelen, zodat maatwerk geboden kan worden bij (door)verwijzing.

Goede vraagverheldering kan ook uitgevoerd worden door een professional uit een ander domein dan de zorg. Bij voorkeur vindt deze verdieping zo vroeg mogelijk plaats, om te bepalen of een gezondheidsvraag een zorgvraag is, of dat deze op een andere wijze opgepakt kan worden. Het is daarom belangrijk om een gestructureerde aanpak te ontwikkelen die zorgt voor een heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden en zorgt voor een effectieve samenwerking tussen de zorgsector, gemeenten en het sociaal domein.

*“Kijk naar de ontwikkeling van het vaperen. Zullen we scholing over vaperen gaan aanbieden? Voor de praktijkhouders kun je dat wel doen, maar jongeren die vaperen komen over het algemeen niet in de huisartsenpraktijk. Die leeftijdscategorie is ingewikkeld om te bereiken. Dan zou je dat in samenwerking binnen de regio moeten doen, met voorlichting op scholen en voorlichting aan ouders.”*

*Directeur bedrijfsvoering, HUMO*

*“De samenwerking van de paramedici moet ook echt georganiseerd zijn en daar zijn ze hier nu ook wel mee bezig. Dat maakt ook wel dat ze voor ons echt een aanspreekpunt gaan worden. Dat maakt het gemakkelijker om over zo'n ketenaanpak als valpreventie met elkaar in gesprek te zijn.”*

*Directeur bedrijfsvoering, HUMO*

## Thema 6 - Veranderkundige aanpak

## Focusgroepen

### Experimenteren

De overgang van zorg naar gezondheid vereist experimenteren en een proactieve houding. Het integreren van leefstijlgesprekken als logisch onderdeel van de eerstelijnszorg is nog in een prematuur stadium en zal enkele jaren duren. Het is daarom essentieel om te experimenteren met nieuwe benaderingen, proactief te handelen en gewoon te doen: "Take it or lose it.", aldus een huisarts. Door successen te ervaren en te leren van wat wel en niet werkt, kunnen zorgprofessionals leefstijlinitiatieven ontwikkelen en verfijnen.

### Ambassadeurs

Betrokken en bevlogen professionals zijn cruciaal voor het succes van veranderkundige processen. De deelnemers zien zichzelf als voorlopers en ambassadeurs van het thema leefstijl, en spelen een belangrijke rol in het inspireren en motiveren. Hierbij wordt het voorbeeld genoemd van 'practice what you preach' in hun eigen omgeving en organisatie, zoals het zorgen voor een gezonde lunch. Door klein te beginnen kunnen anderen geïnspireerd worden tot een bredere implementatie van leefstijlinitiatieven.

### Medische en technologische ontwikkelingen

Deelnemers illustreren dat medische en technologische ontwikkelingen een grote rol spelen in de evolutie van de (eerstelijns)zorg, met aanzienlijke impact op zowel patiënten als zorgverleners. Digitale gezondheidstechnologieën bieden kansen voor zorg op afstand en gepersonaliseerde zorgprogramma's. Dit geldt ook voor leefstijl gerelateerde vraagstukken. Tegelijkertijd brengen voortdurende ontwikkelingen in medicatie en behandelingen, ondersteund door steeds meer wetenschappelijk bewijs, een verschuiving teweeg in de aanpak van diverse gezondheidsproblemen.

*“De laatste tijd krijg ik GLI aanmeldingen van mensen die zeggen: “ik wil eigenlijk direct afslankmedicatie, maar moet eerst één jaar bij jou de GLI doen. En als ik dan wat gewicht verlies krijg ik de medicatie niet meer, omdat ik dan niet meer aan de BMI-voorwaarde voldoe”. Dat is niet de juiste motivatie om aan gedragsverandering te werken. Nieuwe medicijnen kunnen een goede ontwikkeling zijn, maar kunnen ook gedragsverandering belemmeren.”*

*Leefstijlcoach, Fysiotherapie Oost Nederland (FYON)*

## 3.3 CONCLUSIES

Dit onderzoek richtte zich op leefstijlinitiatieven en/of -tools die gebruikt worden in de eerstelijnszorg en de redenen voor het wel of niet inzetten daarvan. Uit dit onderzoek zijn verschillende conclusies naar voren gekomen.

### 1. Leefstijlinitiatieven en -tools in de eerstelijnszorg

Er zijn verschillende kenmerken van leefstijlinitiatieven en -tools die als essentieel worden gezien voor hun inzet, waaronder het laagdrempelig, eenvoudig en breed toegankelijk zijn in gebruik. De genoemde initiatieven en -tools in dit onderzoek richten zich vaak op domeinoverstijgende samenwerking. Dit is eveneens een onderwerp waar de deelnemers graag over in gesprek willen met elkaar. Ondanks dat er geen kwantitatieve duiding heeft plaatsgevonden, zien we dat bij het begrip 'leefstijlinitiatief' vaak direct de associatie met de verschillende GLI programma's gelegd wordt. Bij doorvragen worden er nog diverse lokale initiatieven genoemd, die aangepast zijn op de lokale context. Er is veel variatie in deze lokale initiatieven, waaronder ook in de gebruikte benamingen.

### 2. Vrijheid en autonomie is prettig en noodzakelijk, maar zorgt ook voor regionale/lokale verschillen

Professionals, regio's, RHO's en eerstelijnsorganisaties krijgen veel vrijheid en autonomie om hun eigen invulling te geven aan de aanpak van leefstijl in de eerstelijnszorg. Dit betreft zowel de keuze van tools en interventies als de algemene houding ten aanzien van leefstijl als onderdeel van de eerstelijnszorg. Partijen ervaren deze autonomie als prettig en noodzakelijk. Het geeft hen ruimte in handelingsperspectief en vrijheid om te komen tot maatwerk aansluitend bij regionale / lokale initiatieven en urgente opgaven. Geen enkele wijk is hetzelfde, dus blauwdrukken zullen niet mogelijk zijn. Deze autonomie zorgt voor echter voor regionale en lokale verschillen in hoeverre leefstijl een vast onderdeel is bij het voorkomen en behandelen van ziekte in de eerstelijnszorg. De rol van de zorgprofessional is hierbij sterk afhankelijk van diens deskundigheid, waaronder kennis over de verschillende initiatieven en tools, en de visie op diens eigen rol.

### 3. Eerstelijnsprofessionals hebben grote behoefte aan deskundigheidsbevordering

We constateren een grote behoefte tot deskundigheidsbevordering op het gebied van leefstijlinitiatieven en -tools in de eerstelijnszorg en aan eenduidige en toegankelijke informatie. De veelheid en variatie in initiatieven en tools is bekend en wordt gebruikt. Maar het zorgt ook voor complexiteit, onbekendheid en onwetendheid, bijvoorbeeld over de keuze tussen verschillende initiatieven. Een gedeeld jargon lijkt te ontbreken, waardoor er verschillende beelden







bestaan bij de termen leefstijlinitiatief, -interventie, of -tool. Ook lijkt het makkelijker om huisartsen aan te spreken op een rol t.a.v. leefstijlgeneeskunde dan op een rol t.a.v. preventie. Daarnaast zien we een leerbehoefte tot uitwisseling van kennis en inspirerende best practices. Hierbij ligt de nadruk vooral op hoe de leefstijlinitiatieven georganiseerd zijn.

#### **4. Om leefstijl structureel in de eerstelijnszorg in te bedden is het faciliteren van randvoorwaarden noodzakelijk**

Leefstijl in de eerstelijnszorg is van iedereen, maar dus van niemand. Dat maakt het ingewikkeld voor alle partijen om een passende rol te pakken. Het is essentieel dat er duidelijkheid komt over de rollen van verschillende eerstelijnszorgprofessionals bij leefstijl(initiatieven). Daarnaast dienen op landelijk niveau randvoorwaarden gefaciliteerd te worden om professionals de gelegenheid te bieden om leefstijlinitiatieven structureel in de eerstelijnszorg te verankeren. Structurele financiering, het vrijspelen van tijd en eenduidig beleid zijn essentieel voor het succes van leefstijlinitiatieven in de eerstelijnszorg.

Beschouwend constateren we dat conclusies 2, 3 en 4 een sterke link hebben met het Triade model: Motivatie (autonomie), Capaciteit (deskundigheidsbevordering) en Gelegenheid (faciliteren).

#### **5. Een kanteling van zorg naar gezondheid in denken en doen is nodig in de samenleving en bij overheden**

Binnen de eerstelijnszorg is een breed besef dat werken aan leefstijl kansrijk is om passende zorg en ondersteuning te bieden aan inwoners. Ook is er een groeiend besef dat de uitdagingen op het gebied van gezondheid en leefstijl niet alleen kunnen worden aangepakt binnen de (individuele) gezondheidszorg. Dit vraagt om een veranderende mindset van zowel zorgprofessionals, beleidsmakers als inwoners, waarbij de focus verschuift van zorg naar gezondheid. Deze beweging is reeds gaande. Brede gezondheidsconcepten en leefstijlinitiatieven en -instrumenten, zoals positieve gezondheid en leefstijlroer, sluiten aan op deze beweging en kunnen zodoende een vliegwiel zijn voor versnelling in deze veranderende mindset. Voor een kanteling in denken en doen dient ook een

brede gezondheidsvisie in beleid te worden verankerd, bijvoorbeeld op gebied van gezonde leefomgeving en bestaanszekerheid. Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor gezondheid over de beleidsdomeinen bij overheden heen is van groot belang ('health in all policies').

#### **6. Leefstijl is een kansrijk smeermiddel voor (domeinoverstijgende) samenwerkingen**

We constateren ook dat er steeds meer samenwerking ten aanzien van leefstijl plaatsvindt en coalities worden gevormd om gezonde leefstijl te stimuleren, aan te jagen en taken/rollen onderling te expliciteren. De crux voor succes zit in het samenwerking over domeinen heen. Leefstijl kan als smeermiddel en drijfveer fungeren voor domeinoverstijgende samenwerkingen op verschillende niveaus: landelijk, regionaal en lokaal. Op landelijk niveau wordt het belang van een gezamenlijke gezondheidsagenda genoemd. Regionaal is een goede organisatiegraad en een robuuste gezondheids- en preventieinfrastructuur essentieel. En op lokaal niveau en voor professionals is het belangrijk om aan te sluiten bij bestaande initiatieven, partijen en structuren in wijken.

#### **7. Een veranderkundige aanpak is noodzakelijk voor duurzame verandering in leefstijl(begeleiding)**

Een kanteling van zorg naar gezondheid en het belang van gezonde leefstijl hierin vraagt om een lange termijn aanpak. Dit is noodzakelijk voor duurzame verandering in leefstijl(begeleiding). Het sturen op de bedoeling, met een strategische en gedragen aanpak, is hierbij cruciaal. Ook spelen ambassadeurs een belangrijke rol in het versnellen van deze veranderingen binnen hun organisaties en regio. Bovendien moeten professionals en organisaties leren omgaan met een continu veranderende omgeving, waaronder medische en technologische ontwikkelingen die de eerstelijnszorg constant beïnvloeden. Het is belangrijk om flexibel te blijven en voortdurend aan te passen aan deze veranderingen, maar dat we de uiteindelijke bedoeling niet uit het oog verliezen en dat we naast meetbare veranderingen ook naar merkbare verbeteringen toewerken. Ruimte om te experimenteren en leren dient hiertoe gefaciliteerd te worden.

## 3.4 AANBEVELINGEN

Gebaseerd op de conclusies hebben we een aantal aanbevelingen geformuleerd.

### 1. Heb oog voor gelijkwaardige gezondheidskansen binnen context met vrijheid en autonomie

Er is veel ruimte voor autonomie en creativiteit voor professionals in de aanpak van leefstijl, wat diverse kansen biedt voor innovatie en maatwerk. De regionale verschillen in aanpak bieden mogelijkheden om aandacht te besteden aan specifieke behoeften en omstandigheden. Hoewel het leefstijlaanbod niet overal gelijk hoeft te zijn, is het belangrijk om te streven naar gelijkwaardige gezondheidskansen voor iedereen, met name in regio's waar minder leefstijlinitiatieven beschikbaar zijn of waar professionals nog terughoudender zijn. Daarom vragen we extra aandacht van beroepsverenigingen voor een richtinggevende professionele standaard om gelijkwaardige gezondheid- en leefstijlkansen voor patiënten in verschillende regio's en organisaties te stimuleren. Brancheverenigingen zoals InEen kunnen een rol innemen door leefstijl landelijk te agenderen. Daarnaast kunnen zij hun leden voorzien van informatie, en samenwerking en kennisdeling in de regio stimuleren.

### 2. Zorg voor deskundigheidsbevordering in bijvoorbeeld kennis- en leernetwerken

Beroepsverenigingen spelen een cruciale rol bij het aanjagen van kennisdeling en uitwisseling over de aanpak van leefstijl. We adviseren om hierbij ook gebruik te maken van de RHO's, eerstelijnsorganisaties, paramedische platforms en andere regionale organisaties. Hierbij is het belangrijk om scholingsprogramma's en informatieplatforms op te zetten om professionals te ondersteunen. Het ontwikkelen van een gestructureerd kennis- en leernetwerk, waar zorgprofessionals elkaar kunnen vinden, ontmoeten, inspireren en ondersteunen, kan daarnaast een bijdrage leveren aan de deskundigheidsbevordering, waarbij ook oog is voor bovenregionale uitwisseling van kennis en ervaring. Hierbij zijn

in de basis eenduidige en toegankelijke taal en definities nodig, die door alle domeinen eenduidig worden gebruikt. We juichen de huidige initiatieven van de (leden van de) Coalitie Leefstijl in de Zorg voor kennisdeling over leefstijlinitiatieven toe (o.a. podcast, NHG leidraad, vragenuurtjes, artikelen LHV en NHG) en adviseren om deze inspanningen te blijven ondersteunen en verder uit te breiden.

### 3. Trek gezamenlijk op om randvoorwaarden te faciliteren en rollen te verdelen

We adviseren branche- en beroepsverenigingen om gezamenlijk op te trekken voor een structurele financiering en ondersteuning van leefstijlinitiatieven, in dialoog met zorgverzekeraars en beleidsmakers van het ministerie van VWS. Maak duidelijke afspraken over rolverdelingen en verantwoordelijkheden om helderheid en handelingsperspectief te bieden aan professionals.

### 4. Maak gebruik van strategische communicatie om een mindset verandering binnen samenleving & overheid te bevorderen

We bevelen branche- en beroepsverenigingen aan om samen met beleidsmakers en zorgverzekeraars een consistent beleid te ontwikkelen dat leefstijlinterventies ondersteunt. We adviseren hen daarnaast om ook te investeren in campagnes die bewustwording van leefstijl en cultuurverandering onder inwoners bevorderen. Een gezamenlijk strategisch communicatieplan zou kunnen helpen om brede bewustwording aan te jagen en de beweging op gang te houden.



## 5. Verklein gezondheidsverschillen door samenwerking met andere sectoren ('health in all policies')

De komende jaren staan we voor de maatschappelijke uitdaging om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen en de kanteling van zorg naar gezondheid te maken. Gezondheid wordt niet enkel bepaald door leefstijl, genetische factoren en toegang tot zorg. Ook factoren buiten de gezondheidssector hebben invloed op onze gezondheid, zoals leefomgeving, woonomgeving en inkomen. Dit vraagt om samenwerking met andere sectoren. Ieder beleidsveld heeft immers een cirkel van invloed op de gezondheid van inwoners. Door in beleid rekening te houden met 'health in all policies', kunnen gezondheidsverschillen kleiner worden. RHO's zitten aan de regionale IZA-tafels met gemeenten en onderwijspartners. Dit biedt RHO's de mogelijkheid bij deze partijen aan te spreken dat zij met hun beleidskeuzes mede verantwoordelijk zijn voor de gezondheid van inwoners.

## 6. Zet in op organisatiegraad van eerstelijnszorgdisciplines

We benadrukken het belang van de organisatiegraad van eerstelijnszorgdisciplines, waaronder bijvoorbeeld de paramedici. We raden branche- en beroepsverenigingen aan de urgentie hiervan nadrukkelijk over te brengen op hun leden en hen te ondersteunen bij het werken aan de organisatiegraad. Tevens zien wij een rol weggelegd voor de BLCN om de organisatiegraad van de leefstijlcoaches in te zetten om het onderwerp leefstijl op regionale tafels te agenderen en stimuleren.

## 7. Investeer in gezondheids- en preventieinfrastructuur en opleidingen om (domeinoverstijgende) samenwerking te versterken

We zien een rol voor de RHO's weggelegd i.s.m. met gemeenten en GGD'en om te investeren in een sterke gezondheids- en preventieinfrastructuur. De preventieinfrastructuur moet in kaart gebracht worden en actueel blijven om eerstelijnszorgprofessionals een duidelijk overzicht te kunnen bieden van de (verwijs)mogelijkheden. Tenslotte adviseren we beroepsverenigingen om in opleidingen voor professionals het belang en de vaardigheden van domeinoverstijgend werken en denken te benadrukken.

## 8. Investeer in een duurzame en gezamenlijk gedragen veranderkundige aanpak

De Coalitie Leefstijl in de Zorg bestaat tijdelijk. De transitie om leefstijl een integraal onderdeel van de zorg te maken vraagt echter om een langdurige aanpak die ook daarna gecontinueerd zal moeten worden. We adviseren deelnemers van de coalitie om elkaar, na afloop van de coalitie, structureel te blijven treffen voor een gezamenlijke aanpak. Gezamenlijk zal dan een gewenste structuur gevormd kunnen worden, waarbij bijvoorbeeld op verschillende niveaus (zorginhoudelijk, financiering, regelgeving) gewerkt kan worden aan het bevorderen van leefstijl in de zorg. Tenslotte adviseren wij de deelnemers van de coalitie om met elkaar in gesprek te gaan om concrete acties aan de aanbevelingen uit dit rapport te verbinden, en met elkaar verantwoordelijkheden te verdelen op basis van wat passend is bij de verschillende organisaties.

## 9. Bij vervolgactiviteiten aandacht voor verbreding qua inhoud en qua doelgroepen

Er is een aantal aspecten door de afbakening van deze inventarisatie niet meegenomen. Onze aanbeveling is om deze aspecten terug te laten komen in toekomstige inventarisaties of vervolgstappen. De huidige inventarisatie was een quickscan onder verschillende partijen binnen de eerstelijnszorg. Echter konden niet alle eerstelijnszorgdisciplines betrokken worden. De inventarisatie geeft dus een eerste beeld, maar betrokkenheid van alle disciplines is gewenst bij vervolgstappen om de gezamenlijke aanpak te versterken. Daarnaast vragen we aandacht voor het patiëntenperspectief, het perspectief van gemeenten, GGD'en en de professionals in het sociaal domein. Ook is aandacht voor de informele leefstijlinitiatieven en netwerken (zoals vrijwillige wandelgroepjes) nodig. Het bestaan van deze initiatieven buiten de eerstelijnszorg is een voorwaarde voor eerstelijnszorgprofessionals om het gesprek over leefstijl aan te kunnen gaan.



## 3.5 BIJLAGEN

### BIJLAGE A. VRAGENLIJST INTERVIEWS

#### Leefstijl (algemeen)

- 1. Hoe zie je de rol van [branche-/beroepsvereniging] op het gebied van leefstijl?**
  - a. Waarom?
- 2. Hoe pakken jullie dit aan?**
- 3. Wat voor instrumenten, methodieken en programma's zet u als branche-/beroepsorganisatie in om leefstijl te bevorderen?**
- 4. Met wie?**

#### Inhoudelijk

- 1. Welke interventies worden door jullie leden ingezet op het gebied van leefstijl?**
  - a. Wat doen jullie daarin?
  - b. Wat maakt dat zij deze initiatieven gebruiken?
- 2. Welke (bijvoorbeeld gespreks-) tools zetten jullie in om leefstijl inhoudelijk aan te jagen?**
  - a. Waarom?
  - b. Wat doen jullie als branche-/beroepsvereniging daarin?
  - c. Wat maakt dat jullie deze tools gebruiken?

Wilt u het document inventarisatie leefstijlinitiatieven en -tools (deskresearch) ontvangen, mail dan naar [m.verhagen@rosrobuust.nl](mailto:m.verhagen@rosrobuust.nl).



#### Organisatorisch

- 1. Welke samenwerkingen hebben jullie op het gebied van leefstijl?**
  - a. Zijn deze regionaal of landelijk?
  - b. Wat doen jullie daarin? Of wat is jullie rol daarin?
- 2. Welke tools (bijv richtlijn/handreiking) zetten jullie in om leefstijl te kunnen organiseren?**
  - a. Waarom
  - b. Hoe zijn jullie hier actief mee?
- 3. Wat doen jullie op het gebied van:**
  - a. Scholing: Kennis/uitwisseling/intervisie --> richtlijnen maken, bewustwording
  - b. Monitoring / onderzoek
  - c. Positionering (andere branche-/beroepsverenigingen, landelijke partners)
  - d. Communicatie (informatiesysteem, verwijzing)
  - e. ...
- 4. Wat doen jullie niet? Waarom?**

#### Toekomst

- 1. Wat is jullie toekomstvisie ten opzichte van leefstijl?**
- 2. Wat heb je (nog) nodig? (of waar loop je tegenaan?)**





## BIJLAGE B. VRAGENLIJST FOCUSGROEPEN

### Leefstijl (algemeen)

- 1. Hoe zie je de rol van jouw beroepsgroep/organisatie op het gebied van leefstijl?**
  - a. Waarom?
  - b. Hoe zien de anderen dat?
- 2. Wat voor instrumenten, methodieken en programma's zet je als professional in om leefstijl te bevorderen?**

### Inhoudelijk

*Onderstaande vragen zijn verwerkt in een Mentimeter die voorafgaand aan het gesprek ingevuld werd, om zo richting te geven aan het gesprek.*

- 1. Waar denkt u aan als het gaat over leefstijlinitiatieven?**
- 2. Welke inhoudelijke leefstijlinterventies en tools worden gebruikt in uw organisatie?**
- 3. Waarom worden juist deze leefstijlinitiatieven en tools gebruikt?**
- 4. Bij welke samenwerkingen op het gebied van leefstijl is uw organisatie betrokken?**
- 5. Zijn er nog andere zaken waar u graag over in gesprek gaat tijdens de focusgroep?**

### Organisatorisch

- 1. Wat doen jullie om leefstijl te positioneren/organiseren?**
  - a. Waarom zetten jullie juist daarop in? (Specifiek op die initiatieven).
- 2. Voorbeelden uitvragen op het gebied van:**
  - a. Kennis/uitwisseling/intervisie
  - b. Monitoring / onderzoek
  - c. Samenwerking
  - d. Communicatie
- 3. Wat doen jullie niet? Waarom?**
- 4. Zijn er voorbeelden van initiatieven die 'briljant mislukt' zijn?**

### Toekomst

- 1. Wat is jullie toekomstvisie ten opzichte van leefstijl?**

Hoe ziet de ideale situatie er uit?
- 2. Wat zou je nog graag willen bereiken?**
- 3. Waar loop je nog tegenaan/ welke knelpunten ervaar je?**
- 4. Wat heb je nodig?**

### Colofon

© InEen, oktober 2024 - vs1

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken.  
Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via [info@ineen.nl](mailto:info@ineen.nl).

