

Gezondheidspad leefstijl



Anna Ziekenhuis – Zorggroep Stroomz

Transmurale werkgroep leefstijl

S. Mohamedhoesein	Huisarts, Stroomz
L. Derksen	Huisarts, Stroomz
A. Toorians	Internist, Anna Ziekenhuis
H. van Kuijk	Sportarts, Anna Topsupport
P. van Heesch	Manager zorgsamenwerking, Anna Ziekenhuis
M. Jurriens	Projectleider transmurale zorg, Stroomz

Versie: mei 2023

Inhoud

1.	Aanleiding	3
2.	Doelstelling	4
3.	Doelgroep	5
4.	Zorgproces aan de hand van 'patiënt reis'	6
5.	Transmurale afspraken	9
6.	Implementatie	13
7.	Indicatoren	14
8.	Kwaliteitscyclus	17

1. Aanleiding

De coalitie Stroomz (voorheen DOH) – Anna heeft in de zomer van 2021 een VEZN (Versterking Eerstelijnszorg Zuid-Nederland) subsidie goedgekeurd gekregen voor het project Samen naar de juiste zorg op de juiste plek. De ontwikkeling van een gezondheidspad leefstijl is onderdeel van dit project. Stroomz-Anna wil graag inzetten op het stimuleren van een gezonde leefstijl, positieve gezondheid, vitaliteit en eigen regie bij patiënten. Dit in lijn met het gedachtegoed van Machteld Huber¹, de grondlegger van positieve gezondheid. Het tijdig en gericht ondersteunen en begeleiden van (groepen) mensen met een verhoogd gezondheidsrisico leidt tot minder ziektelast en daardoor ook tot minder druk op de zorg als geheel.

Dat kan worden versterkt door interventies in de eerste en tweede lijn op elkaar af te stemmen, over en weer te gebruiken en/of gezamenlijk op te pakken, die aantoonbaar leiden tot verbetering van de gezondheid, vitaliteit, efficiëntie en eigen regie bij patiënten. Redenen om een gezondheidspad leefstijl te ontwikkelen met als doel om:

- Optimaal gebruik te maken van aanbod in eerste en tweede lijn/ om te voorkomen dat zaken dubbel gebeuren/ Om de interventies uit eerste en tweede lijn op elkaar af te stemmen.
- Ervoor te zorgen dat zorgverleners dezelfde taal spreken.
- De samenwerking te bevorderen tussen eerste en tweede lijn en met leefstijlzorgaanbieders.
- Leefstijl onderdeel te laten zijn van het behandelproces / het breder onder de aandacht te brengen.
- Mensen met een verhoogd gezondheidsrisico tijdig en gericht te ondersteunen en begeleiden op het gebied van leefstijl.
- Patiënten te motiveren meer regie te nemen in het aanpassen van zijn/haar leefstijl.
- Gebruik te maken van ehealth indien mogelijk.
- Helderheid te krijgen over waar en wanneer leefstijl geïntegreerd moet worden in het zorgproces (continuïteit is belangrijk: periodiek aandacht besteden aan leefstijl).
- Te weten welk traject een patiënt doorloopt en welke zorgverlener op welk moment welke actie onderneemt (transmurale afspraken).

Dit hulpmiddel/ document is opgesteld om chronisch patiënten uit een van de DBC's gericht te ondersteunen en begeleiden op het gebied van leefstijl / de kwaliteit rondom leefstijl te optimaliseren.

Het document beschrijft de inhoud en organisatie van zorg op het gebied van leefstijl voor patiënten uit 1 van de DBC's gedurende zijn/haar behandeltraject in de eerste en tweede lijn en de samenwerking tussen deze lijnen. Tevens is er aandacht voor de wijze waarop de afspraken rondom leefstijl breed geïmplementeerd kunnen worden.

¹ Positieve gezondheid is een benadering binnen de gezondheidszorg die niet de ziekte, maar een betekenisvol leven van mensen centraal stelt. De nadruk ligt op de veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de mens en niet op de beperkingen of ziekte zelf. Bron: Wikipedia. De visie op positieve gezondheid, zoals ontwikkeld door **Machteld Huber**, definieert gezondheid als volgt: 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.'

2. Doelstelling

Doel is het bewerkstelligen van een blijvende gedragsverandering bij de chronisch patiënt uit een van de DBC's om meer gezondheidswinst te behalen door problemen in de toekomst te voorkomen dan wel uit te stellen tot een hogere leeftijd.

Uitgangspunten hierbij zijn:

- Passende zorg voor de patiënt: het is duidelijk wanneer een patiënt in de eerste lijn en in de tweede lijn thuishoort en (door- en terug-)verwijzen vindt plaats op het juiste moment. Consultatie over en weer kan hier een belangrijke rol in spelen.
- De zorg is efficiënt ingericht en helder voor de patiënt:
 - o activiteiten worden niet dubbel gedaan (door eerste EN tweedelij, ook geen dubbel lab);
 - o er wordt gebruik gemaakt van elkaars aanbod, zodat er geen dubbelingen in organisatie ontstaan.
 - o zorgverleners uit de eerste en tweede lijn spreken dezelfde taal;
 - o werkwijzes in de eerste en tweede lijn worden op elkaar afgestemd/ men werkt volgens het gezondheidspad;
 - o er is sprake van goede samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.
- Positieve gezondheid: eigen regie staat centraal (mede door de mogelijkheid van het inzien van en werken aan eigen waarden/doelen).
- Continuïteit: Er moet op een gestructureerde wijze qua inhoud en werkstijl aandacht aan leefstijl geschonken worden door het juiste team van zorgverleners.
- Er wordt gebruik gemaakt van ehealth indien mogelijk (hierin moeten nog keuzes worden gemaakt).

3. Doelgroep

Doelgroep zijn mensen die kampen met 1 of meer van de volgende leefstijl-gerelateerde aandoeningen:

- HVZ of sterk verhoogd risico op HVZ
- DM2
- Astma/COPD

Een aanzienlijk deel van de CVRM, DM, astma/COPD patiënten heeft baat bij een op leefstijl gericht behandelproces. We gaan uit van patiënten die een beperking ervaren vanuit hun vitaliteit².

² Bewoording is breed gekozen: behandeling moet te allen tijde gericht moet zijn op de patiënt en vanuit interne motivatie gestart worden.

4. Zorgproces aan de hand van 'patiënt reis'

Om het zorgproces rondom leefstijl in beeld te brengen, is een sessie georganiseerd met patiënten om van patiënten te horen hoe de zorg op het gebied van leefstijl ervaren wordt en wat wensen/behoefte voor de toekomst zijn. Meerdere patiënten met 1 van de leefstijl gerelateerde aandoeningen (CVRM, DM, astma/COPD) zijn aanwezig geweest bij de sessie. Het betrof patiënten die in de eerste en in de tweede lijn onder behandeling waren. Zodoende betrof het een mooie vertegenwoordiging vanuit de patiënten. Tijdens de sessie is met patiënten de zogenoemde leefstijl-reis doorlopen aan de hand van de volgende stappen.

Stap 1: Start van de reis – hoe werd de reis geboekt

- Op welk moment kwam onderwerp leefstijl voor het eerst ter sprake?
- Wie bracht het ter sprake? Met wie heb je het besproken?

Stap 2: Reis zelf:

- Welke interventies heb je gehad op het gebied van leefstijl? En wanneer?
- Hoe verliep de samenwerking/communicatie (richting jou als patiënt en tussen zorgverleners)?

Stap 3: Evaluatie / Resultaat van de reis:

- Hoe kijk je er op terug?
- Wat brengt het je/ Wat heeft het je gebracht in termen van gezondheidswinst?
- Wat was/is er moeilijk aan? Waarom?

Onderstaand een samenvattende weergave van de uitkomsten van de werkelijke leefstijlreis:

Werkelijke patiënt reis Leefstijl			
Sporen	Start van de reis	Reis zelf	Evaluatie
Beleving			
Bestaat uit	• Angst voor corona ivm overgewicht • Keer diabetes om (KDO) – uit media gehoord • Cardinaal incident • Na diagnose diabetes	• Centrum voor leefstijl geneeskunde • Cardio programma • Keer diabetes om • Stoppen met roken	• Voel me beter + jonger • Meer energie, betere conditie • Kan beter denken • Medicatie kunnen afbouwen • Ben gewicht verloren • Plezier in bewegen gekregen
	Intrinsieke motivatie uit patiënt zelf	• Zorg op maat / individuele zorg • Erkenning: er wordt serieus geluisterd / de tijd genomen • Duidelijke uitleg	Stimulans uit: - Gewicht verliezen - Medicijnen afbouwen - Kleding staat leuker
	Te laat start met leefstijl / verwijzing Zorgverzekering vergoedde KDO niet	Moeilijk met momenten (kerst) Onbegrip van niet diabetes mensen Zolang ik het hoe en waarom niet snap, werkt het niet. => Psychologisch aspect belangrijk.	Moeilijk om vol te houden en niet terug te vallen in oude patronen.
Regie			
	Wake-up call doordat gezondheid achteruit gaat.	Voeding, bewegen en stoppen met roken staat centraal In een groep wandelen/ bewegen is makkelijker/leuker. Rol partner belangrijk (in wel/niet volhouden gezond eten)	Belemmerende overtuigingen voeding Afbouwen medicatie staat soms haaks op protocollen (die POH moet volgen) Niet altijd overeenstemming onder specialisten op gebied van voeding.

Tot slot is samen met de patiënten stilgestaan bij de wenselijke 'leefstijl reis'. Onderstaande vragen zijn besproken/behandeld:

- Wat zou je de volgende keer anders willen zien?
- Wat heb je nodig om daar te komen?

- Wat heb je van professionals nodig?

Hier zijn verschillende aandachtspunten/wensen geformuleerd. In de wenselijke reis:

- wordt de patiënt serieus genomen met alle klachten/ voelt hij/zij zich gehoord.
- krijgt patiënt vertrouwen na leefstijlverandering / verbetering.
- krijgt de patiënt tijd en aandacht.
- heeft patiënt blijvend inzicht in successen.

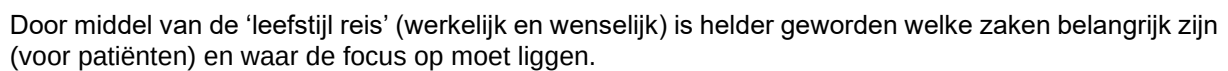
Daarnaast:

- Komt leefstijl (en voedingsadviezen) in een vroeg stadium aan de orde;
- Lukt het om medicijnen af te bouwen en af te vallen;
- Wordt het totaalplaatje bekeken (niet slechts een klein onderdeel);

Onderstaand een samenvattende weergave van de uitkomsten van de wenselijke leefstijlreis:

Wenselijke patiënt reis Leefstijl			
Sporen	Start van de reis	Reis zelf	Evaluatie
Beleving			
Bestaat uit	• Leefstijl komt in vroegtijdig stadium en continue aan bod. • Inzet van positieve gezondheid (incl. eigen regie).	• Optimale inzet van (groeps-) leefstijl aanbod 1^{ste} en 2^{de} lijn + heldere communicatie/ logische overgang tussen zorgverleners bij (terug)verwijzing. • Zorgverleners praten dezelfde taal	• Patiënt krijgt opvolging op maat/ passend bij de situatie. • De leefomgeving van de patiënt wordt optimaal ingezet.
	• Patiënt voelt zich gehoord/ serieus genomen. • Er is tijd/aandacht voor de patiënt. • Totaalplaatje van patiënt wordt bekeken. • Doelen/wensen/motivatie patiënt staat/staan centraal • Patiënt kan kwetsbaarheid tonen.	• Patiënt krijgt direct JZOJP. • Zorgverleners praten zelfde taal. • Patiënt is gemotiveerd mede door moeilijke momenten. • Patiënt krijgt vertrouwen na leefstijlverbetering. • Leefomgeving wordt betrokken. • Frequentie contact wordt afgestemd op wensen patiënt. • Verwachtingen goed besproken. • Patiënt wordt gestimuleerd door 'lotgenoten' uit groepen.	• Patiënt voelt zich beter + jonger + meer energie + betere conditie. • Leefstijlverandering is blijvend en patiënt heeft blijvend inzicht in successen. • Patiënt bereikt gezond gewicht /lichaamssamenstelling + afbouw van medicatie. • Patiënt heeft plezier in bewegen + eet gezond. • Er is geen sprake van terugval.
	Geen	Geen	Geen
Regie			
	• Minder chronisch zieken door tijdig en continue aandacht voor leefstijl.	• Samenwerking op gebied van leefstijl tussen zorgverleners 1^{ste} en 2^{de} lijn is optimaal.	• Afspraken leefstijl worden breed uitgedragen en uitgebreid met de 0^{de} lijn.

Onderstaande figuur geeft aanvullend nog een overzicht met zaken waar in de wenselijke reis aandacht aan besteed moet worden:



5. Transmurale afspraken

Op basis van de werkelijke en wenselijke leefstijl reis zijn een aantal onderwerpen gedefinieerd om gezamenlijk afspraken op te maken. Hieronder volgt een nadere uitwerking van deze transmurale afspraken:

1. Wanneer & hoe brengen we leefstijl ter sprake

- Leefstijl eerder/ in een vroeg stadium onder de aandacht brengen:
 - Uitstraling van praktijk en ziekenhuis (posters, banners, folders, gezonde snacks aanbieden, appel op bureau, op wachtkamerscherf, in wachtkamer fietsen neerzetten i.p.v. stoelen).
 - In de spreekkamer van de huisarts/specialist – Huisarts en specialist vragen zich bij elk contact af of leefstijl ter sprake moet komen.
 - Leefstijl vast onderdeel laten zijn van nascholingen en symposia – werkgroep heeft actieve rol hierin.
 - Aansluiting zoeken bij wijkgericht samenwerken, lokale preventie akkoorden, Grozterdam (De Stap naar Gezonder) en regionale ambitie.
- Gebruiken van de filosofie van positieve gezondheid en 'het andere gesprek'
 - Bij een grote verscheidenheid aan klachten in de spreekkamer (denk aan chronische aandoeningen, psychische klachten, onverklaarbare lichamelijke klachten, vermoeidheid, eenzaamheid).
 - Stimuleren eigen keuzes: wat wil je, wat kun je, waar heb je goede ervaringen mee.
 - Eerste lijn: Inzet van inspiratiepakket positieve gezondheid en het trainen van huisartsen en praktijkondersteuners in 'het andere gesprek'.
 - Tweede lijn: Trainen en scholen van specialisten en verpleegkundigen dat inzet leefstijl als therapeutische interventie kan worden gezien. (Nu zien collega specialisten leefstijl alleen als preventie en niet zozeer als therapie).
- Gebruiken van zelfde 'taal' in eerste en tweede lijn
 - In de lijn van de definitie van gezondheid van Machteld Huber (zie pagina 3) door aandacht te besteden aan onderstaande dimensies:
 - Lichaamsfuncties
 - Mentaal welbevinden
 - Zingeving
 - Kwaliteit van leven
 - Meedoen
 - Dagelijks functioneren
 - Eenvoudige taal (waar mogelijk beeldtaal ofwel cartoons i.p.v. talige taal).
- Het geven van eigen regie aan patiënten:
 - Patiënt helpen met eigen hulpvraag verheldering
 - De patiënt helpen te kiezen waar ruimte is voor verbetering op leefstijl gebied en waar deze zelf aan wil werken.
 - Vragen stellen en handvatten benoemen voor eigen regie.
 - Patiënt verwijzen naar de website [De stap naar gezonder](#).

2. Wanneer zet je (groeps)aanbod eerste & tweede lijn in + wanneer en hoe verwijst je terug en door

Aanbieden aan patiënt wat past bij hulpvraag en leefstijl gebied waar deze zelf aan wil werken (beschikbare financiële middelen van patiënt hierin meenemen). Dit door middel van het gebruik van positieve gezondheid / het spinnenweb.

- Het (groeps-)aanbod eerste & tweede lijn wordt over en weer ingezet:
 - Groepsaanbod eerste lijn wordt ook ingezet voor patiënten in tweede lijn die hier baat bij kunnen hebben.
 - Het centrum voor leefstijlgeneeskunde is beschikbaar voor patiënten met complexe problematiek (zie omschrijving doelgroep hieronder).
- Er wordt verwezen naar de [Stap naar Gezonder](#) (link naar sociaal domein).
- Er wordt verwezen naar leefstijl apps uit de GGD app store:
Er bestaat geen complete ideale leefstijl app. Beter om altijd te kijken naar wat het beste bij de patiënt past/ afhankelijk van de wensen van de patiënt een keuze maken. Vraag die centraal staat: wat wil je bereiken + waar heeft de patiënt behoefte aan?

Aanbod eerste lijn

Het groepsaanbod leefstijlbegeleiding in de eerste lijn.

Wat	Doelgroep
GVHV: Gezond voor Hart en Vaten+ de apps	Voor mensen met hart & vaatproblemen of een verhoogd risico daarop en voor mensen met DM2.
KDO: Keer Diabetes2 om	Voor mensen met DM2 die hiervoor medicatie gebruiken en overgewicht (BMI >25) en/of vergrote buikomvang hebben.
Cool/GLI: Gecombineerde leefstijl interventie	Voor mensen met een verhoogd BMI (>30 of > 25 + verhoogd risico op diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose of slaapapneu).
SineFuma	Voor mensen die met professionele begeleiding wil stoppen met roken.
Zoutworkshop	Voor mensen met CVRM of DM die gezondheidswinst kunnen bereiken door te letten op zout inname.

Het (groeps)aanbod in eerste lijn verdeeld naar chronische aandoening:

CVRM	Diabetes	Astma/COPD
• GVHV • Cool/GLI • SineFuma • Zoutworkshop	• KDO • GVHV • Cool/GLI • SineFuma • Zoutworkshop	• Cool/GLI • SineFuma

Hoe inschrijven/aanmelden? -> verschillende mogelijkheden (KDO bijv. via 3 kanalen)

Wat	Via VIPLive (= via huisarts)	Patiënt zelf via website	Via Zorgdomein
GVHV: Gezond voor Hart en Vaten+ de apps*	X		
KDO: Keer Diabetes2 om**	X	X	X
Cool/GLI: Gecombineerde leefstijl interventie	X		
SineFuma**	X	X	
Zoutworkshop*	X		

*LET OP: alleen voor patiënten met een DBC CVRM of DM

**Inschrijven voor KDO en SineFuma via VIPLive is alleen voor DBC patiënten; niet DBC patiënten moeten zichzelf inschrijven.

Aanbod tweede lijn***

Wat	Doelgroep
Centrum voor leefstijlgeneeskunde	Voor mensen die aan meerdere van onderstaande criteria voldoen: • waarbij leefstijlverbeteringen niet gelukt zijn in de setting waar patiënt al zit. • die willen werken aan leefstijlverbetering en zelf meer regie in handen willen krijgen. • met een dusdanige ziektelast van een chronische aandoening waarmee je een punt hebt bereikt dat er iets moet gebeuren: of start/aanpassing medicatie en/of inzetten op leefstijl verbeteringen. • met onvoldoende capaciteiten om het (groeps)aanbod in de eerste lijn te laten slagen. • met fors overgewicht (BMI > 35), waardoor het ongezond is om lang aan te blijven modderen. • waarbij forse verbeteringen verwacht worden door inzet op leefstijlverbetering en verbeteringen niet gelukt zijn in de 1^{ste} lijn (zie eerste bullit).

*** Verwijzing kan via ZorgDomein

(Door)verwijzingen

Verwijzingen vinden over en weer plaats wanneer patiënten voldoen aan de omschrijving van de doelgroep.

- Een verwijzing naar de tweede lijn kan via Zorgdomein (naar sportgeneeskunde Anna). Belangrijk om alle gegevens en achtergrond mee te sturen.
- Een verwijzing vanuit de tweede lijn naar het (groeps)aanbod eerste lijn vindt veelal plaats via een bericht naar de huisarts (het is nog niet mogelijk om vanuit de tweede lijn rechtstreeks aan te melden (behalve voor Keer Diabetes2 Om). Bovendien kan de huisarts dan een extra check/scan doen of patiënt inderdaad voldoet aan de gestelde criteria.

Terugverwijzing

- Na afloop van het traject bij het centrum voor leefstijlgeneeskunde wordt een patiënt weer terugverwezen naar de huisarts. In de terugverwijzing vanuit de leefstijlpoli naar huisarts wordt ook een advies opgenomen over de gewenste opvolging (advies voor follow-up huisarts: na hoeveel tijd weer contact zoeken met patiënt en met welke frequentie).

3. Hoe houd je patiënt in beeld dan wel betrokken na afloop (leefstijl interventie)

Betrekken sociale omgeving

Een patiënt blijft beter gemotiveerd dan wel betrokken wanneer de sociale omgeving (partner / gezin / familie /groepen) van de patiënt betrokken wordt bij het leefstijltraject. Daarom worden volgende zaken ondernomen:

- Sociale omgeving patiënt betrekken bij leefstijltraject (bijv. partner betrekken bij gesprek over leefstijl) / In het leefstijltraject patiënt zelf voorlichten over hoe hij of zij de omgeving zelf kan betrekken.
- Bewustzijn creëren bij de patiënt wat de invloed van de omgeving is en hoe hier zelf invloed op uit te kunnen oefenen.

Patiënt opvolging op maat bieden

Ook na de interventie moeten patiënten (blijvend) gevolgd worden om terugval te voorkomen. Dit gebeurt in de DBC. Hierbij gaan we na wat haalbaar is en wat past bij de wens van de patiënt. Afhankelijk van de soort interventie worden patiënten na afloop op de volgende manier gevolgd:

- GLI/Cool: Dit programma rondt zelf al goed af / programma heeft al afbouw op het eind. Na afloop komen patiënten terug bij de praktijkondersteuner.
- GVHV: Patiënten komen na interventie terug bij de praktijkondersteuner, dus hebben automatisch opvolging (waar mogelijk via zorg op afstand).
- KDO: Patiënten komen na interventie terug bij de praktijkondersteuner, dus hebben automatisch opvolging.
- Centrum voor leefstijlgeneeskunde: na afloop wordt een patiënt weer doorverwezen naar de huisarts. De adviezen t.a.v. follow-up voor de huisarts/praktijkondersteuner worden ingepland en opgevolgd.

Bij opvolging door POH wordt per patiënt afgestemd wat de frequentie van het vervolg moet zijn/ wat nodig is. Daarnaast wordt ervoor gezorgd dat het wiel van positieve gezondheid zichtbaar blijft + wordt ervoor gezorgd dat patiënt eigenaar wordt (via account bij iPH).

6. Implementatie

Om de transmurale afspraken uit dit gezondheidspad breder uit te dragen en de huisartsenpraktijken en medisch specialisten te enthousiasmeren is gesproken over het ontwikkeldoel. Het ontwikkeldoel voor de langere termijn is het bewerkstelligen van een blijvende gedragsverandering bij de chronisch patiënt uit een van de DBC's om gezondheidswinst te behalen. Het ontwikkeldoel voor 2023 c.q. de kortere termijn is het in het ziekenhuis van start gaan met leefstijl (ook in ziekenhuis benadering vanuit positieve gezondheid / eigen regie / het andere gesprek) en de mogelijkheden laten zien en benutten (aanbod) en het mee krijgen/enthousiasmeren van meer praktijken in de eerste lijn (uitstralen leefstijl). De volgende stappen zijn daarom voorzien:

- Afspraken accorderen door zorggroep en ziekenhuis:
- Betrokken zorgprofessionals enthousiast en wegwijs maken (gezondheidspad en afspraken breder uitdragen) d.m.v.:
 - Ontwikkeling en uitreiken documentatie / handvatten (1 A4):
 - Inhoud gezondheidspad
 - Inzicht in mogelijkheden groepsaanbod eerste lijn
 - Communicatie inzake leefstijl/gezondheidspad:
 - eerste lijn: Nieuwsbrieven, intranet, mailings, webinars (bijv. hoe breng je leefstijl ter sprake)
 - tweede lijn: Nieuwsbrieven, intranet, mailings, webinars
 - Inzet methodes zodat zorgverleners zelf effecten van bijvoorbeeld gezonde voeding of bewegen kunnen ervaren
 - Scholing in eerste en tweede lijn (positieve gezondheid)
 - Inzet ambassadeurs (1^{ste} en 2^{de} lijn):
 - Laten delen best practices/praktijkvoorbeelden
 - Voor aansluiten op lokale preventie akkoorden
- Wachtkamers en praktijkruimten anders inrichten/ meer leefstijl laten ademen.
 - Op beeldschermen en posters leefstijl onder de aandacht brengen.
 - Zorgen dat men kan staan/bewegen in de wachtkamer (fiets neerzetten? -> pilot met 1 praktijk).
- Inrichten ICT / processen:
 - Voor inzet groepsaanbod over en weer.
 - Ontwikkelen en inzet standaard brief voor terug verwijzing na afloop begeleiding centrum voor leefstijlgeneeskunde
 - Mogelijk maken digitale consultatie centrum voor leefstijlgeneeskunde -> op termijn
- Symposia/scholingen:
 - Organiseren gezamenlijk leefstijl symposium
 - Zorgen dat leefstijl aan bod komt bij (na)scholingen eerste lijn: in ieder geval de DM2 en CVRM scholingen
 - Zorgen dat leefstijl onderdeel wordt van diabetes centrum (en andere centra) 2^{de} lijn.
 - Verwijzen naar initiatieven op dit gebied (bijvoorbeeld gezond dorp).
- Voortgang + evaluatie:
 - Via indicatoren
 - Via inzet enquête / vragenlijst bij zorgverleners

7. Indicatoren

Het doel van het gebruik van indicatoren is het in kaart brengen, monitoren en verbeteren van de afspraken en veranderingen tijdens en na implementatie van het gezondheidspad. In onderstaande worden de uitkomst-, proces- en structuur indicatoren voor leefstijl beschreven.

Uitkomst indicatoren: welke zaken zeggen iets over de kwaliteit van de zorg?

In onderstaande tabel staan de patiëntkarakteristieken beschreven die van invloed zijn op leefstijl:

- Voorgeschiedenis hart- en vaatziekte
- Diabetes Mellitus
- Metabool syndroom
- Roken
- Hoge Bloeddruk
- Obesitas/ overgewicht
- Lipidenprofiel
- Zwangerschapsdiabetes / Hypertensie / HELLP syndroom / pre-eclampsie
- Nierinsufficiëntie.
- Aantal stappen per dag / beweegpatroon.
- Buikomtrek
- Gewicht
- Medicatie gebruik (afbouw)
- Beoordeling patiënt zelf: hoe ervaart patiënt zelf de kwaliteit van leven? Fitheidsscore?
- Mentale gesteldheid
- Slaapscore

De afspraken uit het gezondheidspad leefstijl dragen bij aan een verbetering op ieder van bovenstaande patiënt karakteristieken van de gehele groep chronische patiënten. Het heeft echter tijd nodig om hier effecten in te zien. Het is de verwachting dat er effecten te zien zijn op deze patiënt karakteristieken in de loop van de jaren. Voor de kortere termijn kiezen we er voor om naar onderstaande indicatoren te kijken:

Nummer	Indicator	Omschrijving
1	Kwaliteit van leven score en consult voorbereidende vragenlijst leefstijl	Nagaan verandering in de kwaliteit van leven score (tweede lijn) of de consult voorbereidende vragenlijst leefstijl (eerste lijn) over de tijd heen (toekomst).
2	Behalen behandeldoel	Metten in hoeverre een door patiënt en POH opgesteld behandeldoel wordt gehaald

Proces indicatoren: Met behulp van deze indicatoren worden behandelprocessen en afspraken gemonitord.

Indicatoren – wanneer en hoe brengen we leefstijl ter sprake

Nummer	Indicator	Omschrijving
1	Symposium	Aantal keren dat symposium/bijeenkomst plaatsvindt waarin leefstijl aan de orde wordt gebracht.
2	Communicatie eerste lijn	Aantal communicatie uitingen rondom gezondheidspad leefstijl in eerste lijn.

3	Communicatie tweede lijn	Aantal communicatie uitingen rondom gezondheidspad leefstijl in ziekenhuis
4	Ambassadeurs	Aantal ambassadeurs in eerste en tweede lijn
5	Trainingen 'het andere gesprek' / positieve gezondheid	Aantal zorgverleners die getraind zijn.
6	Uitstralen leefstijl	Aantal praktijken die met leefstijl aan de slag zijn gegaan in wachtkamers/spreekkamers.
7	Inspiratiepakket	Aantal keren dat inspiratiepakket positieve gezondheid is aangevraagd.
8	Enquête / vragenlijst*	Aantal uitgestuurde en ingevulde enquêtes zorgverleners
9	Self-awareness leefstijl	Aantal keer dat methode is ingezet zodat zorgverleners zelf effecten van bijvoorbeeld gezonde voeding kunnen ervaren.

* Enquête/steekproefsgewijs peilen bij zorgverleners met deze vragen:

- in hoeverre lukt het leefstijl aan de orde te brengen in elk contact?
- In hoeverre gebruik je (filosofie van) positieve gezondheid?
- In hoeverre geef je patiënt eigen regie?
- In hoeverre bepaal je een behandeldoel met patiënt?

Indicatoren – inzet aanbod over en weer

Nummer	Indicator	Omschrijving
1	Gebruik groepsaanbod eerste lijn	Aantal patiënten die deelnemen aan het groepsaanbod leefstijlbegeleiding eerste lijn vanuit de tweede lijn.
2	Gebruik Centrum voor leefstijlgeneeskunde	Aantal verwijzingen vanuit eerste lijn naar centrum voor leefstijlgeneeskunde.

Structuur indicatoren: Deze geven aan of aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan.

Nummer	Indicator	Omschrijving
1	Verwijzing naar centrum voor leefstijlgeneeskunde	De route via Zorgdomein naar Centrum voor leefstijlgeneeskunde voor patiënten uit de eerste lijn werkt optimaal
2	Verwijzing nr groepsaanbod eerste lijn	Er is een duidelijke route ingeregeld voor het aanmelden van patiënten uit de tweede lijn voor het groepsaanbod uit de eerste lijn
3	Evaluatie	Er heeft jaarlijkse evaluatie van het gezondheidspad en implementatie plaatsgevonden

8. Kwaliteitscyclus

Om de voortgang te monitoren en stil te staan bij de kwaliteit van het gezondheidspad wordt een kwaliteitscyclus doorlopen. De kwaliteitscyclus heeft de volgende kenmerken:

- Tijdens een jaarlijkse bijeenkomst van het gezondheidspad wordt de voortgang op de proces- en structuurindicatoren uit het gezondheidspad besproken (implementatiecontrole en voortgangsmeting);
- De indicatoren worden vooraf bekeken en verstuurd ter voorbereiding door de zorggroep/ziekenhuis;
- Tijdens de jaarlijkse bijeenkomst worden naast de resultaten van de indicatoren ook de protocollen en processen doorlopen die in het gezondheidspad staan;
- Het ziekenhuis en de zorggroep brengen relevante resultaten in van interne kwaliteitsprojecten;
- Tijdens de bijeenkomst worden aan de hand van de resultaten verbeterafspraken gemaakt.