

# Preventie: een taak van de huisarts?

Nina Scheenhart, Amila Azdahic, Esther Metting

**De overheid zet sterk in op preventie. Daarbij kan de eerste lijn een belangrijke rol spelen. Huisartsen blijken verschillend te denken over hun betrokkenheid bij preventie en het verwijzen van patiënten naar gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's). Ze zijn geneigd zich vooral te richten op patiënten die al een aandoening hebben en minder op primaire preventie. De GLI's hebben hun plek in de eerstelijnszorg nog niet helemaal gevonden.**

Volgens de WHO zijn chronische ziekten zoals cardiovasculaire aandoeningen, COPD, kanker en diabetes verantwoordelijk voor 71% van alle sterfgevallen wereldwijd.<sup>1,2</sup> Een gezonde leefstijl kan het risico op deze ziekten verlagen, de kans op vroegtijdige mortaliteit verminderen en de progressie van reeds bestaande aandoeningen afremmen.<sup>3-7</sup> Daarom is preventie een belangrijk thema. De laatste jaren richt het beleid van de overheid zich meer op preventie van aandoeningen, zowel op individueel als op populatieniveau [kader]. De eerstelijnsgeneeskunde speelt daarin een belangrijke rol. Huisartsen kennen

hun patiënten, hun achtergrond en levenscyclus, en zijn bovendien laagdrempelig toegankelijk.<sup>8,9</sup> Er is op dit moment echter weinig zicht op de mate waarin huisartsen leefstijlinterventies aanbieden. Ook is er discussie over de rol van de huisarts bij preventieve leefstijlinterventies, wat aansluit op de discussie over de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. De vrees bestaat dat de werkdruk toeneemt omdat er de afgelopen jaren meer zorg en taken naar de eerste lijn zijn verplaatst.<sup>10,11</sup> Leefstijlinterventies kunnen veel tijd kosten omdat een ongezonde leefstijl vaak samenhangt met lage gezondheidsvaardigheden.<sup>12-14</sup> Een voorbeeld van de nieuwe koers van de overheid is de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), die sinds 2019 onderdeel is van de basiszorgverzekering. De GLI maakt het voor huisartsen mogelijk om patiënten met een body mass index (BMI)  $\geq 30$  of  $\geq 25$  in combinatie met (een verhoogd risico op) diabetes mellitus type 2 en/of hart- en vaatziekten naar een leefstijlprogramma te verwijzen. De GLI kan dus bij selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie een rol spelen. Gecertificeerde



Huisartsen richten zich eerder op mensen die al een [beginnende] aandoening hebben dan op het voorkómen van leefstijlgerelateerde aandoeningen.

Foto: Shutterstock

## DE NIEUWE INDELING VAN PREVENTIE

De nieuwe indeling betreft universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Universele preventie richt zich op de gezonde bevolking, of delen daarvan [primaire preventie]. Selectieve preventie betreft bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen daadwerkelijk ziek worden. Geïndiceerde preventie richt zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening [secundaire preventie]. Zorggerelateerde preventie houdt zich bezig met mensen met een ziekte of aandoening, en tracht complicaties en een lagere kwaliteit van leven te voorkomen [tertiaire preventie].<sup>22</sup>

## WAT IS BEKEND?

- De incidentie van chronische ziekten wereldwijd stijgt. Een ongezonde leefstijl is vaak de oorzaak van chronische ziekten.
- De overheid richt zich meer op preventie, bijvoorbeeld door de implementatie van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), die sinds januari 2019 onderdeel is van de basisverzekeringszorg.
- De GLI kan de huisarts ondersteunen, omdat de leefstijlcoaches over meer tijd en expertise beschikken.

## WAT IS NIEUW?

- We hebben de meningen van 83 huisartsen in Noord-Nederland over de rol van de eerste lijn bij leefstijlinterventies gekwantificeerd.
- Huisartsen uit dit onderzoek blijken eerder geneigd te zijn zich te richten op mensen die al een (beginnende) aandoening hebben, en minder op het voorkómen van leefstijlgerelateerde aandoeningen.
- De huisartsen verwijzen nog weinig naar de GLI, voor een deel omdat deze niet overal beschikbaar is, maar mogelijk ook omdat de GLI zich niet op alle leefstijlaspecten richt.
- Er is te weinig bekend over de toepassing van de GLI bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

leefstijlcoaches, diëtisten of fysiotherapeuten die beschikken over competenties op het niveau van een hbo-opgeleide leefstijlcoach, verzorgen het programma. De aanbieders moeten zijn geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging leefstijlcoaches Nederland of via een paramedisch register de aantekening leefstijlcoach hebben verkregen.<sup>15</sup> Het programma zelf kan variëren, maar bestaat in elk geval uit de componenten dieet, beweging en gedragsverandering. Naar schatting komen ongeveer 3,5 miljoen Nederlanders in aanmerking voor de GLI.<sup>16</sup> Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in 2019 1377 mensen aan deze interventie hebben deelgenomen (0,0004% van de doelgroep).<sup>17</sup> Er waren relatief meer deelnemers met een lage sociaaleconomische status. In totaal vergoedden de zorgverzekeraars tot 31 oktober 2019 € 250.000 voor de GLI. Dit bedrag ligt veel lager dan de € 6,5 miljoen die de overheid beschikbaar heeft gesteld.<sup>17</sup> Met de GLI is dus slechts een klein deel van de doelgroep bereikt. Het is niet duidelijk hoe dat komt en welke rol de eerste lijn daarbij speelt.

Om de leefstijl van Nederlanders te kunnen verbeteren moet er meer inzicht komen in de rol die de eerste lijn kan hebben bij de implementatie van leefstijlinterventies. Daarom voerden we een exploratief, hypothesevormend onderzoek uit onder huisartsen in Noord-Nederland. Onze onderzoeksvraag luidde: wat is de mening van huisartsen over de rol van leefstijlinterventies in de eerste lijn? Met leefstijlinterventies

bedoelen we alle in de eerste lijn uitgevoerde handelingen die tot doel hebben de leefstijl van de patiënt te verbeteren. Het gaat bijvoorbeeld om een verwijzing naar een diëtist vanwege overgewicht, het voorschrijven van medicatie om een patiënt te ondersteunen bij het stoppen met roken of een verwijzing naar een GLI-programma. De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor het optimaliseren van preventief beleid.

## METHODE

Het onderzoek bestond uit 2 fasen. In fase 1 namen we tussen april en juni 2019 semigestructureerde interviews af bij 15 huisartsen (gemiddelde leeftijd 54 jaar, 13% vrouw). Deze huisartsen vonden we binnen ons netwerk, waarbij we *purposive sampling* toepasten. We kozen bewust voor huisartsen die zich intensief bezighouden met preventie en huisartsen die daar minder mee bezig zijn. Na 13 interviews bereikten we saturatie. Een zesdejaars student geneeskunde voerde de interviews en gegevensanalyse uit. We hebben de interviews woordelijk getranscribeerd en voor commentaar en/of correctie per e-mail naar de deelnemers gestuurd. Vervolgens heeft een onderzoeker de gegevens met het programma NVIVO thematisch gecodeerd.

In fase 2 kwantificeerden we de gegevens uit fase 1 via een online vragenlijst, met onder andere stellingen die in de interviews naar voren waren gekomen en relevante onderwerpen uit de literatuur. In totaal benaderden we in juni en juli 2019 633 huisartsen. De vragenlijst werd door 94 huisartsen ingevuld (gemiddelde leeftijd 52 jaar, 42% vrouw), van wie 83 huisartsen de vragenlijst afmaakten (*response rate* 13%). Sommige vragen zijn dus door meer dan 83 huisartsen beantwoord. We hebben ervoor gekozen deze resultaten ook mee te nemen. De huisartsen waren afkomstig uit de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Gelderland, Groningen en Overijssel.

De vragen [**bijlagen**] zijn gebaseerd op relevante onderwerpen over dit thema, die zijn beschreven in de wetenschappelijke literatuur. De interviews en de vragenlijsten hadden betrekking op de volgende onderwerpen:

- algemene vragen over de prevalentie van ongezonde leefstijlfactoren bij de praktijkpopulatie;
- de taakopvatting van huisartsen bij het signaleren, verwijzen en behandelen van mensen met een ongezonde leefstijl;
- de preferente rol van de huisartsen bij leefstijlinterventies en de GLI (de gecombineerde leefstijlinterventie die sinds 2019 vergoed wordt uit de basiszorgverzekering);
- ervaringen van huisartsen met leefstijlinterventies en de GLI in het bijzonder.

## RESULTATEN

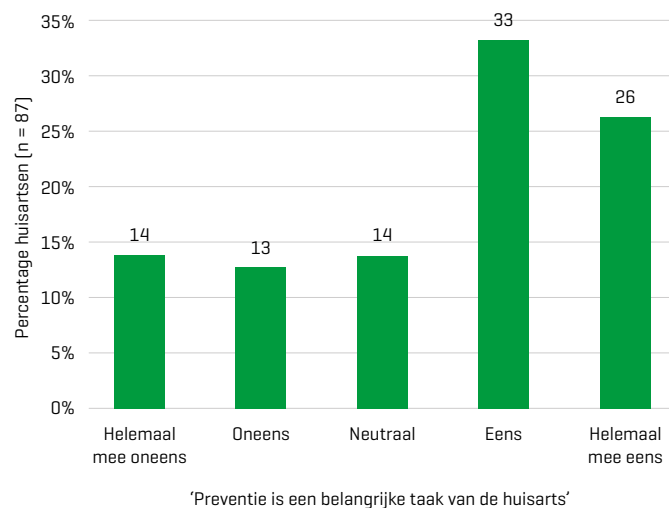
### Interviews

Uit de interviews bleek dat in de praktijkpopulaties vooral weinig lichaamsbeweging en een ongezond dieet veel voorkwamen. De zienswijzen over de preferente rol bij leefstijlinterventies liepen uiteen. Sommige respondenten vonden dat preventie niet tot hun takenpakket behoort ('Ik beschouw dat

niet als mijn taak, ik ben niet de hoeder van de Nederlandse gezondheidszorg. Ik wil ook niet verantwoordelijk zijn voor de leefstijl van anderen.’). De meningen waren vooral verdeeld als het ging om primaire preventie. Sommige respondenten vonden dat primaire preventie een taak van de overheid en de GGD is, omdat het volgens hen om een sociale kwestie gaat. Anderen meenden dat primaire preventie juist wel een taak van de huisarts is (‘Veel mensen maken de verkeerde keuzen als het gaat om hun lichaam en hun gezondheid. Ik vind het belangrijk om mensen daar bewust van te maken, om hen te adviseren over hoe ze het anders kunnen doen.’). Gebrek aan tijd, personeel en financiële middelen vormden barrières bij het inzetten van leefstijlinterventies. Respondenten vonden het moeilijk om een ongezonde leefstijl te bespreken als deze geen verband houdt met de hulpvraag van een patiënt. Daarnaast speelden patiëntgerelateerde factoren een rol: een lage sociaaleconomische status en gebrek aan motivatie werken volgens respondenten belemmerend bij het initiëren van leefstijlinterventies. Van de 15 respondenten uit de interviews hadden er 2 nog niet van de GLI gehoord. De meeste anderen waren positief over het idee, maar waren sceptisch over de haalbaarheid en effectiviteit ervan. Ze waren ontevreden over de resultaten van bij hun bekende leefstijlinterventies en hadden twijfels over de langetermijneffecten. Met leefstijlinterventies bedoelen ze hier conventionele interventies, zoals stoppen-met-roken-trajecten. Verder gaven respondenten aan dat de leefstijlaspecten waarop de GLI’s zich richten te smal zijn. Een GLI zou alle aspecten van een ongezonde leefstijl moeten dekken, inclusief onder andere alcoholgebruik, stressreductie en slaap, en zich niet alleen moeten richten op overgewicht. Respondenten zeiden behoefte te hebben aan een duidelijke verwijzingsroute, die nu ontbreekt. Ze vonden dat patiënten snel terecht moeten kunnen en dat de verwachtingen voor zowel patiënt als huisarts duidelijk moeten zijn.

## Figuur

De mening van huisartsen over hun taak binnen preventie



## Vragenlijsten

De uitkomsten van de interviews werden grotendeels bevestigd door de resultaten van de vragenlijsten. De spreiding van de geschatte prevalentie van patiënten in de eigen praktijk met een ongezonde leefstijl varieerde van 16 tot 91% (gemiddelde  $52 \pm 18\%$ ). Roken, weinig lichaamsbeweging en een ongezond dieet waren volgens de respondenten de meest voorkomende risicofactoren. Dit zijn ook de 3 factoren waarbij de respondenten zich het meest bekwaam voelen om patiënten bij te ondersteunen, zo bleek uit de vragenlijst. De meningen van respondenten over de stelling ‘Preventie is een belangrijke taak van de huisarts’ waren verdeeld [figuur]. Van hen vond 56% (n = 49) zowel primaire als secundaire preventie een taak van de huisarts, 39% (n = 34) alleen secundaire preventie en 2% (n = 2) alleen primaire preventie. Twee respondenten (2%) vonden preventie helemaal geen taak van de huisarts. Uit de vragenlijsten bleek verder dat 89% (n = 76) van de respondenten wel eens van de GLI had gehoord. Net als de interviews lieten zien, was de GLI dus niet bij iedereen bekend. Een kleiner deel van de respondenten (19%; n = 16) had reeds patiënten naar de GLI verwezen. Meer dan 80% had hier dus nog geen gebruik van gemaakt. De meest genoemde reden hiervoor was dat de GLI niet in de regio werd aangeboden.

## BESCHOUWING

Op 21 januari 2019 zijn de taakopvattingen van huisartsen opnieuw geformuleerd in de vorm van kerntaken. Deze zijn ondergebracht in 5 categorieën: medisch-generalistische zorg, spoedeisende huisartsenzorg, terminaal-palliatieve zorg, preventieve zorg en zorgcoördinatie. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie worden gezien als belangrijke taken voor de eerste lijn, terwijl de publieke gezondheidszorg zich zou moeten richten op de universele preventie.<sup>18</sup> We zagen dat maar liefst 56% van onze respondenten vond dat zowel primaire als secundaire preventie, dus ook de universele preventie, tot het takenpakket van de huisarts hoort. Mogelijk waren de huisartsen die aan ons onderzoek deelnamen positiever over preventie in de eerste lijn dan de huisartsen die deelnamen aan het onderzoek naar de taakopvattingen.<sup>18</sup>

Het is onduidelijk hoe huisartsen deze preventieve zorg zouden moeten aanbieden. Zeker omdat maar liefst 22% van de volwassenen rookt, 9% overmatig drinkt, 47% een ongezond gewicht heeft en ongeveer 50% niet voldoet aan de beweegrichtlijn.<sup>19</sup> De GLI zou de eerste lijn daarbij kunnen ondersteunen. Op 14 oktober 2019 kwamen op initiatief van staatssecretaris Blokhuys diverse partijen bijeen om de stand van zaken rond de GLI te evalueren. De aanwezigen waren over het algemeen verheugd over de GLI.<sup>20</sup>

Uit ons onderzoek bleek dat er nog onvoldoende leefstijlcoaches zijn, dat een overzicht van het aanbod ontbreekt en dat GLI’s in sommige regio’s nog niet beschikbaar zijn. Op dit moment (juni 2020) zijn er landelijk 1112 erkende GLI-aanbieders, maar concentreert het aanbod zich vooral in en rond de grote steden. In Zeeland, Limburg en de 3 noordelijke provincies is het aanbod beperkt.<sup>21</sup> Dit is opmerkelijk, want het

aandeel leefstijlgerelateerde ziekten en sterfte is in Groningen en Limburg het hoogst.<sup>22,23</sup>

We zagen dat 11% van de respondenten de GLI niet kent. Bovendien steunden ze het idee van de GLI, maar twijfelden ze aan de langetermijneffecten. Volgens het RIVM zijn er voor de huidige aanbevolen leefstijlinterventies ‘eerste aanwijzingen voor effectiviteit’, dan wel ‘goede aanwijzingen voor effectiviteit’.<sup>24-26</sup> Dat laat inderdaad zien dat goed gefundeerde langetermijneffecten beperkt zijn. Bovendien is niet duidelijk of en hoe mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bij deze effectiviteitsonderzoeken betrokken zijn, en dus of de uitkomsten van deze onderzoeken te generaliseren zijn naar de gehele populatie. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben mogelijk een andere en intensievere benadering nodig dan anderen.

Zoals bij elk onderzoek kan *selection bias* een rol hebben gespeeld. De deelnemers hebben mogelijk een meer uitgesproken mening over leefstijlinterventies dan niet-deelnemers. We hebben een heterogene groep huisartsen geïnterviewd om het onderwerp vanuit verschillende perspectieven te kunnen belichten. De opmerkingen uit de interviews hebben we gekwantificeerd in online vragenlijsten. De response rate van de interviews was laag (13%), wat mogelijk komt door de relatief grote tijdsinvestering. We interviewden voor dit onderzoek alleen huisartsen uit Noord-Nederland, maar hebben geen redenen om aan te nemen dat zij wezenlijk verschillen in hun mening over preventie ten opzichte van huisartsen uit andere regio's in Nederland. Wel waren mannelijke, relatief oudere huisartsen oververtegenwoordigd onder de respondenten, wat mogelijk een vertekend beeld heeft gegeven. Vanwege de beperkte periode waarin we dit onderzoek moesten uitvoeren was het niet mogelijk om meer huisartsen te includeren. Toch geeft dit onderzoek wel inzicht in de beperkingen van de preventieve geneeskunde binnen de eerste lijn en wij gaan ervan uit dat onze bevindingen in Noord-Nederland ook gelden voor andere delen van het land. Onze resultaten zijn gedetailleerder dan de uitkomsten van het GLI-overleg van oktober 2019, omdat we in ons onderzoek barrières en facilitators hebben uitgevraagd.<sup>20</sup> We richtten ons alleen op de opvattingen van huisartsen. Huisartsen vonden dat ook patiëntgerelateerde factoren de slagingskans van een leefstijlinterventie beïnvloeden. Het zou daarom interessant zijn om de meningen van patiënten onder de loep te nemen.

## CONCLUSIE

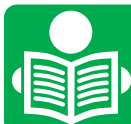
Met dit artikel willen we een bijdrage leveren aan de discussie over leefstijlinterventies in de eerste lijn. Naast de groot-schalige kerntakendiscussie waarin het onderwerp preventie ook aan bod kwam, levert dit onderzoek een overzicht van meningen van Nederlandse huisartsen op dat specifiek gericht is op hun rol bij leefstijlinterventies. Onder de ondervraagde huisartsen bestond er geen consensus over hun rol bij preventie. Ze lijken eerder geneigd om zich te richten op preventie bij mensen die al beginnende klachten of aandoeningen hebben en worstelen met gebrek aan tijd, mankracht en middelen om

vooral de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden goed te kunnen begeleiden. Het concept is veelbelovend, maar wil de GLI slagen, dan is het van belang dat de knelpunten worden aangepakt door de stakeholders te betrekken bij het opschalen en implementeren. Er is meer tijd nodig om de GLI een plek in de eerste lijn te geven. Het is ook belangrijk om te achterhalen hoe patiënten over de GLI denken. Pas dan kunnen we evalueren of de GLI een bijdrage levert aan preventie en een vaste plek in de zorg verdient. De GLI zou kunnen werken als leefstijlcoaches overal beschikbaar zijn en als de interventies ook bij deelnemers met beperkte gezondheidsvaardigheden aantoonbaar effectief blijken te zijn. In dit geval zou de GLI huisartsen kunnen ondersteunen bij hun kerntaak als preventieve zorgverlener. ■

## LITERATUUR

1. Majid A. Mapped: the global epidemic of 'lifestyle' disease in charts. The Telegraph, 29 maart 2018.
2. Nivel. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit. [www.volksgezondheinzorg.info](http://www.volksgezondheinzorg.info). 2016. Geraadpleegd op 6 juni 2019.
3. Van Eerd EAM, Van der Meer RM, Van Schayck OCP, et al. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane database Syst Rev* 2016;8:CD010744.
4. Glechner A, Keuchel L, Affengruber L, et al. Effects of lifestyle changes on adults with prediabetes: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes* 2018;12:393-408.
5. Sheng Z, Cao J-Y, Pang Y-C, et al. Effects of lifestyle modification and anti-diabetic medicine on prediabetes progress: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2019;10:455.
6. Janssen V, De Gucht V, Dusseldorp E, et al. Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol* 2013;20:620-40.
7. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheidsverschillen. Hoe ontwikkelen zich gezondheidsverschillen in de toekomst? Utrecht: RIVM, 2017. Geraadpleegd op 24 maart 2019.
8. Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Van der Velden J. Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging! *Huisarts Wet* 2010;51:38-41.
9. NHG. Kerndocument Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Utrecht: NHG, 2012. Geraadpleegd op 2 juli 2019.
10. Lambregtse C. Meer tijd voor de patiënt is de echte oplossing. *Utrecht: LHV*, 2017:8-11.
11. Grundmeijer HGLM. Preventie in de huisartsgeneeskunde; vroeger, nu en in de toekomst. *Huisarts Wet* 2002;2:76-80.
12. Peltzer S, Hellstern M, Genske A, et al. Health literacy in persons at risk of and patients with coronary heart disease: a systematic review. *Soc Sci Med* 2020;245:112711.
13. Seib C, Parkinson J, McDonald N, et al. Lifestyle interventions for improving health and health behaviours in women with type 2 diabetes: a systematic review of the literature 2011-2017. *Maturitas* 2018;111:1-14.
14. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, et al. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expect* 2017;20:112-9.
15. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gecombineerde leefstijlinterventie. Utrecht: RIVM, 2019. Geraadpleegd op 13 mei 2019.

16. De Vries M, De Wijer T. De Gecombineerde Leefstijl Interventie. Eerstelijns 2018;11-3.
17. Mohnen S, Feenstra T, Wendel-Vos W, et al. Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI-Monitor). Utrecht: RIVM, 2019.
18. De Argumentenfabriek. Kerntakenkaart toekomst huisartsenzorg. 2019.
19. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Leefstijlmonitor. Utrecht: RIVM, 2014. Geraadpleegd op 13 maart 2019.
20. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bijeenkomst Gecombineerde Leefstijlinterventie 14 oktober 2019. Utrecht: RIVM, 2019;1-2.
21. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Tabel aanbieders gecombineerde leefstijlinterventie. Utrecht: RIVM, 2020. Geraadpleegd op 20 juni 2020.
22. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Dossier preventie. Utrecht: RIVM, 2020. Geraadpleegd op 23 juni 2020.
23. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Overgewicht – regionaal. Utrecht: RIVM, 2020. Geraadpleegd op 23 juni 2020.
24. Loketgezondleven. BeweegKuur GLI (Gecombineerde Leefstijl Interventie). www.loketgezondleven.nl. 2018. Geraadpleegd op 23 juni 2020.
25. Loketgezondleven. Cool (Coaching op Leefstijl). www.loketgezondleven.nl. 2018. Geraadpleegd op 23 juni 2020.
26. Loketgezondleven. SLIMMER. 2018. www.loketgezondleven.nl. 2018. Geraadpleegd op 23 juni 2020.



Lees ook 'Leefstijlgeneeskunde is de basis voor iedere huisartsenpraktijk' van Maaïke de Vries, et al. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-020-1011-0. Lees daarnaast 'Gedragsverandering door leefstijlbehandeling bij diabetes type 2' van Gerda Pot, et al. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1013-y. En lees 'Een beweegprogramma voor COPD-patiënten heeft effect' van Annemieke Fastenau, et al. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-0995-9.

Scheenhart N, Azdahic A, Metting EI. Preventie: een taak van de huisarts? Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-020-0966-1. Zonnehuisgroep Noord, Zuidhorn: N. Scheenhart, basisarts, nina-scheenhart@gmail.com. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: A. Azdahic, student geneeskunde; dr. E.I. Metting, assistent professor. Rijksuniversiteit Groningen, faculteit Economie en Bedrijfskunde, Groningen: dr. E.I. Metting, assistent professor. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## ABSTRACT

**Introduction** Lifestyle is a much-discussed theme. Following the discussion about the core values of general practice care, there is the discussion on its role in lifestyle interventions. We have conducted an explorative study among GPs in the North of the Netherlands about their view on their role in lifestyle interventions. The goal was also to investigate the current status of the implementation of the GLI.

**Method** Phase 1: semi-structured interviews among 15 GPs. Phase 2: online questionnaires among 83 GPs.

**Results** An unhealthy lifestyle is a frequent problem according to GPs. However, GPs' opinions on their role in prevention and lifestyle-interventions seemed to be di-

vided, particularly with regard to their role in primary and secondary prevention. GPs struggle with a lack of time, manpower and resources to properly guide people with low socio-economic status. The introduction of the GLI could help GPs with this, but GPs appear to refer too little to the GLI. GPs have doubts about the effectiveness of the GLI. Furthermore, the GLI is not [yet] available in some northern regions.

**Conclusion** There appears to be no consensus among general practitioners when it comes to their role in prevention and lifestyle support. The GLI knows some start-up problems. It is too early to judge whether the combined lifestyle intervention is a success.

# Bijlage 1 Interviewschema

*De eerste vragen gaan over u en uw praktijk.*

1. Wat is uw geboortedatum?
2. Hoe lang bent u werkzaam als huisarts?
3. In wat voor soort praktijk bent u werkzaam?
4. Hoeveel patiënten heeft uw praktijk?
5. Wat is de gemiddelde leeftijd van uw patiënten? Welke leeftijd komt het meeste voor?
6. Wat is de gemiddelde sociaaleconomische status van uw patiënten?
7. Welke aandoeningen ziet u veel bij uw patiënten?

*Dan een aantal vragen over leefstijl en leefstijlbevordering.*

1. Wat verstaat u onder leefstijl?
  - a. Welke leefstijlcomponenten van leefstijl zijn er volgens u?
2. Wat verstaat u onder preventie en leefstijlbevordering in het algemeen?
  - a. Kunt u een voorbeeld geven?
3. Welke ontwikkelingen kent u op het gebied van preventie en leefstijlbevordering?
  - a. Regelgeving
  - b. Geneeskunde
  - c. Algemeen (bijvoorbeeld wearables)

*De volgende vragen gaan over een ongezonde leefstijl.*

4. Hoeveel procent van de patiënten in uw praktijk heeft volgens u een ongezonde levensstijl?
5. Wat zijn de gevolgen daarvan?
  - a. Wat ziet u bijvoorbeeld in uw eigen praktijk?
6. Welke soort ongezonde levensstijl is bij u in de huisartsenpraktijk het grootste probleem?
  - a. Waarom?
7. Wat ziet u aan leefstijlbevordering/aanpassing bij patiënten zelf?
  - a. Wat zijn daarbij helpende factoren?
  - b. Wat zijn bemoeilijkende factoren?
  - c. Verschilt dit per component van leefstijl?

*De volgende vragen gaan over preventie en leefstijlbevordering in de huisartsenpraktijk.*

8. Wat is volgens u de rol van de huisarts bij preventie en leefstijlbevordering?
9. Bij welke soorten ongezonde leefstijl kun je als huisarts bijdragen?
  - a. Hoe? Kunt u een voorbeeld noemen?
10. Hoe past u preventie en leefstijlbevordering toe in uw eigen praktijk?
  - a. Hoe vaak vraagt u tijdens een consult naar componenten van een ongezonde leefstijl?
  - b. Met hoeveel patiënten bespreekt u een ongezonde leefstijl?
11. Welke resultaten verwacht u daarbij?
12. Verwijst u weleens naar een andere zorgverlener voor advies/behandeling van een ongezonde leefstijl?
13. Wat zijn moeilijkheden waar u als huisarts tegenaan loopt?
14. Wat zijn uw wensen/behoeften met betrekking tot preventie en leefstijlbevordering in de huisartsenpraktijk?

*Gecombineerde leefstijlinterventie*

15. Wat houdt volgens u de gecombineerde leefstijlinterventie in?
  - a. Welke patiënten komen in aanmerking?
16. Wat vindt u van de gecombineerde leefstijlinterventie?
  - a. Wat zijn voordelen/bevorderende factoren?
  - b. Wat zijn nadelen/barrières?
    - i. Samenwerking met de aanbieders
    - ii. Zorgverzekeraar
    - iii. Patiëntgerelateerde barrières
    - iv. Persoonlijke factoren
17. Hoeveel procent van de patiënten bij u in de praktijk komt, volgens u, in aanmerking? En hoeveel van hen zouden er daadwerkelijk aan deel willen nemen?
18. Is er voor u, als huisarts, iets veranderd sinds 1 januari 2019?
  - a. Zo nee, waarom niet?
  - b. Zo ja, wat dan?
19. Wat zou u als huisarts nodig hebben voor een goede implementatie van de gecombineerde leefstijlinterventie?
20. Welke resultaten verwacht u van de gecombineerde leefstijlinterventie?
  - a. Wat zou er nodig zijn voor een optimaal resultaat van de gecombineerde leefstijlinterventie?

## Bijlage 2 Online vragenlijst

*De eerste vragen gaan over u en uw praktijk.*

1. Wat is uw geslacht?
2. Wat is uw leeftijd?
3. Hoeveel jaar bent u werkzaam als huisarts?
4. In wat voor soort praktijk ben u werkzaam?
  - a. Solo
  - b. Duo
  - c. Groepspraktijk
  - d. Anders, namelijk...
5. In welke provincie bent u werkzaam?
6. Hoeveel patiënten heeft uw praktijk ongeveer?
  - a. < 1800
  - b. 1800-2300
  - c. > 2300
7. Heeft u praktijkondersteuners in dienst?
  - a. Ja
  - b. Nee
8. In 2018 was de gemiddelde leeftijd van de bevolking 41,8 jaar. Wat is de gemiddelde leeftijd van uw patiëntenpopulatie?
  - a. Jonger dan gemiddeld
  - b. Rond het gemiddelde
  - c. Ouder dan gemiddeld
9. Wat is de meest voorkomende sociaaleconomische status van uw patiënten?
  - a. Laag
  - b. Gemiddeld
  - c. Hoog
10. Welke chronische aandoeningen ziet u, denkt u, het meest bij uw patiënten? Selecteer 3 antwoorden.
  - a. Diabetes
  - b. Hart- en vaatziekten
  - c. Gewrichtsklachten
  - d. Longaandoeningen
  - e. Alzheimer
  - f. Maligniteiten
  - g. Osteoporose
  - h. Anders, namelijk...

*De volgende vragen gaan over leefstijl.*

Leefstijl is de manier van leven van een individu of een groep. Volgens Loketgezondleven.nl van de Rijksoverheid heeft leefstijl betrekking op 7 verschillende thema's: alcohol, depressie, drugs, overgewicht, seksuele gezondheid, sport en bewegen en tabak.

11. Als u uitgaat van bovenstaande definitie, hoeveel procent van de patiënten bij u in de praktijk heeft dan naar schatting een gezonde leefstijl?
12. Welke soorten ongezonde leefstijl komen bij u in de praktijk denkt u het meeste voor? Maak een top 3.
  - a. Alcohol
  - b. Drugs
  - c. Roken
  - d. Lichaamsbeweging
  - e. Voeding
  - f. Mentale gesteldheid
  - g. Seksuele gezondheid

In de interviews noemden huisartsen dat verschillende factoren van invloed zijn op de leefstijl van hun patiënten (SES, opleidingsniveau, micromilieu, maatschappelijke factoren, enzovoort).

13. Welke factoren hebben volgens u in uw praktijk de meeste invloed op de leefstijl van uw patiënten?

*De volgende vragen gaan over preventie en leefstijlbevordering.*

Op 28 januari 2019 verscheen in *Het Parool* een artikel met de titel 'Preventie is wél een belangrijke taak van de huisarts'. Dit artikel is een reactie op een eerder verschenen artikel waarin werd geschreven over de 'overstromende emmer van de huisarts'.

14. In hoeverre bent u het eens met de titel van het bovenstaande artikel?
  - a. Helemaal niet mee eens
  - b. Een beetje mee oneens
  - c. Neutraal
  - d. Een beetje mee eens
  - e. Helemaal mee eens

Preventie bestaat onder andere uit primaire en secundaire preventie. Primaire preventie is het voorkomen dat gezonde mensen gezondheidsproblemen, een ziekte of een ongeval krijgen. Secundaire preventie richt zich op het vroegtijdig opsporen van ziekten of afwijkingen om ze in een vroeg stadium aan te pakken.

15. Welk van de volgende stellingen sluit het meest aan bij uw mening?
- Alleen primaire preventie is een taak van de huisarts.
  - Alleen secundaire preventie is een taak van de huisarts.
  - Zowel primaire als secundaire preventie is een taak van de huisarts.
  - Zowel primaire als secundaire preventie is geen taak van de huisarts.

Uit de interviews kwamen verschillende taken van de huisarts bij preventie en leefstijlbevordering naar voren.

16. Wat is volgens u de taak van de huisarts bij preventie en leefstijlbevordering? Het is mogelijk om meerdere antwoorden aan te vinken.
- Signaleren
  - Adviseren
  - Motiveren
  - Verwijzen
  - Begeleiden
  - Controleren
  - Rolmodel zijn
  - De huisarts heeft hier geen rol in.
  - Anders, namelijk
17. Bij welke leefstijlthema's kunt u uw patiënten helpen bij leefstijlaanpassing? Het is mogelijk om meerdere antwoorden aan te vinken.
- Alcohol
  - Drugs
  - Roken
  - Lichaamsbeweging
  - Voeding
  - Mentale gesteldheid
  - Seksuele gezondheid

*De volgende vragen gaan over de gecombineerde leefstijlinterventie.*

Sinds 1 januari 2019 is de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) verzekerde basiszorg.

18. Heeft u weleens gehoord van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)?
- Ja
  - Nee
19. Verwijst u op dit moment patiënten naar de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)?
- Ja
  - Nee, omdat

De gecombineerde leefstijlinterventie is voor mensen met obesitas (BMI 30-35), voor mensen met overgewicht (BMI 25-30) én een verhoogd risico op hart- en vaatziekten of diabetes, en voor mensen met overgewicht in combinatie met artrose of slaapapneu.

20. Wat vindt u van deze inclusiecriteria?
- Te breed. Ik vind dat de gecombineerde leefstijlinterventie voor minder patiënten beschikbaar moet zijn.
  - Goed.
  - Te smal. Ik vind dat de gecombineerde leefstijlinterventie voor meer patiënten beschikbaar moet zijn.
21. Als u uw patiënten naar een gecombineerde leefstijlinterventie zou (kunnen) verwijzen, welk effect verwacht u dan?
- Antwoord: geen, weinig, redelijk, veel, heel veel.
- Reductie in gewicht
  - Reductie in prevalentie chronische ziekten
  - Betere kwaliteit van leven
  - Blijvende gedragsverandering
  - Makkelijker verwijstraject voor leefstijlinterventies