

Huisarts en beweegadvies – waar wachten we op?

Pim Assendelft

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie behoren tot de kerntaken van de huisarts. Voor veel aandoeningen is bewegen een nuttig leefstijladvies. Toch is er vaak nog twijfel over de effectiviteit van bewegen bij aandoeningen. Ook blijft het zoeken naar welke rol de huisarts en praktijkondersteuner hierbij in relatie tot andere partijen spelen. Tijd om beweegadviezen in de spreekkamer nog eens onder de loep te nemen, mede naar aanleiding van een recente publicatie in het *British Medical Journal*.

Een systematische review van 46 gerandomiseerde onderzoeken in het *British Medical Journal* naar de effectiviteit van beweegprogramma's in de eerste lijn komt tot een enthousiaste conclusie: beweeginterventies die eerstelijnsprofessionals aanbieden, bevorderen matig tot intensieve beweegactiviteiten.¹ Als dat zo is, waarom pakken huisartsen dit onderdeel van de behandeling dan niet actief op? Een beweegadvies of verwijzing naar een beweegprogramma is immers onderdeel van veel NHG-Standaarden? Kennelijk zien sommige huisartsen onvoldoende mogelijkheden voor zo'n verwijzing, terwijl andere nog steeds twijfelen over de effectiviteit van de verschillende programma's. Wat is de betekenis van de uitkomsten van deze systematische review voor de Nederlandse huisartsenpraktijk, en waar staan we met betrekking tot bewegen en gezondheid anno 2022? In deze beschouwing bespreek ik eerst de review, vervolgens in bredere zin het nut van bewegen en besluit ik met aanbevelingen om bewegen een duidelijker plaats te geven in de spreekkamer van huisarts en praktijkondersteuner.

DE SYSTEMATISCHE REVIEW

Klinische toepassing

De systematische review includeert onderzoeken in de eerste lijn waarin beweegadvies of doorverwijzing voor beweegactiviteiten onderdeel was van een interventie.¹ Dat levert een goed gevulde mand met 'appels en peren' op. De onderzoeken variëren in aard (kort verwijsadvies versus uitgebreid programma), de rol van bewegen (integraal onderdeel van een breder programma of een eigenstandige interventie), de controlegroep (bijvoorbeeld gangbare zorg of een voorlichtingssessie), de indicatiestelling (zoals diabetes, artrose, COPD) en de duur van de follow-up (variërend van 1 tot 36 maanden).



Bewegen heeft vele fysieke en mentale voordelen.

Foto: Shutterstock

Vaak maakt het beweegadvies onderdeel uit van een integraal leefstijlprogramma, waarover de review weinig details meldt. De kracht van een systematische review is dat je juist door het samenvoegen over meer informatie beschikt, maar klinisch gezien zijn de onderzoeken wel erg heterogeen, wat vertaling naar de praktijk lastig maakt. Deze klinische heterogeniteit vertaalde zich ook naar een forse statistische heterogeniteit, wat statistische pooling minder geloofwaardig maakt.

Subgroepanalyses

Er blijkt geen effect te zijn in trials waarin het bewegen objectief met een apparaat werd gemeten. Alleen in de onderzoeken waarin het bewegen via zelfrapportage werd vastgesteld, werd er (significant) meer bewogen. Bakker et al. stellen in hun artikel over meetmethoden dat vragenlijsten bij individuen die weinig bewegen vaak resulteren in een overschatting van de lichamelijke activiteit en dat vragenlijsten vergeleken met objectieve methoden minder betrouwbaar zijn.² Opvallend is ook dat onderzoeken uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk duidelijk betere resultaten geven dan onderzoeken uit de rest van Europa (inclusief Nederland). Wanneer we de 8 onderzoeken uit Nederland er voor een nadere beschouwing

DE KERN

- Een uitgebreid rapport van de Gezondheidsraad en diverse NHG-Standaarden onderstrepen het nut van bewegen voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.
- Een recente systematische review rapporteert een positief effect van beweegadvies of verwijzing naar een beweegprogramma in de eerste lijn. Juist de onderzoeken uit Europa en meer specifiek Nederland laten echter minder vaak effect zien.
- Voor veel indicaties zijn programma's en vergoedingen beschikbaar; het beweegaanbod voor verwijzing is echter zeker nog niet voldoende.
- Zorgverzekeraars en gemeenten hebben in dit kader onlangs de vorming van regionale preventie-infrastructuren aangekondigd.
- Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het informeren over, aanbieden van en verwijzen voor beweegprogramma's.

uitlichten valt daarin op dat ook deze qua opzet onderling zeer verschillend zijn.³⁻¹⁰ Slechts 1 onderzoek, naar het effect van een zelfmanagement ondersteunende e-health-applicatie voor COPD- en DM type 2-patiënten, laat een significant effect zien, maar alleen van zelfmanagement met de applicatie en niet van het zelfmanagementprogramma op zichzelf.⁶

WAT KUNNEN WE LEREN UIT DE SYSTEMATISCHE REVIEW?

De systematische review laat zien dat het effect van bewegen met individuele trials moeilijk te bewijzen is. Ze zijn vaak te klein om effect aan te tonen: slechts 4 van de 31 trials die in de pooling konden worden opgenomen laten een statistisch significant effect zien.¹ Bij zo weinig op zichzelf staande positieve onderzoeken is het moeilijk om op basis van de inhoud van de interventies te bepalen op welke wijze bewegen het beste gestimuleerd kan worden.

Naast onderzoeksgrootte zijn er meer redenen waarom gerandomiseerde trials tot fout-negatieve uitkomsten kunnen leiden (geen effect kunnen aantonen, terwijl dat er in werkelijkheid wel is). De controlegroep is veelal *usual care*. Vaak hebben artsen en patiënten in een dergelijke controlegroep een hogere intrinsieke motivatie dan ze in een praktijksituatie buiten onderzoeksverband zouden hebben. Daardoor is het moeilijker aan te tonen dat de interventiegroep in positieve zin verschilt van de controlegroep. Verder gaat het bij het stimuleren van beweegadvies bij zowel de zorgaanbieders (POH en huisarts) als bij patiënten om een (vaak complexe) gedragsverandering. Vaak nemen de aanbieders bij trials onvoldoende tijd om de interventie goed te implementeren. Idealiter wordt een optimum bereikt door het handelen kortcyclisch te verbeteren (door feedback en aanpassen), en niet door het opleggen van een star protocol, zoals nu nog vaak in trials gebeurt.

Op grond van de review kunnen we niet concluderen dat een beweegadvies in de eerste lijn bewezen effectief is. Voor diver-

se onderzoeken was het ook niet de primaire vraagstelling en bovendien zijn leefstijlinterventies lastig te onderzoeken. De vraag is of we anno 2022 dan maar terughoudend moeten zijn in het geven van een beweegadvies.

HEBBERN BEWEEGADVIES EN -ONDERSTEUNING ZIN?

Het Gezondheidsraadrapport over bewegen uit 2017 is er helder over en ook de diverse NHG-Standaarden stellen duidelijk: bij veel doelgroepen en indicaties in de huisartsenpraktijk heeft bewegen zin.¹¹ Ook een recent overzichtsonderzoek van Cochrane systematische reviews (125 narratief samengevat en 25 kwantitatief) laat zien dat bewegen op een groot aantal aandoeningen een positief effect heeft en een mortaliteitsreductie geeft.¹² Het programma Bewust bewegen van het Kenniscentrum Sport & Bewegen beschrijft per chronische aandoening gedetailleerd wat verstandig is op het gebied van bewegen en met welke zaken je rekening moet houden, zoals de effectiviteit, het mechanisme, in welke situaties sporten en bewegen niet veilig zijn zonder aanvullend persoonspecifiek advies en toegespitste aanbevelingen die kunnen afwijken van de algemene beweegrichtlijnen.¹³

Voor diverse indicaties vormt de bekostiging van fysiotherapie en de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) geen obstakel meer, omdat ze in het basispakket zijn opgenomen. De GLI heeft een heel breed indicatiegebied: 3,5 miljoen patiënten zouden op basis van de criteria verwezen kunnen worden.¹⁴ Toch blijft de instroom van de GLI achter, wat komt door de wisselende beschikbaarheid van leefstijlcoaches en de coronapandemie, en door twijfels over de effectiviteit en geschiktheid voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.¹⁵⁻¹⁷

BEWEEGADVIES IN DE SPREEKKAMER

Meer tijd voor de patiënt

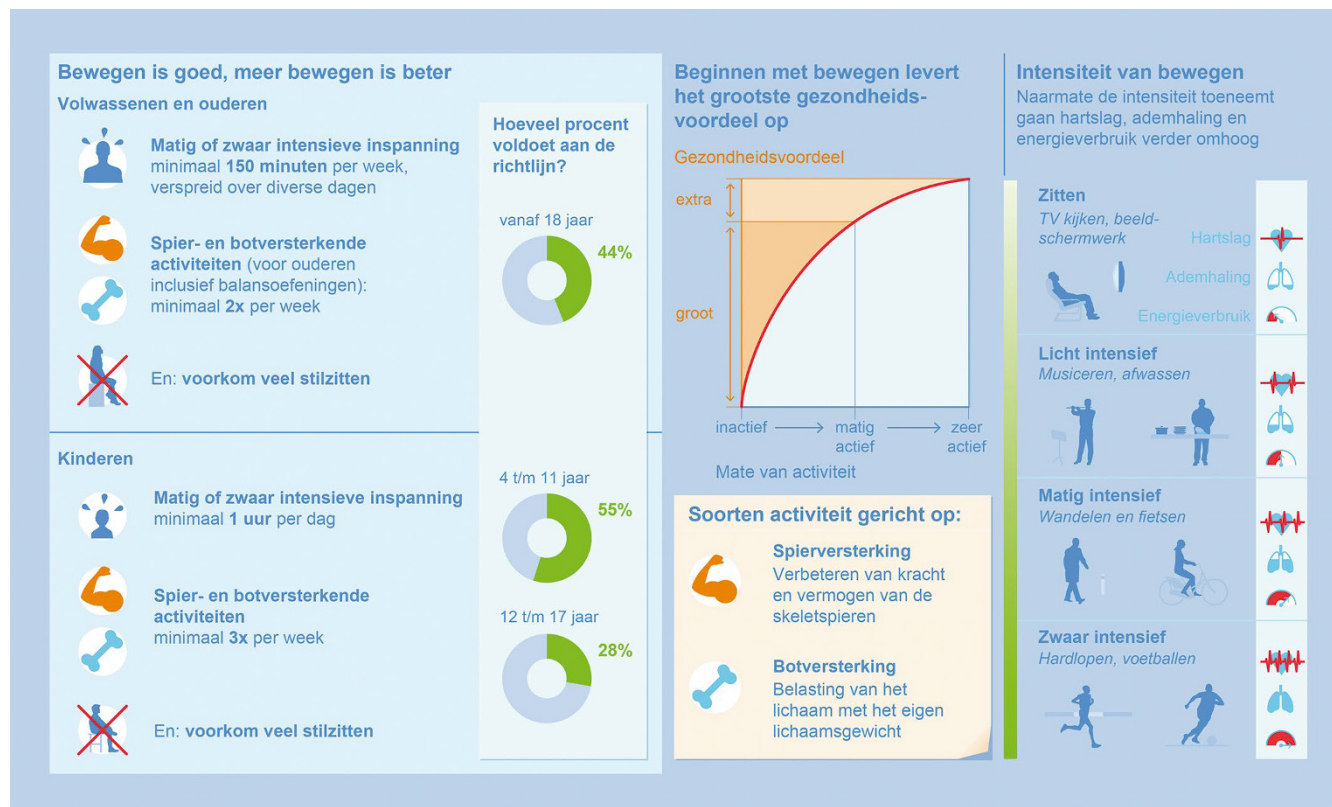
Momenteel vragen de huisartsenkoepels om 'meer tijd voor de patiënt'. Het verkennen van de motivatie voor leefstijlveranderingen en het geven van een goed advies vragen tijd en kunnen we op verschillende manieren invullen. Met een kort advies ('in het Engels: *brief advice*; 30-secondeninterventie) kunnen we een patiënt gericht naar een vervolgactiviteit verwijzen.¹⁸ Praktijkondersteuners of huisartsen kunnen echter ook een uitgebreidere inventarisatie doen aan de hand van het Leefstijlroer van Arts & Leefstijl of het 'spinnenweb' Positieve gezondheid.¹⁹ Daar is vanzelfsprekend meer tijd voor nodig.

Ondersteunende preventie-infrastructuur

Te vaak is het beweegaanbod onduidelijk en onvoldoende. In april 2022 kondigden de koepelorganisaties Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in een gezamenlijk Preventiestatement de vorming van regionale preventie-infrastructuren aan.²⁰ De bedoeling is dat per regio gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over preventie maken. Bij de bekendmaking gaven de initiatiefnemers aan samen te gaan werken aan een dekkend aanbod. Daarbij kennen ze een duidelijke rol toe aan

Figuur 1

Beweegrichtlijnen 2017



Bron: Gezondheidsraad

de (huis)arts: 'Speciaal voor groepen die wat [kwaliteit van leven] betreft telkens weer op achterstand staan: mensen met een minder gezonde leefstijl, hebben ook vaker te maken met omstandigheden waardoor ze minder makkelijk de weg weten te vinden naar de juiste hulp. Gemeenten kunnen daarin helpen, maar niet zonder samenwerking met de zorg. Daarom is de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars van groot belang.²⁰

Het is wenselijk dat de regionale huisartsen proactief aangeven waar de knelpunten zitten en wat ze nodig hebben om gericht en laagdrempelig te kunnen doorverwijzen naar beweegprogramma's. Ze moeten in deze rol 'ontzorgd' worden, niet extra belast. Dat vraagt om een voldoende gevarieerd en toegankelijk aanbod (inclusief informele activiteiten, zoals wandelclubs of wandelvoetbal), een (digitaal) overzicht van het aanbod, dekkende vergoedingen voor de aanbieders en goede samenwerking met door de gemeente betaalde buurtsportcoaches en gezondheidsmakelaars.

Voorbeelden van beweegadviezen

Het programma 2DiaBeat heeft voor een aantal wijken in Nederland een overzicht gemaakt van het lokale leefstijlaanbod.²¹ In diverse gemeenten kunnen huisartsen 'Bewegen op recept' uitschrijven, waarbij een leefstijladviseur – meestal een fysiotherapeut, verpleegkundige of praktijkondersteuner – tij-

dens een intakegesprek kijkt welke vorm van bewegen het best bij de patiënt past.²² Het artikel 'Leefstijlgeneeskunde is basis chronische zorg' uit dit tijdschrift geeft bruikbare praktische tips voor het gesprek over leefstijl.²³

In heel het land faciliteert en motiveert de Nationale Diabetes Challenge zorg-, beweeg- en welzijnsprofessionals om mensen met diabetes in beweging te brengen.²⁴

IMPLEMENTATIEONDERZOEK

Ook kunnen we nog veel van de praktijk leren. Het RIVM gaat bijvoorbeeld GLI's evalueren, zodat we meer te weten komen over wie meedoen, wat de opbrengst in gezondheidswinst is en wat determinanten van succes (en uitval) zijn. Zo leren we wat nodig is om programma's als de GLI te optimaliseren. Dergelijke grootschalige programma's kunnen niet meteen optimaal zijn, dat vergt immers tijd en bijstelling – net zomin als een NHG-Standaard ineens optimaal geïmplementeerd kan worden.

BEWEGEN IS HET BESTE MEDICIJN

Veel aandoeningen die huisartsen zien hebben een leefstijlcomponent. Bewegen heeft veel fysieke en mentale voordelen (zie de [figuur] uit het Gezondheidsraadrapport).¹¹ Als huisarts hebben we een unieke positie om mensen op het nut van bewegen te wijzen en ze op weg te helpen. De infrastructuur

voor beweegadvies en -programma's is zeker nog niet optimaal, maar daar wordt de komende jaren verder aan gewerkt. Hoewel de review in het BMJ niet het definitieve specifieke bewijs heeft kunnen leveren voor de rol die de huisarts hierbij speelt, mogen we niet langer wachten. Bewegen is het beste medicijn. ■

LITERATUUR

1. Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, Graham H, Thomas JJC, Chalkley AE, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022;376:e068465.
2. Bakker EA, Eijvogels TMH, De Vegt F, Busser GSF, Hopman MTE, Verbeek ALM. Patiënten in beweging. Gevalideerde methoden om lichamelijke activiteit te kwantificeren. *NTvG* 2015;159:A8709.
3. Westland H, Schuurmans MJ, Bos-Touwen ID, De Bruin-van Leersum MA, Monninkhof EM, Schröder CD, et al. Effectiveness of the nurse-led Activate intervention in patients at risk of cardiovascular disease in primary care: a cluster-randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2020;19:721-31.
4. Vermunt PW, Milder IEJ, Wielaard F, De Vries JHM, Baan CA, Van Oers JAM, et al. A lifestyle intervention to reduce type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. *Diabet Med* 2012;29:e223-31.
5. Van Sluijs EM, Van Poppel MNM, Twisk JWR, Chin A Paw MJ, Calfas KJ, Van Mechelen W. Effect of a tailored physical activity intervention delivered in general practice settings: results of a randomized controlled trial. *Am J Public Health* 2005;95:1825-31.
6. Van der Weegen S, Verwey R, Spreeuwenberg M, Tange H, Van der Weijden T, De Witte L. It's LiFe! Mobile and web-based monitoring and feedback tool embedded in primary care increases physical activity: a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2015;17:e184.
7. Tiessen AH, Smit AJ, Broer J, Groenier KH, Van der Meer K. Randomized controlled trial on cardiovascular risk management by practice nurses supported by self-monitoring in primary care. *BMC Fam Pract* 2012;13:90.
8. Kloek CJ, Bossen D, Spreeuwenberg PM, Dekker J, De Bakker DH, Veenhof C. Effectiveness of a blended physical therapist intervention in people with hip osteoarthritis, knee osteoarthritis, or both: a cluster-randomized controlled trial. *Phys Ther* 2018;98:560-70.
9. Hesselink AE, Rutten GEH, Slootmaker SM, De Weerd I, Raaijmakers LGM, Jonkers R, et al. Effects of a lifestyle program in subjects with impaired fasting glucose, a pragmatic cluster-randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2015;16:183.
10. Duijzer G, Haveman-Nies A, Jansen SC, Ter Beek J, Van Bruggen R, Willink MGJ, et al. Effect and maintenance of the SLIMMER diabetes prevention lifestyle intervention in Dutch primary healthcare: a randomised controlled trial. *Nutr Diabetes* 2017;7:e268.
11. Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017. 2017. Beschikbaar via: <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>. Geraadpleegd op 1 mei 2022.
12. Posadzki P, Pieper D, Bajpai R, Makaruk H, Könsgen N, Neuhaus AL, et al. Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health* 2020;20:1724.
13. Kenniscentrum sport en bewegen. Bewust Bewegen met chronische aandoeningen. Beschikbaar via: <https://tools.kenniscentrumsportenbewegen.nl/bewust-bewegen-met-chronische-aandoeningen/hoofdstuk/beweegadvies-per-chronische-aandoening/>. Geraadpleegd op 1 mei 2022.
14. Van Giessen A, De Wit GA, Wendel-Vos W, Feenstra TL. Budget impact analyse van gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Raming van het benodigde budget bij opname van de GLI in de basisverzekering. Bilthoven: RIVM, 2018.
15. Nederlandse Zorgautoriteit. Voortgang Gecombineerde Leefstijlinterventie 2021. 2021. Beschikbaar via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655296_22/1/. Geraadpleegd op 1 mei 2022.
16. De Brauw LM. De gecombineerde leefstijlinterventie. Een papieren tijger in de strijd tegen obesitas? *NTvG* 2021;165:D5885.
17. Scheenhart N, Azdahic A, Metting E. Preventie – een taak van de huisarts? *Huisarts Wet* 2021;64:19-24.
18. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet* 2016;388:2492-500.
19. Institute for Positive Health. Lancering animatie: Leefstijlroer en spinnenweb Positieve Gezondheid in de spreekkamer. Beschikbaar via: <https://www.iph.nl/kennisbank/lancering-animatie-leefstijlroer-en-spinnenweb-positieve-gezondheid-in-de-sprekkamer/>. Geraadpleegd op 1 mei 2022.
20. Zorgverzekeraars Nederland. Gezamenlijk preventiestatement gemeenten en zorgverzekeraars. 2022. Beschikbaar via: <https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=7468613632>. Geraadpleegd op 1 mei 2022.
21. 2diabeat. 2diabeatijken komen op stoom. Beschikbaar via: <https://www.2diabeat.nl/2diabeatwijken-komen-op-stoom/>. Geraadpleegd op 1 mei 2022.
22. Sport ID. Bewegen op recept. Beschikbaar via: <https://www.sportidnieuwagein.nl/doelgroepen/bewegen-op-recept/>. Geraadpleegd op 1 mei 2022.
23. De Vries I, Coymans F, De Weijer T. Leefstijlgeneeskunde is basis chronische zorg. *Huisarts Wet* 2021;64:35-6.
24. De Nationale Diabetes Challenge. Waarom de Nationale Diabetes Challenge? 2022. Beschikbaar via: <https://www.nationale-diabetes-challenge.nl/professionals/voormij/>. Geraadpleegd op 1 mei 2022.



Lees ook 'De effectiviteit en veiligheid van leefstijlinterventies bij hart- en vaatziekten' van Tinka van Trier et al. *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-2121-7.

Assendelft WJJ. Huisarts en beweegadvies – waar wachten we op? *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-2115-5.
Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: Prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Preventie in de zorg, Pim.assendelft@radboudumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.