

Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts

Louis Overgoor, Marijn Aalders, Ilona Stadius Muller

Inleiding

De Venserpolder is een achterstandswijk in Amsterdam Zuidoost. Deze wijk wordt bevolkt door mensen uit vele culturen; de meerderheid is van Surinaamse of Antilliaanse afkomst. Als onderdeel van de stichting Gezondheidscentra Amsterdam Zuidoost (GAZO) biedt ons gezondheidscentrum eerstelijnszorg aan ongeveer 7000 patiënten. De doelgroep van het project bestaat uit bewoners die kampen met overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten, spanningen en moeheid. Zij zouden gebaat zijn met een verandering in hun gedrag; meer bewegen en een gezondere levensstijl. Onze

Samenvatting

Overgoor L, Aalders M, Stadius Muller I. Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. Huisarts Wet 2006;49(1):42-5.

Achtergrond In Amsterdam Zuidoost heeft het gezondheidscentrum Venserpolder het project Big!Move opgezet om door een verandering in het zorgaanbod een proces van gezondheidsbevordering op gang te brengen.

Interventie De doelgroep van het project bestaat uit bewoners van de wijk die kampen met overgewicht, suikerziekte, hart- en vaatziekten, spanningen en moeheid. Het verhogen van de bewegingsactiviteit is een effectieve interventie voor het verbeteren van hun gezondheid. Na selectie door de huisarts participeren deelnemers in een programma dat hen fysiek en mentaal in beweging brengt. De kernpunten zijn plezier, actie, groepsdynamiek en toenemende participatie.

Kwaliteitsmaten Effecten worden geregistreerd met behulp van de *International classification of functioning*. Hierbij is er ook aandacht voor het individueel en sociaal functioneren van een deelnemer.

Effecten Na afloop van het project voelden de deelnemers zich gezonder, waren actiever en namen meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid. Het huisartsbezoek nam af en de sociale cohesie van de wijk werd vergroot. Er zijn in de wijk verschillende nieuwe bewegingsgroepen opgezet.

Conclusie Het begin van gedragsverandering kan goed door de huisarts ingezet worden, maar de uitvoering van programma's vergt samenwerking in de eerste lijn.

St. Gezondheidscentra Amsterdam Zuidoost, St. Venserpolder Eerste Lijnen Gezondheidszorg, A. Doblinstraat 56 1102 VL Amsterdam Zuidoost: A.G. Overgoor, huisarts; M.C. Aalders, fysiotherapeut, projectleider Big!Move; I. Stadius Muller, huisarts.

Correspondentie: lovergoor@gazocentra.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

patiënten aanvaardden adviezen in deze richting dankbaar, maar volgen die zelden op.

Voor een effectieve gezondheidsbevordering moet de interventie plaatsvinden in de leefomgeving van de doelgroep; de doelgroep moet in een procesmatige aanpak participeren en de interventie moet rekening houden met individuele factoren.¹ Continuïteit en samenhang tussen de maatregelen en vooral ook actie en plezier zijn naast voorlichting vaak succesvol.

Dit betekent dat de huisarts en de eerstelijnsgezondheidszorg een zeer geschikte positie voor gezondheidsbevordering hebben. Wat ontbreekt zijn methoden, de organisatie en financiering. Ook een duidelijke visie over de taakverdeling tussen verschillende professionals is niet voorhanden.

In april 2003 zijn een arts en een fysiotherapeut van gezondheidscentrum Venserpolder gestart met het project Big!Move. Het doel is door een verandering in ons zorgaanbod een proces van gezondheidsbevordering op gang te brengen. Het programma is erop gericht bewoners in de wijk te helpen de greep op hun eigen gezondheid te vergroten. Daarvoor moeten de bewoners én de medewerkers van het gezondheidscentrum in beweging komen, zowel fysiek als mentaal. We hebben gekeken wat er gebeurt met de gezondheidstoestand van de deelnemers, hoeveel ze bewegen en hoe het bezoek aan de huisarts en de fysiotherapeut verandert na invoering van Big!Move.

Interventie

Big!Move is een programma om mensen met plezier aan het bewegen te krijgen. Huisartsen kunnen patiënten verwijzen voor elke klacht of ziekte waarvoor beweging is geïndiceerd. Als tijdens het consult blijkt dat de patiënt te motiveren is voor een actieve aanpak van het beweeggedrag, verwijst de huisarts naar Big!Move. In een intakegesprek stelt een fysiotherapeut op basis van de *International classification of functioning*² (ICF, zie *Kwaliteitsmaten*) een gezondheidsprofiel op. Gewicht, bloeddruk en conditieniveau worden gemeten en de fysiotherapeut en deelnemer bespreken de motivatie en de doelen. Deelnemers kunnen kiezen uit verschillende zwem-, dans-, wandel- en fietsgroepen. De groepen bestaan uit twaalf tot twintig deelnemers. Twee fysiotherapeuten verzorgen de begeleiding. Het programma is gefaseerd opgezet. De basale structuur bestaat uit: *ik weet, ik kan, ik wil*. In vier stappen wordt de autonomie van de deelnemers steeds groter en verschuift onze begeleiding meer naar de achtergrond. De financiële bijdrage van de deelnemer is in elke fase groter.

In de eerste fase, die twaalf weken duurt, worden de deelnemers getraind in een tak van beweging die hen fysiek, mentaal en emo-

De kern

- ▶ Gezondheidsbevordering door de huisarts gaat te vaak uit van ziekte en risicofactoren bij een patiënt.
- ▶ Big!Move, een beweegprogramma, gaat uit van gezondheid en groei bij een deelnemer.
- ▶ Plezier en groepsdynamiek zijn belangrijk voor gedragsverandering.
- ▶ De *International classification of functioning* (ICF) is een goed hulpmiddel voor communicatie over gezondheid en gedrag tussen professional en patiënt in de eerste lijn.
- ▶ Leefstijlprogramma's horen in de eerste lijn en kunnen daar ook goed uitgevoerd worden.

tioneel stimuleert. Hierin gaat het om plezier, participatie, het groepsproces en vertrouwen in het eigen kunnen. Kenmerk is een strakke organisatie met een los, procesmatig programma.

De tweede fase duurt zestien weken. De deelnemers gaan nu ook andere vormen van beweging uitproberen. Ze nemen taken op zich in de organisatie, zoals het innen van de bijdragen en het opstellen van een belijst. Ook oriënteren ze zich bij andere Big!Move-groepen, of bij Afrikaanse dans, yoga of Tai Chi.

In de derde fase consolideren de deelnemers het aangeleerde gedrag, worden lid van een club of committeren zich structureel aan activiteiten. De begeleiding doet een stap terug.

In de vierde (optionele) fase worden de deelnemers onderdeel van de organisatie of treden erbuiten. Ze nemen initiatief tot activiteiten die te maken hebben met beweging en gezonder leven.

De plaatselijke koepelorganisatie GAZO ondersteunt het project vanaf het begin en een aantal externe deskundigen is bij het project betrokken.

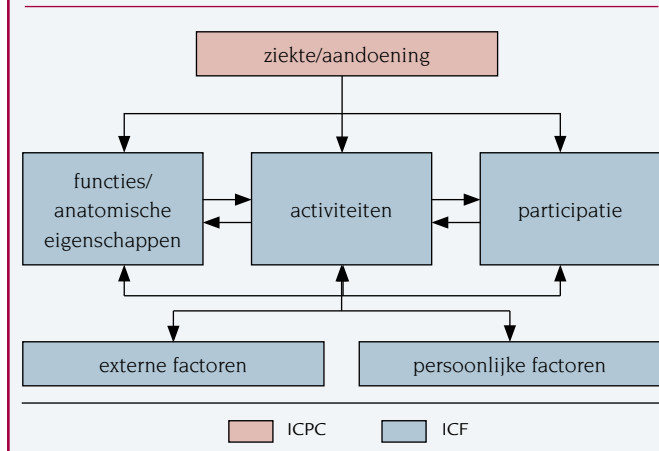
Kwaliteitsmaten

We gebruikten drie effectmaten.

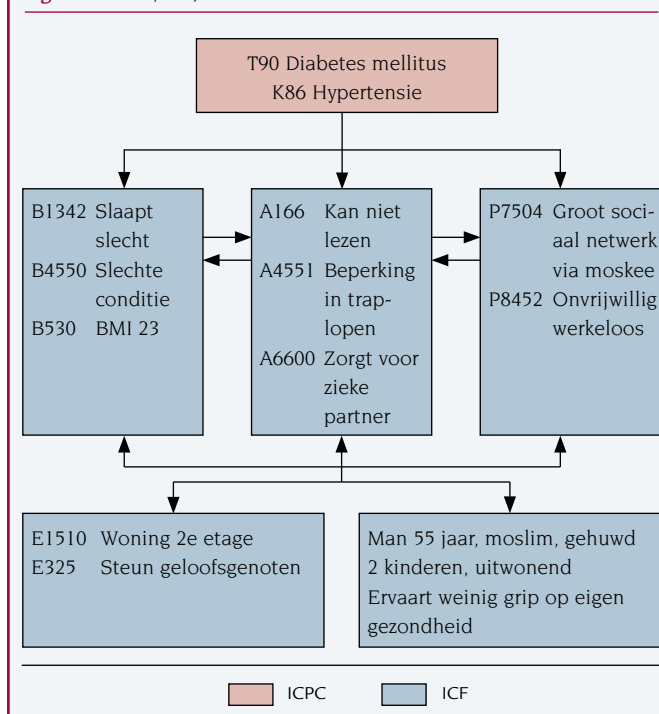
De gezondheidstoestand. Er zijn twee bruikbare classificatiesystemen waarmee we de gezondheidstoestand van een individu kunnen beschrijven, de ICPC en de ICF (*International classification of functioning*). Beide classificaties vullen elkaar aan en kunnen tegelijk bij één persoon worden toegepast. Alle huisartsen kennen de ICPC, maar de ICF is relatief nieuw en onbekend. Het is een beschrijving van het functioneren van een persoon in drie deelgebieden: *lichaamsfuncties, activiteiten en participatie*. De kernvragen zijn: wat doet mijn lichaam, wat doe ik met dat lichaam en wat doe ik met mijn omgeving? Persoonlijke en externe factoren zijn hierop van invloed (figuur 1). Dat een analfabete diabetespatiënt uit Amsterdam Zuidoost om andere zorg vraagt dan een hoogopgeleide diabetes uit Bloemendaal zal niemand betwisten, maar in de ICPC krijgen ze allebei de code T90. Door ook volgens ICF-systematiek naar mensen te kijken, is er zowel aandacht voor de ziekte of klacht, als voor bevorderende en belemmerende factoren in het persoonlijk functioneren. Er ontstaat een beeld van de gezondheidstoestand (figuur 2).

Bij de selectie van patiënten voor deelname aan Big!Move gebruikten we de ICPC-classificatie. Bij de intake wordt een gezondheids-

Figuur 1 ICPC en ICF



Figuur 2 ICPC/ICF, voorbeeld



profiel volgens ICF-classificatie opgesteld door mensen te vragen naar ervaren functies en stoornissen. Na fase 2 gaven deelnemers aan op welke terreinen ze verbeteringen bemerkten.

Verandering in beweeggedrag. Twee tot zes maanden na afloop van het programma vroegen we de deelnemers welke ICF-codes zijn veranderd in de gebieden: ADL, zelfstandige bewegingsactiviteit en deelname aan bestaande sportactiviteiten.

Zorggebruik. We vergeleken het aantal consulten van de deelnemer bij de huisarts gedurende het programmajaar met dat van het jaar daarvoor. Dit is mogelijk omdat in ons systeem alle verrichtingen worden genoteerd. Het gebruik van fysiotherapie maten we door de omzet te vergelijken van zowel de individuele klachtgerichte fysiotherapie als de groepsgerichte gezondheidsbevorderende Big!Move van het projectjaar met die van voorgaande jaar.

Effecten

Vanaf april 2003 zijn ruim 300 buurtbewoners verwezen naar het programma. De 6 huisartsen verwezen in gelijke mate. Het is onbekend hoeveel mensen er niet op het aanbod van de huisartsingeningen, maar het kostte minder moeite patiënten te motiveren voor deelname aan Big!Move dan verwacht.

We evalueerden de eerste 100 deelnemers (12 mannen, 88 vrouwen). Vrouwen komen in onze populatie tweemaal zo vaak bij de huisarts. De mannen waren minder te motiveren voor groepsprogramma's en de huidige activiteiten pasten niet goed bij hun wensen. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 20 tot 80 jaar; de meeste deelnemers waren tussen de 45 en 55 jaar. Gemiddeld hadden deelnemers 2 ICPC-codes. Bijna 90% van de verwijzingen betrof het bewegingsapparaat, overgewicht, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en psychische klachten. Er was een grote diversiteit aan indicaties; huisartsen gebruikten 57 verschillende ICPC-codes in 7 verschillende ICPC-hoofdstukken. Van de 100 deelnemers stopten er 28 tijdens fase 1 en 15 in fase 2. Redenen tot beëindigen waren onvoldoende basale stabiliteit (psychisch, financieel, kinderopvang), geen motivatie meer of verhuizing. Tien deelnemers stopten tijdelijk vanwege ziekte, studie of werk.

De gezondheidstoestand

De verbeteringen die de deelnemers rapporteren worden vastgelegd in drie ICF-codes: functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie.

Functies en anatomische eigenschappen. Hierin werd het hoogst gescoord. De deelnemers zeiden vooral groei te ervaren in de domeinen vertrouwen, bewustzijn eigen lijf, inzicht en motivatie en mentale kracht. Het bewegen en het ervaren van nieuwe bewegingsvormen in een groep gaf zelfvertrouwen. De deelnemers ondervonden dat ze vaak tot meer in staat waren dan ze dachten. Ook veranderde het bewust zijn van eigen lijf en persoonlijkheid in relatie tot de omgeving.

In een aantal hoofdstukken van de ICF werd minder gescoord zoals handhaving van lichaamsgewicht (afvallen), de pijngevoelens, het fysieke uithoudingsvermogen en de slaap. Ook bij de bloeddruk zagen we geen verandering. Dat was ook niet de opzet. Het verhogen van bewegingsactiviteit is onafhankelijk van andere indicatoren een effectieve interventie voor het verbeteren van de gezondheid.³

Activiteiten. Hierin was er een toename van sportactiviteiten, vooral ook lopen, maar ook meer bewust eten en het nemen van besluiten.

Participatie. Er kon een flinke vooruitgang worden vastgesteld. De deelnemers waren actiever, legden meer contacten, deden mee aan activiteiten en sportclubs.

Verandering in beweeggedrag

Drie maanden na afsluiting van de tweede fase waren er van de groep van 100 deelnemers 84 meer in beweging dan bij aanvang van het programma. Daarvan was 88% actiever in dagelijkse activiteiten, 69% was zelfstandig gaan sporten en 51% was actief geworden via een club, vereniging of buurthuis. Van de 43 uitval-

lers pakten 12 deelnemers zelf nieuwe sportactiviteiten op en een aantal deelnemers was op andere manieren, bijvoorbeeld in het werk, meer gaan bewegen.

Zorggebruik

Tabel 1 laat de verandering van het aantal consulten bij de huisarts zien. Dat aantal verminderde tijdens deelname aan Big!Move met 20%. Deze daling was in de verschillende etnische groepen even groot. Er was niet alleen een kwantitatieve verandering van zorggebruik, de huisartsen vonden de deelnemers reëler in hun vragen over ziekte en gezondheid.

Ook het beroep op de fysiotherapie veranderde. Er was een verschuiving van de individuele fysiotherapie naar de groepsactiviteiten van het project. De totale omzet in 2003 verminderde met € 10.000 in vergelijking met 2002, bij een gelijk aantal behandelde mensen.

Tabel 1 Aantal consulten bij de huisarts vóór en tijdens deelname aan Big!Move

Groep	Vóór	Tijdens	% Afname
Zwem 1 (n=22)	145	128	12
Zwem 2 (n=18)	92	69	25
Dans 1 (n=8)	51	42	18
Dans 2 (n=8)	66	55	17
Dans 3 (n=12)	51	34	33
Wandel 1 (n=11)	85	69	19
Wandel 2 (n=11)	77	50	35
Wandel 3 (n=4)	29	30	-3
Totaal (n=100)	596	477	20

Leerpunten

We zijn Big!Move gestart om patiënten in beweging te krijgen. Dat bleek niet zo moeilijk en was heel leuk. De deelnemers waren enthousiast, voelden zich gezonder, waren actiever, en namen meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid. Veranderingen in cognitie, vaardigheden en motivatie zijn drie pijlers in het proces van gedragsverandering. De stimulerende en remmende factoren waren per persoon en in de tijd zo verschillend dat we maatwerk moesten leveren en procesmatig moesten coachen. Deelname aan de groep lukte soms niet. Mensen waren dan psychisch of sociaal te instabiel. Bij uitval uit het programma was de huisarts de aangewezen vertrouwenspersoon en kon deze een meer individuele aanpak bespreken. Culturele diversiteit bleek geen belemmering voor deelname; een gezamenlijke doelstelling deed verschillen vervagen. De verhoging van de sociale cohesie voor de deelnemers en de buurt zorgde voor een toename van de plaatselijke kwaliteit van leven. Voor mannen, kinderen en ouderen willen we specifieke programma's ontwerpen. Er valt bij deze groepen zeker gezondheidswinst te halen en zij geven hun wensen nu al aan.

De fasegerichte aanpak voldeed goed als start, maar de effecten op de langere termijn zijn onzeker: is er echt iets veranderd in de leefstijl of verdwijnt het bewegeeffect weer? Fase 3 en 4 geven we tot nu toe te weinig aandacht wegens onvoldoende middelen.

Voor bestendinging hebben we een continu systeem van gezondheidsbevordering in de wijk nodig. Daarom zoeken we samenwer-

king met andere organisaties zoals het welzijnswerk, de lokale overheid, GGGD en de verzekeraar, voor een gezamenlijke aanpak. De huidige financiering van de eerste lijn, gebaseerd op ziekten en klachten, is niet ingericht voor gezondheidsondersteuning. De geldstroom voor preventie biedt wellicht meer mogelijkheden. Ook de deelnemers kunnen gaandeweg meer betalen zoals bij reguliere sportprogramma's. Gezondheid is wat waard.

De deelnemers komen minder bij de huisarts. Is verhoging van draagkracht de oorzaak of is er iets veranderd in het denken van de gebruiker? Is er op deze wijze ook een vermindering van ziektebelasting en het gebruik van de medische zorg te bewerkstelligen? We weten niet of het programma leidt tot effecten op zogenaamd harde ziekteuitkomsten. Dat was ook niet de opzet, maar het is wellicht mogelijk. We willen nu een specifieke groep opzetten voor gewichtsregulatie.

De ICF-statusvorming van de gezondheidstoestand van de deelnemer is een aanwinst. Het is direct ook een interventie door samen met de betrokkene een analyse te maken van het functioneren. De omslag in het denken en handelen van hulpvrager en -aanbieder rondom leefstijl wordt hierdoor in de praktijk goed ondersteund. Er is een verschuiving van een beleid dat gericht is op het herstellen van disfuncties naar het stimuleren van autonomie en het bevorderen van gezondheid. Alle professionals in de eerste lijn kunnen hiervan gebruikmaken. Een koppeling van de medische aan de functionele status biedt nieuwe mogelijkheden voor onderzoek en interventie.

Door Big!Move zijn er in de wijk verschillende bewegingsmogelijkheden ontstaan. Er zijn nu vier zogenaamde aquagroepen, twee dansactiviteiten, drie wandelgroepen en fietslessen. De sociale effecten op de deelnemers vormen een belangrijk aspect. Zij komen in contact met andere mensen met overeenkomstige doelen die in de buurt wonen, voelen zich veiliger in de omgeving, hebben meer hoop en lef. De contacten met het buurtwerk bloeien op en programma's worden op elkaar aangepast. Big!Move laat de dagelijkse praktijk van ons gezondheidscentrum niet ongemoeid. Er zijn functies bij gekomen zoals groepsbegeleider, intaker en ontwikkelaar. Deze worden ingevuld door fysiotherapeuten met

aanvullende opleiding, maar ook door een, niet medisch opgeleide, dansdocente. Van Big!Move gaat een inspirerende en bindende werking uit. We worden voor uitdagingen gesteld die het werkplezier vergroten.

Behoort dit alles tot het domein van de huisarts? Een patiënt met een klacht wil goede diagnostiek en zo nodig medische behandeling. Maar met de toename van kennis over oorzaken van ziekte en het handhaven van gezondheid groeit bij professional en gebruiker de behoefte aan een aanvullend systeem dat de gezondheid ondersteunt en versterkt, de draagkracht verhoogt. De huisarts is de medicus, gids en adviseur, maar de uitvoering van leefstijlprogramma's hoort niet bij de arts. De eerste lijn is, in onderlinge samenwerking, wél in staat het gehele traject rond gezondheid en ziekte te ondersteunen. Zij heeft naar onze mening ook die opdracht en kan een vernieuwende rol vervullen. Laten we in beweging komen en ons gedrag veranderen: investeren in onze kennis, kunde en motivatie van gezondheidsbevordering. In de Venserpolder ontwikkelen wij nu het GG/ZZ-centrum waarin een scheiding bestaat tussen ondersteuning van gezondheid en gedrag (GG) en het aanbod bij ziekte of zorgbehoefte (ZZ).⁴ Wij willen op een actieve wijze recht doen aan beide aspecten van eerstelijnszorg.

Dankbetuiging

Wij bedanken Coen Jongsma voor zijn hulp bij het schrijven van dit artikel.

Dit project is mogelijk gemaakt door bijdragen van de stichting GAZO, het AOF-fonds en het fonds OGZ.

Literatuur

- 1 Jansen J, Schuit AJ, Van der Lugt F. Tijd voor gezond gedrag. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- 2 WHO. ICF, de internationale classificatie van het menselijk functioneren. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- 3 Johansson SE, Sundquist J. Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *Int J Epidemiol* 1999;28:1073-80.
- 4 Overgoor AG. Zorg en welzijn bijeen. Een nieuwe structuur voor de eerstelijnszorg. *Med Contact* 2003;23:938-41.