

Wijzigingen doorontwikkelde BeweegKuur:

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de wijzigingen in de doorontwikkelde BeweegKuur t.o.v. de 'oude BeweegKuur'. De voetnoten in de eerste kolom bij het onderwerp, geven een toelichting waarom de wijziging is doorgevoerd. In de laatste kolom staan de materialen waar deze wijzigingen betrekking op hebben. In die materialen vindt u tevens meer informatie.

Onderwerp	Oude BK Beschrijving BeweegKuur, concept, versie B001 - 23-12-2009 (protocol december 2009)	Doorontwikkelde BK	Zie voor meer info:
Algemeen / Inclusiecriteria			
Doelgroep & inclusiecriteria ¹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoog risico op DM2 ▪ DM2 ▪ Gemotiveerd voor gedragsverandering ▪ Niet voldoen aan NNGB 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (ggg) ▪ Hoog ggg ▪ Zeer hoog ggg ▪ Gemotiveerd voor gedragsverandering ▪ Niet voldoen aan NNGB 	Protocol blz.14-15
Exclusiecriteria & inschatten patiëntveiligheid (i.r.t. bewegen) ²	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Specifieke exclusiecriteria (≥3 diabetescomplicaties, polyfarmacie, hypertensie, inspanningsbeperking) ▪ Patiëntveiligheid inschatten o.b.v. inspannings-ECG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Er worden geen specifieke exclusiecriteria benoemd. De huisarts bepaalt of er sprake is van contra-indicaties voor deelname aan de BeweegKuur. ▪ Patiëntveiligheid inschatten door huisarts o.b.v. cardiovasculair risicoprofiel, NHG-standaarden etc. → <u>geen inspannings-ECG vereist.</u> 	Protocol blz. 14-15-16
Doel (algemeen) ³	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verantwoord en gezond zelfstandig bewegen en een actieve, gezonde leefstijl aannemen. ▪ Het doel van de BeweegKuur wordt aangevuld met de persoonlijke doelen van deelnemers 	Toegevoegd: Na een jaar begeleiding in de BeweegKuur wordt gestreefd naar een gewichtsreductie van ≥ 5% wat gehandhaafd wordt in het jaar na de BeweegKuur.	Protocol blz. 10
Zorgplan ⁴	n.v.t.	Voor elke deelnemer wordt een individueel zorgplan (behandelplan) opgesteld waarin persoonlijke doelen en afspraken worden vastgelegd.	<ul style="list-style-type: none"> • Protocol blz. 10. • Handleiding LSA blz. 9
Indicatiestelling ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uitgevoerd door de LSA ▪ M.b.v. 'strikte' afkappunten ▪ O.b.v. inspanningsbeperking, bewegingsgerelateerde klachten, startdrempel, nevenpathologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uitgevoerd door LSA i.o.m. patiënt en fysiotherapeut ▪ M.b.v. handvaten (dus geen strikte afkappunten) ▪ O.b.v. gewichtsgelateerd gezondheidsrisico 	Protocol blz. 18-19
Intake			
WHO-5 in intake LSA ⁶	Geen specifieke aandacht voor psychisch welbevinden	Een laagdrempelige vragenlijst is toegevoegd:	Handleiding

		WHO-5 (5 items).	LSA blz. 25
Bewegen			
Doel beweegprogramma ⁷	Specifiek wordt na een jaar BeweegKuur een minimale beweegdosis van 1200 kcal/pw nagestreefd.	Toegevoegd: Het beweegprogramma is gericht op verantwoord, gezond, plezierig en zelfstandig bewegen en het aannemen van een actieve leefstijl. Daarbij wordt het ondersteunen en handhaven van gewichtsverlies én het verbeteren van lichamelijke fitheid door het verhogen van de fysieke activiteit nagestreefd.	Handleiding fysio-/oefentherapeut blz. 25
Adviesconsult fysiotherapeut ⁸	n.v.t.	Fysiotherapeut heeft in <i>alle</i> beweegprogramma's een adviesconsult (intake/submaximale inspanningstest/advies). Dit advies is de basis voor: <ul style="list-style-type: none"> ▪ het beweegplan van de patiënt ▪ indicatiestelling op maat (zie onder) 	Handleiding fysio-/oefentherapeut blz. 20 e.v.
Tabel 'basiselementen en globale trainingsopbouw...' ⁹	Indeling in groepen o.b.v. <ul style="list-style-type: none"> ▪ DM2-kenmerken ▪ Inspanningsbeperking 	Indeling in groepen o.b.v. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doel van het programma ▪ Uitslag van het cardiovasculair risicoprofiel 	Handleiding fysio-/oefentherapeut blz. 70
Voeding			
Doel voedingsprogramma ¹⁰	Het doel van het voedingsprogramma is het aannemen van een verantwoord en gezond voedingspatroon.	Toegevoegd: Hierbij wordt het verminderen van de energie-inname door een individueel samengesteld dieet nagestreefd, dat leidt tot verbetering van het eetgedrag.	Protocol blz. 25
Rol diëtist ¹¹		Diëtist heeft een prominentere plek in de BeweegKuur gekregen. De diëtist is ook eindverantwoordelijke voor de organisatie en uitvoering van de groepsbijeenkomsten. Met de LSA kan afgestemd worden op welke wijze de bijeenkomsten worden georganiseerd.	Handleiding diëtist blz. 13, blz. 22 e.v. Handleiding LSA blz. 17
Voedingsprogramma ¹²	n.v.t.	De diëtist stelt een individueel voedingsbehandelplan op en verzorgt individuele en groepsbijeenkomsten over voeding.	Handleiding diëtist blz. 23 e.v.

Toelichting

¹De doelgroepen van de doorontwikkelde BeweegKuur (aangeduid met A,B en C):

		Buikomvang		Comorbiditeit		
		Normaal	Te groot*	Risicofactoren HVZ - DM	Artrose en slaapapneu	DM - HVZ
BMI	25-30		A	B	C	C
	30-35	A	A	B	C	C
	35-40	C	C	C		
	≥40					

* Te groot: ≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen.

Totstandkoming van de huidige doelgroep:

- In eerste instantie richtte de BeweegKuur zich enkel op mensen met (een hoog risico op) DM2. De intentie was om deze aandoening als voorloper/pilot te laten dienen. Indien de BeweegKuur goed blijkt te werken kunnen andere aandoeningen op een zelfde wijze aangepakt worden. Dit is in een stroomversnelling gekomen toen uit een rapport van RIVM (W. Bemelmans, 2008) bleek dat een gecombineerde leefstijl interventie (GLI) zoals de BeweegKuur ook juist kosteneffectief is voor mensen met overgewicht/obesitas.
- Het college voor zorgverzekeringen (coördineert en financiert o.a. de basiszorgverzekering, geeft belangrijke adviezen aan VWS) heeft hier op ingespeeld door aan te geven dat de doelgroep van een GLI vooral afgebakend moet worden o.b.v. BMI/buikomvang/comorbiditeit/risicofactoren.
- NISB heeft hierop intensief contact gezocht met Partnership Overgewicht Nederland (PON -> voortrekkers bij het ontwikkelen van een richtlijn & zorgstandaard over obesitas). Zij delen de totale doelgroep (die CVZ afgebakend heeft) in aan de hand van de mate van gewichtgerelateerd gezondheidsrisico. Per risicocategorie hebben zij aangegeven wat voor soort zorg nodig is. Verdere afstemming tussen PON, NISB en andere preventie-initiatieven zoals preventieconsult (NHG) en diabetesrisicotest (NDF) heeft uiteindelijk tot de huidige doelgroep en indicatiestelling geleid. NISB heeft hierbij de ervaringen die in de praktijk opgedaan zijn met de BeweegKuur zoveel mogelijk ingebracht. Het grote voordeel van aansluiten bij al deze partijen is dat er op termijn één, samenhangend, overzichtelijk pakket aan zorg ontstaat voor de patiënt.

² Vanwege zijn positie en taken in de reguliere zorg is de huisarts bij uitstek geschikt voor het screenen op contra-indicaties. De huisarts kan, als poortwachter van de zorg, het beste inschatten of mensen wel of niet aan de BeweegKuur kunnen deelnemen. In het verleden moest het inspannings-ECG (I-ECG) in veel gevallen ingeschakeld worden voor ondersteunende diagnostiek. Deze verplichting is om de volgende redenen losgelaten:

- veel praktische bezwaren bij de implementatie van het I-ECG.
- huisartsen (NHG) gaven aan dat zij zelf uitstekend kunnen beslissen wanneer een I-ECG geïndiceerd is (strikte criteria zijn niet nodig).
- In een breed debat met stakeholders is consensus bereikt over een minder prominente positie van het I-ECG.

Met het wegvallen van het I-ECG ontstonden 'hiaten' m.b.t. de volgende thema's:

- Screening op patiëntveiligheid (zie 2)
- Ondersteuning van de indicatiestelling voor de verschillende beweegprogramma's (zie 5)
- Verkrijgen van parameters voor het Beweegplan (zie 8)

Een werkgroep met deskundigen heeft geadviseerd hoe deze hiaten ingevuld kunnen worden.

³ Het doel van de BeweegKuur was erg algemeen. In navolging van de CBO richtlijn wordt een meer SMART-geformuleerde doelstelling omschreven waarmee gezondheidswinst bereikt wordt.

⁴ De term 'zorgplan' sluit aan bij de terminologie die gebruikt wordt in zorgstandaarden en zorgmodules.

⁵ De nieuwe indicatiestelling wordt toegelicht a.h.v. de tabel bij 1:

A=verhoogd gewichtgerelateerd gezondheidsrisico -> programma 1

B=hoog gewichtgerelateerd gezondheidsrisico -> programma 2

C=zeer hoog gewichtgerelateerd gezondheidsrisico -> programma 3

De verdeling over de programma's is indicatief. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van de genoemde handvatten dus kunnen rechtvaardigen.

De indicatiestelling is aangepast om de volgende redenen:

- Veel praktische bezwaren bij het hanteren van strikte afkappunten.
- Wegvallen van het I-ECG
- Betere aansluiting bij andere (preventie-)initiatieven zoals zorgstandaard Obesitas, preventie-consult, diabetes-risicotest.

⁶ Deskundigen van de partners van de BeweegKuur hebben aangegeven dat de verschuiving van de doelgroep (zie 1) vraagt om meer aandacht voor het psychisch welbevinden van de patiënt. In overleg met hen en het Trimbos instituut is daarom de WHO-5 vragenlijst toegevoegd. Bij deze keuze is veel aandacht besteedt aan de praktische bruikbaarheid van de vragenlijst.

⁷ Sluit beter aan bij de algemene doelstelling.

⁸ Het wegvallen van het I-ECG vraagt om een alternatieve wijze waarop indicatiestelling en trainingsparameters verkregen worden. Op advies van een werkgroep is ervoor gekozen om voor alle patiënten een adviesconsult bij de fysiotherapeut in te plannen. Deze zelfde werkgroep heeft de volgende submaximale inspanningstesten aanbevolen:

- Astrand fietstest;
- 6 minuten wandeltest;
- Steep ramp fietstest.

⁹ De 1^e en 2^e kolom van de tabel zijn aangepast zodat aangesloten wordt bij de overige wijzigingen in de BeweegKuur.

¹⁰ Sluit beter aan bij de algemene doelstelling.

¹¹ De instroom van meer mensen met overgewicht/obesitas betekent een prominentere rol van de diëtist. Dit wordt ondersteund door de CBO-richtlijn obesitas.

¹² Afhankelijk van het gewichtgerelateerd gezondheidsrisico vinden in een jaar BeweegKuur drie individuele consulten plaats (bij aanvang, na 3 maanden en na afloop van de groepsvoorlichtingsbijeenkomsten).

Tevens krijgt elke deelnemer zeven keer een groepsvoorlichting aangeboden. Op inzicht van de diëtist worden er groepen geformeerd. De bijeenkomsten zijn gericht op o.a. kennisvermeerdering, verbeteren vaardigheden, omgaan met hoogrisico situatie, controle eetgedrag/ -drang, lotgenotencontact.