

Leefstijlinterventies door ziekenhuizen, accentverschuiving of echte impact?

nieuwsbriefzorgeninnovatie.nl/leefstijlinterventies-door-ziekenhuizen-accentverschuiving-of-echte-impact/

5 september 2024



Door Wim van Harten, Hoogleraar Kwaliteitsmanagement en Zorgtechnologie Universiteit Twente en Senior Research Groep Leider NKI.

Steeds meer wetenschappelijke artikelen over leefstijlinterventies

Zeker nu zorgstelsels kraken onder alsmaar stijgende kosten, personele tekorten en een sterk accent op medisch technische interventies is er een beweging ontstaan die het accent meer op leefstijl en preventie legt. Voorkomen is beter dan genezen, wie kan daar tegen zijn? De aandacht voor dit thema heeft tijdens en na de Coronapandemie ook internationaal een extra impuls gekregen; een wake up call ten aanzien van de risico's rond infectiebeleid en pandemierisico's, de invloed van sociaaleconomische factoren en aandoeningen als obesitas en overige chronische aandoeningen (Stine N, 2024). Het besef dat een "westerse leefstijl" met weinig beweging, roken en alcohol en een ongezond dieet chronische aandoeningen bevordert is algemeen geaccepteerd, maar er verschijnen ook steeds meer artikelen, die de onderliggende mechanismen ontrafelen (A.E. Timon & Tilg H., 2024).

Preventie is onderdeel van passende zorg

Ook in formele documenten duikt het onderwerp nu op, vooral om de toenemende zorgvraag te verminderen. Zo is inmiddels preventie tot onderdeel van passende zorg` verklaard en wordt in het actuele landelijke Integraal Zorg akkoord (IZA een passage aan preventie, gezonde leefstijl en samenwerking met het sociale domein gewijd. Ik citeer uit het **IZA-rapport**: *“Gezondheid is een breed begrip. Het betref het fysieke, mentale én maatschappelijk welzijn van mensen en wordt beïnvloed door de leefomgeving, leefstijl, (mentale) gezondheidsvaardigheden, sociale netwerk en de mate waarin iemand mee kan doen in de samenleving. Een gezonde leefstijl met aandacht voor een gezonde leefomgeving, vanaf het prille begin van het leven, moet onderdeel uitmaken van het dagelijks leven van burgers. Als daarbij ondersteuning nodig is, is het publieke of sociale domein daarvoor de eerstaangewezen plek. De bijdrage vanuit de Zvw-verzekerde zorg ligt op geïndiceerde preventie (mensen met verhoogd risico op ziekte), zorg gerelateerde preventie, het versterken van gezondheidsvaardigheden en zelfzorg, leefstijl als (onderdeel van de) behandeling en de verbinding met de gemeentelijke domeinen. Hierop inzetten draagt bij aan het kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg.”*

Geïndiceerde preventie, zorg gerelateerde preventie en het stimuleren van een gezonde leefstijl vanuit de medisch specialistische zorg: daar gaat het om bij ziekenhuizen

Afbakening van het onderwerp is in het kader van dit artikel wel nodig. Samenwerking met het sociale domein, schuldhelpverlening, versterking van het sociale systeem en opzetten van wijkklinieken ter voorkoming van verpleeghuisopnames, suïcide preventie, er kan veel onder dit thema geschaard worden. Voor dit stuk blijf ik dicht bij de scope die in het IZA wordt aangegeven: vanuit het perspectief van de zorgaanbieder van in de Zorgverzekeringswet verzekerde tweedelijnszorg en gericht op geïndiceerde preventie, zorg gerelateerde preventie, het stimuleren van een gezonde leefstijl en de daarvoor relevante verbinding met andere domeinen. Eerder dit jaar verscheen een eerste **inventarisatie** van NVZ en NFU over leefstijl interventies in de Nederlandse ziekenhuizen. Dat is een goede aanleiding op die actuele ontwikkelingen in te gaan. Wat zijn opvallende bevindingen en interessante voorbeelden? Hoe evidence-based is dit nu eigenlijk? Wat zijn succesfactoren en hoe bereik je de mensen die er het meeste baat bij hebben?

De stand van zaken van preventie in de Nederlandse ziekenhuizen

Het onderzoek is door een **adviesbureau** verricht dat zich met name richt op Functiedifferentiatie, Imago-onderzoek en PREM ervaringen en geeft dus meer een “quick scan” dan een degelijke wetenschappelijke analyse. Reagerend op vragenlijsten gericht op leefstijl programma’s meldt tweederde van de 32 reagerende ziekenhuizen (daarin zijn 5 revalidatie instellingen meegeteld) dat “het thema op de agenda staat” en de helft -16- dat ze daarvoor een coördinator hebben aangesteld. Het aantal gerapporteerde initiatieven is gemiddeld 2,7 per instelling, waarbij overigens soms ook fitheids-programma’s voor het personeel worden meegerekend. Voor het overige is de aard erg uiteenlopend: van

algemene leefstijl en voedingsadvisering (leefstijlloket), via prehabilitatie programma's <https://nieuwsbriefzorgeninnovatie.nl/prehabilitatie-in-nederland-veelbelovend-en-niet-meer-weg-te-denken/> bij enkele of meerdere oncologische interventies, tot secundaire preventie adviezen bij bijvoorbeeld cardiovasculaire aandoeningen en diabetes. Maar ook het toegankelijk maken van de "sociale kaart" wordt regelmatig genoemd. Sommige instellingen rapporteren veel initiatieven, maar omdat er geen heldere definitie wordt gehanteerd en er geen eenduidige scope is afgesproken is het moeilijk een totaalbeeld te krijgen. Als je met een voedingsprogramma alle patiënten probeert te bereiken, scoort dat nu op dezelfde manier als een rookstop interventie voor COPD-patiënten. Een breed **Fit4surgery** prehabilitatie aanpak scoort als één initiatief, terwijl een ander ziekenhuis drie initiatieven meldt die tumor type gebonden zijn en minder bereik hebben.

Effect en vergoeding zijn moeilijk af te bakenen

Hoewel betrokkenen de impact van de gerapporteerde initiatieven vrijwel zonder uitzondering een 7 of een 8 geven, is er van degelijke en onafhankelijke wetenschappelijke evaluatie geen sprake. Het is wel algemeen geaccepteerd dat een gezond dieet, een actieve leefstijl, stoppen met roken en vermindering van sociaaleconomische achterstand gunstig effect op een reeks van aandoeningen heeft. Ook voor prehabilitatie en gemengde leefstijl programma's tijdens en na bijvoorbeeld kankerbehandeling komt steeds meer bewijs. Een belangrijke kwestie is echter wat de beste wijze van aanbieden en organiseren is én of iedereen dit als aanbod moet krijgen.

Voor vergoeding vanuit het verzekerde pakket is degelijke evaluatie een voorwaarde. De meest kwetsbare groepen, die het meest baat bij deze interventies zijn echter het moeilijkst bereikbaar of onttrekken zich vaak aan deelname. Anders dan bij algemene primaire preventie, die door gemeenten wordt gefinancierd, is ruim geformuleerde vergoeding een issue omdat afbakening belangrijk is om zicht op de budget impact te houden.

Geen data beschikbaar over zorgreductie

Voor beoordeling van het effect waarvoor dit in het IZA is opgenomen, het voorkomen en/of verminderen van een beroep op zorg, zijn er geen data beschikbaar en worden ook geen degelijke landelijke evaluaties opgezet. Afgezien van subsidieprogramma's is er betrekkelijk weinig financiering voor secundaire preventie van uit het verzekerde pakket. Ziekenhuizen moeten dit dus vooral uit eigen budget (de marges op andere behandelingen) betalen en zoeken daarom toenemend samenwerking met gemeentes die via WMO en hun primaire preventie taak wel over enige middelen beschikken. Rechtstreekse vergoeding stuit bij herhaling op eerdergenoemde dilemma's die kenmerkend zijn voor dit veld. Bovendien, onze ervaring met prehabilitatie programma's in Rijnstate bij colorectale kankerpatiënten, leverde al snel een stevige bekorting van de gemiddelde opnameduur op. Die besparingen dienen bij een eventueel vergoedingsbesluit redelijkerwijs wel verrekend te worden.

Een systematische evidence-aanpak ontbreekt

Momenteel ontbreekt een eenduidig definitie kader en een totaalbeeld ten aanzien van de leefstijl interventies in ziekenhuizen. Positieve gezondheid wordt regelmatig als uitgangspunt genomen, maar ook de traditionele indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie of **RIVM definities** worden gebruikt. De scope aan interventies is welhaast onbeperkt. Als daar geen ordening in komt, zal vergoeding – voor zover passend- ook niet snel aan de orde zijn. In de literatuur zijn voor bijna elke diagnosegroep of chronische aandoening wel studies met (secundaire) preventie initiatieven te vinden, maar het beeld dat uit de inventarisatie naar voren komt oogt niet als een systematische, evidence-based aanpak.

Voorwaarden voor succes zijn ook bekend van andere implementatietrajecten: commitment van het bestuur, goede balans tussen top-down en bottom-up, projectmanagement, klinische trekkers (opinion leaders), financiële ruimte en/of externe financiering en samenwerking met gemeentes en het sociale domein. Als belangrijke condities voor verdere ontwikkeling, wordt externe financiering, attitudeverandering en cultuur/draagvlak genoemd.

Met de doelstellingen uit het IZA en de aandacht die voor het thema wordt gevraagd door het als onderdeel van “passende zorg” te verklaren, is opvallend dat een bredere, systematische en, bijvoorbeeld volgens de 80-20 regel, prioritering van interventies met het meeste rendement ontbreekt.

Interessante initiatieven zijn er wel

Identificatie van “good“ of “best practices” is in het huidige speelveld vrijwel ondoenlijk, gezien het ontbreken van totaaloverzicht, van eenduidige definities, van consensus over beoogde uitkomsten en van degelijke evaluatie. Daarom beperk ik mij tot enkele initiatieven die interessant kunnen zijn voor aanpak (**Alliantie Voeding in de Zorg**) vergoeding (**Prehabilitatie/Fit4surgery**), of toekomstige samenhang van tweede lijn en sociaal systeem (**Samen Kwiek**).

Alliantie Voeding in de Zorg

Met geografisch nabijgelegen ziekenhuizen Gelderse Vallei en Rijnstate heeft de Wageningen Universiteit een samenwerkingsverband opgericht gericht op (onderzoek naar) betere voeding in de zorg. Het genereren van nieuwe voedingsinterventies voor grotere groepen ziekenhuispatiënten en een gericht onderzoekprogramma rond preventie en effecten van (behandeling van) obesitas heeft een serie promoties en publicaties opgeleverd. Dat leidt zeker tot betere inzichten, zoals de relatie tussen mate van obesitas en cognitief functioneren. Vaak zijn de bevindingen echter van algemene aard of leiden tot een dieet- of gedragsadvies dat ook als “gezond verstand aanpak” kan worden beschouwd. Dat staat structurele vergoeding via de zorgverzekeraar in de weg. Een gezond voedingsaanbod voor opgenomen patiënten wordt nu landelijk gestimuleerd, maar moet wel vanuit het budget worden betaald. Opnames in een ziekenhuis zijn tegenwoordig bovendien zo kort dat effect,

zeker voor de hoog risico populaties nauwelijks te verwachten is. Het initiatief is en blijft sterk afhankelijk van subsidies en bijdragen van deelnemende organisaties (waaronder recent ook het UMC Utrecht), maar speelt zich wel in de kijker bij het ministerie en collega organisaties.

Prehabilitatie/Fit4Surgery

Nadat enkele landelijke voorlopers zoals de colorectale chirurgie van het Maxima Medisch Centrum en het Radboud UMC, met prehabilitatie interventies zijn gestart is er toenemend aandacht voor deze aanpak met inmiddels een jaarlijks landelijk congres. De rationale is intuïtief en er in veel ziekenhuizen worden deze programma's voor steeds meer patiënten opgezet. Ook hier speelt het evidence-dilemma heel sterk. Het is haast ondoenlijk voor alle aandoeningen waar dit relevant kan zijn, state of the art onderzoek op te zetten.

Internationaal zijn de voorwaarden en omstandigheden net weer anders, zodat dat onderzoek vaak lastig te gebruiken is. Recent heeft het ZINI een **afwijzend standpunt** ingenomen over vergoeding. Dat leidde tot verontwaardiging. Door een strikte onderzoeksvraag te formuleren, gericht op zeer kwetsbare patiënten (waarvan we weten dat die het lastigst te betrekken zijn) bleek er te weinig evidence. De ontwikkeling gaat echter verder, vooral omdat er "bottom-up" enorm draagvlak blijkt. Differentiatie naar diagnose/interventie groep vraagt nog een enorme inzet en aan evidence moet blijvend gewerkt worden. Het zal dus wel even duren voordat dit uitgekristalliseerd is.

Samen Kwiek

Ziekenhuizen zoeken toenemend samenwerking met gemeentes, bijvoorbeeld door het inrichten van een gezamenlijk "leefstijl loket" waar bijvoorbeeld diabetes, obesitas en COPD-patiënten advies en begeleiding kunnen krijgen over een gezonde leefstijl, gerichte interventies die ook in het sociale/gemeentelijke domein liggen. Internationaal zijn er voorbeelden van "social referral systems" waar dit met digitale hulpmiddelen voor professionals gemakkelijker wordt gemaakt (**Peek Hintz ER et al, 2023**).

Rijnstate ziekenhuis heeft in het kader van een Europees project: **DRural**, samenwerking gezocht met een landelijke gemeente **Lingewaard** en zet daarin stappen met de opzet van de digitaal verwijs- en contact platform in eerste lijn en sociale domein. De aantallen patiënten die bij een doorsnee ziekenhuis in aanmerking komen voor zo'n advies, in combinatie met de krappe financiering waren aanleiding om de mogelijkheden van een low-cost IT-platform te exploreren. De EU-financiering maakt het mogelijk daaraan ook AI of ChatGPT-achtige technieken aan te koppelen en er voor een deel van de gebruikers, een meer op zelf-management gericht systeem van te maken. Het platform is recent gelanceerd en nu wordt onderzocht of meer gemeentes dit willen gaan gebruiken. Vanuit het perspectief van een ziekenhuis is dat wel een voorwaarde, omdat werken met verschillende verwijsplatforms per gemeente erg ingewikkeld gaat worden. Net als met de initiële opzet

van verwijssystemen voor de huisarts, zoals **ZorgDomein**, kan verwacht worden dat meerdere van dit soort pilots gaan plaatsvinden alvorens te zijner tijd enkele dominante platforms ontstaan.

Het draagvlak groeit

Er is een steeds breder draagvlak voor het betrekken van leefstijl bij alle fases van diagnostiek en behandeling, vooral rond chronische aandoeningen. Onder artsen is de beweging steeds sterker, blijkend uit zowel informele (**vereniging Arts en Leefstijl**) als universitaire onderzoeksinitiatieven (initiatief (**Exercise=Medicine** en **Groen WG 2018**)).

Hoewel een flink aantal ziekenhuizen aangeeft inmiddels hier mee te zijn gestart, blijft het een worsteling hoewel het IZA daartoe oproept. Het is een lastig proces, onder andere omdat de afbakening met de rol van andere partijen soms lastig is en financiering vrijwel ontbreekt. Als bovendien de evidence uitblijft (of niet adequaat bevonden wordt) is het lastig formele financiering zeker te stellen, maar ook om er binnen het eigen budget prioriteit aan te geven. Daarnaast is verschillen de domeinen van betalende instantie en dat waar het resultaat terecht komt, nogal eens (gemeentelijk, sociale verzekering, zorgverzekering); de gebruikelijke kosteneffectiviteitsberekening en -criteria laten ons dan in de steek.

Een vergoedingsbesluit is lastig te realiseren

De moeilijke afbakening van de relevante doelgroepen en van erkende hulpverleners, de risico's van een reële behoefte inschatting en de **budget impact analyse** zijn daarnaast aspecten die een vergoedingsbesluit op basis van de zorgverzekeringswet lastig maken. Daar komt bij dat in vrijwel alle initiatieven de doelgroepen die sociaaleconomisch op achterstand staan het slechtst bereikt worden. Het geld gaat dan vooral naar mensen die zich in het zorg- en sociale systeem relatief beter weten te redden.

Laten vooral kleinere en middelgrote ziekenhuizen zicht hierop richten

Daarnaast is het voor hulpverleners ook bijzonder lastig zich te richten op- en/of te werken met cliënten of patiënten die eigenlijk niet gemotiveerd zijn en tijd te besteden aan zaken waar deels de evidence van ontbreekt en financiering marginaal is. Het werken aan wetenschappelijk en praktisch bewijs is daarom enorm belangrijk, en daarnaast het reduceren van werklust bijvoorbeeld met behulp van IT. Zie bijvoorbeeld **Peek Hintz E.R. et al, 2023** en **Bouma A. et al, 2022**. Enige financiering (met prioriteit op het bereiken zwakste groepen) en leiderschap in de vorm van betrokkenheid van besturen, zijn evidente condities voor succes. Omdat middelgrote en kleinere algemene ziekenhuizen dicht bij de eerste lijn staan en de sociaal zwakkere groepen meer zien, zal gericht beleid voor die categorie nodig zijn om breed effect te sorteren.

Doelgroep bereiken die het meeste baat heeft, is een enorme uitdaging

Vooralsnog is leefstijlverbetering vanuit ziekenhuisperspectief echter een weinig gestructureerd gebied, waarbij het risico bestaat dat ieder zijn eigen verhaal/wiel aan het uitvinden is. Er kunnen op deze wijze zo maar alternatieve of exotische methoden hun weg vinden. En zelfs als effect bewezen is, het bereiken van de doelgroep die het meeste baat heeft, blijft een enorme uitdaging.

Belangrijkste aanbevelingen voor meer leefstijlinterventies vanuit ziekenhuizen zijn:

- Zorg voor eenduidige definities en scope-afbakening.
- Werk aan een systematische, evidence-based aanpak.
- Evalueer ingezet beleid, zoals in het IZA, met eenduidige definities en degelijke methoden.
- Financier beleidsrijk en toekomstgericht; streef -volgens 80/20 regels- met bescheiden middelen maximaal effect na.
- Streef naar uniforme platform technologie voor social referrals vanuit ziekenhuis en eerste lijn, liefst in non-commerciële- of **white labelvorm**.

Over de auteur

Wim van Harten is hoogleraar aan de Universiteit Twente en leidt een onderzoeksgroep bij het NKI. Hij heeft meer dan 30 jaar ervaring als eindverantwoordelijk bestuurder in ziekenhuizen, tot recent als bestuursvoorzitter in Rijnstate. Daarnaast is hij oud-voorzitter en nog steeds actief bij de Organisatie van Europese Kankercentra (OECI) als trekker van de werkgroep Health Economics en bij het OECI Accreditatie programma. In 2023 was hij voorzitter van de landelijke visitatie van de Nederlandse Rechtspraak. Hij is tevens actief op het gebied van strategisch advies en bijbehorend interim werk. Hij is bereikbaar op w.h.vanharten@utwente.nl.

Zoektermen voor internet

Wim van Harten, ziekenhuizen, preventie, leefstijlinterventies, leefstijl, passende zorg, evidence-based, fit4surgery, samen kwiek, aliantie voeding in de zorg