



Groepsconsulten: breed gedragen, maar onvoldoende gestut

Wat gaat goed en wat kan beten bij de
implementatie van Haagse groepsconsulten

Jonne G. ter Braake, Jessica C. Kiefte-de Jong en Rimke C. Vos

27-03-2025

Health
Campus

Den
Haag

Er is breed draagvlak voor interdisciplinair en groepsgericht werken onder bewoners, professionals en beleidsmakers, maar er zijn nog onvoldoende organisatorische en bestuurlijke randvoorwaarden om dit duurzaam te ondersteunen. Dat blijkt uit een knelpuntenanalyse van de groepsconsulten in Den Haag. Bekijk alle bevindingen in vogelvlucht in deze samenvatting.

Wat zijn de groepsconsulten?

In kwetsbare wijken hebben bewoners vaker prediabetes dan in andere wijken, en een grotere kans op diabetes^{1,2}. Een gezondere leefstijl kan dit voorkomen. Sociale problemen, zoals geldzorgen, zorgen dat mensen hier vaak geen ruimte voor hebben³. Ook zijn bestaande initiatieven vaak slecht vindbaar voor bewoners.

Haagse huisarts Loïse Jacz-Kruithof is daarom in 2020 gestart met interdisciplinaire groepsconsulten voor mensen met prediabetes in kwetsbare wijken. Dit doet zij vanuit het initiatief [Gezondheid voor Iedereen](#). Professionals uit medisch en sociaal domein komen anderhalf uur samen met inwoners. Meestal zijn de buurtsportcoach, sociaal werker en de huisarts aanwezig. Maar ook andere professionals kunnen aansluiten. Zij informeren en doen metingen, zoals de bloeddruk, bloedsuikerspiegel en BMI, en maken een schatting van de biologische leeftijd.

Het groepsconsult is gebaseerd op positieve gezondheid⁴. Breed kijken naar gezondheid is hierbij belangrijk. Doel is om deelnemers warm over te dragen aan wijkinitiatieven die aansluiten bij de persoonlijke behoefte. Denk aan sessies met de buurtsportcoach, een leefstijlcoach of een sociaal werker. Sinds 2023 breidt het groepsconsult uit naar meer wijken binnen Den Haag. De mogelijkheid op te schalen naar andere steden wordt onderzocht door het team.



Wat hebben we gedaan?

Met een knelpuntenanalyse kunnen we leren van deze casus en de opschaling verbeteren. Aan de hand van 28 interviews brachten we in kaart wat goed ging bij de invoering van groepsconsulten en wat beter kan. We spraken onder andere met deelnemers aan de consulten, professionals die het groepsconsult aanbieden, betrokkenen bij de organisatie en betalende partijen. Ook vond een groepsdiscussie plaats met actieve inwoners van een van de wijken waar het groepsconsult wordt aangeboden.

Wat ging goed en wat kan beter?

Succesfactoren

Diverse factoren dragen bij aan de invoering van de groepsconsulten. De drie belangrijkste zijn:

- Er is breed gedragen enthousiasme over het initiatief onder betrokkenen. Zij waren vooral enthousiast over de *peer support* die ontstaat tijdens de groepsconsulten en de tastbare handvatten die de fysieke metingen geven voor vervolgstappen.

Professional: *“De interactie is ontzettend leuk. Mensen komen ineens met zulke andere verhalen. Mensen die bijvoorbeeld hier, aan mijn bureau, echt zo braaf ja en amen zeggen en helemaal niks doen. En dan zitten ze in zo'n groep en dan gaan ze ineens allemaal informatie aan andere patiënten geven. [...] Heel leuk om te zien dat je mensen dan op een andere manier ziet en mensen leren van elkaar.”*

- Er leeft een grote behoefte aan verandering van de huidige manier waarop zorg geleverd wordt aan deze groep, aangezien het nu vaak geen verandering teweeg brengt.

Professional: *“Gewoon op een andere manier de zorg aanbieden in plaats alleen maar in die één op één. Want soms denk je van: 'Hallo, beklijft het nou een keer?' of 'hoe zit dat met de adviezen die ik geef?' En als iemand dan bijvoorbeeld na tien keer zegt, dat heb ik nog nooit gehoord.”*

- De groepsconsulten lenen zich goed voor aanpassingen aan de lokale context en behoeftes. Zo kan het groepsconsult gekoppeld worden aan een specifiek thema in een wijk.

Organisator: *“Als er heel veel vragen zijn over stoppen met roken, dan pakken we die stoppen met roken coach er weer bij. Dus zo kan je het steeds ook een beetje aanpassen.”*

Knelpunten

Er zijn ook knelpunten die het moeilijk maken om de consulten in te voeren en uit te breiden. De belangrijkste zijn:

- Bewoners zijn beperkt betrokken in het ontwerp en de organisatie van het initiatief. Dit heeft bijvoorbeeld als gevolg dat het taalniveau tijdens het groepsconsult onvoldoende aansluit bij de doelgroep. Verder zijn voorbeelden die worden behandeld tijdens het groepsconsult, zoals dieet, onvoldoende cultuursensitief. Ook hebben deelnemers behoefte aan aparte groepen voor mannen en vrouwen.

Professional: *“Ik denk wel dat het makkelijker verteld moet worden of dat er iemand bij zit, die een beetje kan vertalen.”*

- Deelnemers ervaren een gat tussen het groepsconsult en vervolginitiatieven. Zij hebben behoefte aan meer ondersteuning bij het kiezen van een passend vervolginitiatief. Daarnaast hebben professionals onvoldoende zicht op het vervolgtraject van deelnemers, waardoor deelnemers uit het oog verloren kunnen raken.

Professional: *“Vaak verlies je dus de mensen die dan iets proberen en dat het niet lukt en dan denken: het is niet gelukt, ik stop ermee. Terwijl een contactmoment of een signalering van: diegene is ermee gestopt, als we dat weer kunnen oppakken, dat dan het traject weer makkelijker opgepakt kan worden.”*

- Er is onvoldoende inbedding van het groepsconsult in formele structuren. Het initiatief is hierdoor afhankelijk van het enthousiasme en de intrinsieke motivatie van betrokkenen. Ook is hierdoor niet altijd duidelijk wie wat doet bij de organisatie.

Organisator: *“Om dat helemaal uit te vloeien in de wijken, hangt er - denk ik - nog wel veel aan enthousiaste collega's - professionals - die dat uitrollen. Je zou dat het liefst willen borgen in een functie binnen... In een wijk bijvoorbeeld. Dat het niet persoonsafhankelijk is, maar meer geborgd is.”*

- Het is niet duidelijk hoe de kosten van de groepsconsulten verdeeld moeten worden, omdat ze domein overstijgend zijn. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor medische zorg en de gemeente voor sociale zorg, het blijft zoeken naar een duurzame oplossing.

Betalende partij: *“En ja, weet je, ik denk dat dit eigenlijk dan ook zo'n typisch vervelend geval is van de verantwoordelijkheid ligt overal en dus nergens.”*

- Ongestructureerde evaluatie van effectiviteit en het proces maken het moeilijk om aan te tonen wat de effecten zijn van het consult.

Wat kan het groepsconsult versterken en uitbreiden?

Er zijn verschillende manieren om het groepsconsult te versterken en uit te breiden. Als eerste het betrekken van bewoners om de groepsconsulten beter aan te laten sluiten bij de lokale behoefte. Dit kan door inzet van zogenaamde **health champions**. Deze rolmodellen op het gebied van gezondheid willen anderen inspireren om aan hun gezondheid te werken. Zij kunnen meedenken en werken met de werving van deelnemers en de voorbereiding, aanwezig zijn tijdens het groepsconsult en een rol spelen bij de doorverwijzing naar vervolginitiatieven.

Daarnaast zou met behulp van een **periodiek interdisciplinair overleg** zicht gehouden kunnen worden op het vervolgtraject van deelnemers, zodat inzichtelijk wordt of deelnemers nog in beeld zijn bij professionals.

Een **draaiboek** en **formele overeenkomsten** kunnen de inbedding van het groepsconsult in formele structuren begeleiden en realiseren. Tegelijkertijd zijn **overeenkomsten** tussen betalende partijen nodig om voorzetting van het initiatief te borgen.

Om continue evaluaties te structureren zouden deze opgenomen kunnen worden in een **algemeen draaiboek**, waardoor het deel wordt van het standaard proces en rollen duidelijk zijn.

Conclusie

Voor de implementatie en opschaling van de groepsconsulten is betrokkenheid van bewoners van groot belang om te zorgen dat het initiatief aansluit bij hun behoeftes. Enthousiasme over de groepsconsulten onder betrokkenen draagt bij aan de borging, maar heeft als ongewenst effect dat de noodzaak voor formele inbedding vermindert.

Om duurzame borging en inbedding in formele structuren te waarborgen zijn overeenkomsten op dit gebied nodig. Dat geldt ook voor de bekostiging. Afspraken hierover zijn van belang om voorzetting van het initiatief te borgen.

De genoemde verbeterpunten worden komen jaar door het team opgepakt tijdens de uitbreiding van de groepsconsulten. Aangezien domein overstijgende initiatieven vaak tegen problemen rondom bekostiging aanlopen, willen we in een volgend project uitzoeken welke oplossingen professionals, beleidsmakers en betalende partijen voor ogen hebben.

Meer informatie?

Het onderzoek is in detail beschreven in de volgende wetenschappelijke publicatie, die nu als preprint beschikbaar is via [deze link](#) of scan de QR-code:



Bronnen

1. Beran, M. and M. T. Schram Prediabetes in Nederland. Diabetes Fonds, Maastricht University; Maastricht UMC.
2. Agardh, E., et al. (2011). "Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis." Int J Epidemiol **40**: 804–818.
3. van Ommen B, et al. (2018). "From Diabetes Care to Diabetes Cure-The Integration of Systems Biology, eHealth, and Behavioral Change." Frontiers in endocrinology **8**(381).
4. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open. 2016;6(1):e010091.
5. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. Implementation Science. 2015;10(1):21.

De groepscapporten worden georganiseerd in samenwerking met:



Mede mogelijk gemaakt door:

