



HET PROGRAMMA *KEER DM2 OM* EN DE ZORGVERZEKERINGSWET

In deze notitie gaan we in op een mogelijke plek binnen de basisverzekering voor het programma *Keer Diabetes 2 om*. Wij adresseren in dit stuk met name het programma in de versie die bedoeld is voor een specifieke, complexe groep DM 2-patiënten. Voor deze complexe groep is medische begeleiding bij de medicatie-afbouw een belangrijk onderdeel van het programma. *Keer Diabetes 2 om* kan ook, aan minder complexe DM 2-patiënten aangeboden worden. In die versie ontbreken de medische begeleiding bij de medicatie-afbouw en een tweedaagse startbijeenkomst. De paragrafen 3, 4 en 5 zijn van toepassing op beide versies van het programma. Deze gaan namelijk over de kwalificatie GLI (de gedragsmatige ondersteuning bij het veranderen van de leefstijl) en die geldt voor beide versies. De overige paragrafen richten zich op de versie die bestemd is voor de specifieke patiëntengroep.

Samenvatting

In deze beoordeling typeren we het programma *Keer Diabetes 2 om* (KDO) als een gecombineerde leefstijlinterventie voor DM 2-patiënten. KDO kan in het algemeen aan DM 2-patiënten aangeboden worden in de vorm van een GLI. Een subgroep van de DM 2-patiënten is aangewezen op een uitgebreidere vorm van KDO. Hierbij zijn aan de gecombineerde leefstijlinterventie twee componenten toegevoegd, namelijk een startbijeenkomst van twee dagen (inclusief overnachting en medische begeleiding) en medische begeleiding gedurende het programma ten behoeve van een veilige en verantwoorde en effectieve medicatie-afbouw. Wij omschrijven deze vorm van het programma als een GLI voor een specifieke patiëntengroep, namelijk DM 2-patiënten met complexe problematiek (zoals medicijnafhankelijk; niet goed ingesteld; eerdere leefstijlbegeleiding heeft geen succes gehad). KDO valt als GLI onder de Zvw. Wij geven in deze beoordeling aan in hoeverre ook de additionele componenten binnen de Zvw passen. Deze uiteenrafeling doen we overigens alleen ten behoeve van deze beoordeling. Het programma is een samenhangend geheel en moet ook als samenhangend geheel beschouwd worden binnen het zorgaanbod. Een protocol opgesteld door Voeding Leeft omschrijft de te includeren DM 2-patiënten in de uitgebreide vorm van het programma.

1. Beschrijving van de interventie voor een specifieke groep DM 2-patiënten

a. Een curatieve leefstijlbehandeling

Keer DM2 om (KDO) wordt door Voeding Leeft omschreven als een curatieve leefstijlbehandeling bij DM2. De toevoeging curatief wordt gebruikt omdat KDO, zo stelt men, ingrijpt op de onderliggende pathofysiologie van DM2: KDO neemt de oorzaken van de aandoening weg op korte en langere termijn via het doen verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. Het effect van de gezonde leefstijl blijkt uit gezonde en stabiele bloedglucosewaarden (HbA1c) en deze gezonde waarden resulteren in een reductie of zelfs het overbodig maken van medicatie voor DM2. Hierna geven we een inhoudelijke beschrijving van KDO op basis van informatie van Voeding Leeft.

b. Doel van de behandeling en uitkomstmaten

Doel is het omkeren of in remissie brengen van DM2 in combinatie met een verbetering van de kwaliteit van leven. Het omkeren of in remissie brengen van DM2 wordt bepaald aan de hand van:

- bloedglucosewaarden (HbA1c en nuchtere bloedglucose) en
- vermindering of totale reductie van diabetesmedicatie.

c. Secundaire uitkomsten

Naast het bereiken van dit doel wordt ook gekeken naar veranderingen in:

- kwaliteit van leven;
- gewicht;
- taille-omtrek;
- cholesterolprofiel.

d. Patiëntengroep - inclusiecriteria

De inclusiecriteria voor deze versie van het programma staan vermeld in het protocol dat Voeding Leeft hiervoor heeft opgesteld (zie bijlage 2). In paragraaf 6 gaan we in op deze inclusiecriteria.

e. Inhoud van de behandeling

KDO richt zich op de volgende onderdelen van de leefstijl:

- voeding;
- beweging;
- ontspanning;
- slaap;
- afbouw van diabetesmedicatie.

Via kennisoverdracht en ondersteuning bij de gedragsverandering, gebaseerd op het I-change model voor gedragsverandering, wordt een gezonde leefstijl aangeleerd¹.

Qua voeding en eetgewoontes ligt de nadruk op het vermijden van voedingsmiddelen die een negatieve invloed hebben op de insulinegevoeligheid, zoals sterk bewerkte koolhydraten en suikers.

f. Duur en opbouw van de behandeling

De leefstijlbehandeling omvat een periode van 24 maanden:

- *maand 1 – 6*: intensief behandeltraject waarbij aanwezigheid van de deelnemer wordt verwacht;
- *maand 7 – 24*: facultatieve bijeenkomsten; online community; maandelijkse contacten om terugval te monitoren en zo nodig bij te sturen plus kleine programma's/uitdagingen zoals 10-daagse opfrisprogramma's.

2. Welke vraag beantwoordt het Zorginstituut

KDO claimt een plek onder de basisverzekering als nieuwe, effectieve behandeling bij DM2. Voor de beoordeling van de plaats van KDO binnen de Zvw (basisverzekering) is het van belang om eerst te bepalen of er inderdaad sprake is van een nieuwe behandeling. Het is namelijk ook mogelijk dat KDO een technische variant is van een interventie die al onder de basisverzekering valt. Deze kwalificatie bepaalt de verdere stappen in de beoordeling. Als er sprake is van een

¹ De Vries, H. (2017). An integrated approach for understanding health behavior; the I-change model as an example. *Psychol Behav Sci Int J*, 2(2), 555-585.

technische variant dan is namelijk de vervolgvraag: valt de variant onmiddellijk ook onder de basisverzekering omdat de stand van de wetenschap rond de oorspronkelijke interventie geldt of is eerst een afzonderlijke beoordeling van de effectiviteit nodig. De conclusie dat er sprake is van een technische variant wil namelijk niet automatisch zeggen dat ook de effectiviteit van de variant vaststaat. Een variant impliceert immers dat er gevarieerd is op de oorspronkelijke interventie en deze variatie kan consequenties hebben voor de effectiviteit. (Zie hierna ook onder 4.)

Hierna gaan we na of KDO een technische variant vormt van een interventie die al onder de basisverzekering valt en wat de conclusie betekent voor de volgende stappen in de beoordeling.²

3. KDO en de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI): een technische variant?

a. Leefstijlbehandeling binnen de Zvw: de gecombineerde leefstijlinterventie

Bij de toets of KDO een technische variant vormt van een interventie die al onder de Zvw vergoed wordt, vergelijken wij KDO met de gecombineerde leefstijlinterventie.³

Sinds 1 januari 2019 wordt de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) vergoed binnen de basisverzekering. De GLI is een gedragsmatige interventie die inzet op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl met het doel via gewichtsreductie gezondheidswinst te realiseren en de kwaliteit van leven te bevorderen. De GLI richt zich op het verwerven en behouden van:

- gezonde voeding en eetgewoontes;
- een gezond beweegpatroon in het dagelijks leven;
- de invloed van stress op de leefstijl en hoe met stress om te gaan;
- een gezond slaappatroon.
- duurzaam gezond gedrag.

De GLI richt zich op:

- mensen met overgewicht (BMI > 25 kg/m²) met additionele risicofactoren zoals verhoogd cholesterol en/of co-morbiditeit;
- mensen met obesitas (BMI > 30 kg/m²).

b. KDO en GLI: inhoud van de interventies, patiëntengroepen, uitkomstmaten

Als wij KDO en de GLI vergelijken dan zien wij dat zij overeenstemmen qua inhoud en doel. Beide richten zich op een gedragsmatige verandering waarbij een gezonde leefstijl wordt geadopteerd en zoveel mogelijk behouden. KDO en de GLI richten zich op dezelfde leefstijlfacetten: voeding, beweging, stress, slaap. Beide willen uiteindelijk gezondheidswinst realiseren. De GLI meet de gezondheidswinst af aan de behaalde gewichtsreductie⁴; KDO meet deze af aan de (gezonde)

² Zie voor een toelichting op het begrip technische variant:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/04/29/boordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk-technische-variant>

³ In 2009 heeft het Zorginstituut een rapport uitgebracht over de gecombineerde leefstijlinterventie binnen de basisverzekering. In dit rapport is ook ingegaan op de effectiviteit van deze interventie. Voor het standpunt en de onderbouwing hiervan verwijzen wij naar de publicatie:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2009/02/23/preventie-bij-overgewicht-en-obesitas---de-gecombineerde-leefstijlinterventie>

⁴ Voor de onderbouwing van gewichtsreductie als uitkomstmaat voor effectiviteit van de GLI verwijzen wij naar ons standpunt uit 2009: *Zorg bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*.

bloedglucosewaarde, HbA1c.⁵ Secundair wordt ook gewichtsreductie meegenomen als uitkomstmaat. Aan de beschrijving van KDO kunnen wij geen principiële verschillen ontlenen ten opzichte van de GLI. Kern van de interventie is het ondersteunen van een gezonde leefstijl met het oog op gezondheidswinst voor nu en in de toekomst en dat is niet anders dan de GLI beoogt.

Ook als we naar de details van KDO kijken zien wij geen principiële verschillen. Ieder programma dat tot nu toe beoordeeld is als GLI-programma kent zijn specifieke elementen en accenten om de kennisoverdracht rond gezonde en gepaste voeding vorm te geven; om het incorporeren van gezond bewegen in het dagelijks leven te bevorderen en om de gezonde leefstijl als gedrag te laten beklijven. Bij KDO zijn dit bijvoorbeeld de kookworkshops om kennis over gezonde voeding over te dragen (bij andere programma's kunnen dit 'supermarktsafari's' zijn of het gezonde-voeding-triviant e.d.⁶) en een startbijeenkomst tijdens het eerste weekend om, naast de medische begeleiding, de 'bonding' tussen de deelnemers te bevorderen (andere programma's streven dit na via groepswandelingen of een buddy-functie via sms of What'sApp e.d.⁷). Deze elementen hebben functioneel gezien steeds hetzelfde doel: ondersteuning en begeleiding bij een gezonde leefstijl verwerven en behouden.

De overeenkomst is ook niet verwonderlijk gezien de verwevenheid tussen DM2 en overgewicht/obesitas. Uit de literatuur en richtlijnen blijkt dat een doeltreffende aanpak van DM2 uiteindelijk altijd loopt via het realiseren van gewichtsreductie en het stimuleren van bewegen (waarbij geldt dat de insulinegevoeligheid ook kan verbeteren door louter meer bewegen nog los van een gewichtsreductie⁸). Bij die inhoud en dat doel spreek je qua interventie van een GLI.

In 2009 heeft het Zorginstituut in zijn rapport *Preventie van diabetes: verzekerde zorg*⁹ overigens ook al geconstateerd, op basis van de toen beschikbare literatuur, dat een GLI een effectieve interventie kan zijn bij DM2. De medische achtergrondrapportage concludeerde het volgende over de gecombineerde leefstijlinterventie bij manifeste DM2:

Patiënten met DM2 hebben vrijwel altijd ($\pm 90\%$) overgewicht/obesitas. Daarnaast is lichamelijke inactiviteit van belang voor de pathogenese. Gecombineerde leefstijlinterventies die tot zowel gewichtsreductie als meer bewegen leiden, maken de diabetes gemakkelijker behandelbaar (de medicatie kan soms zelfs worden afgebouwd) en verlagen de cardiovasculaire risicofactoren.

c. Conclusie

Gezien het voorgaande kwalificeren we KDO als een technische variant van de gecombineerde leefstijlinterventie. Het programma KDO hanteert de uitgangspunten van de gecombineerde leefstijlinterventie: het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl als instrument voor gezondheidswinst. KDO richt zich op een specifieke patiëntengroep, namelijk DM2-patiënten. Aangezien overgewicht en obesitas en DM2 sterk met elkaar verweven zijn en een BMI > 25 kg/m² met vergrote middelomtrek een inclusiecriteria is voor KDO, kunnen we

⁵ Gewichtsreductie is overigens wel een secundaire uitkomstmaat bij KDO: zie paragraaf 1.

⁶ Deze voorbeelden zijn niet ontleend aan de programma's die nu vergoed worden onder de Zvw, maar 'willekeurig' gekozen.

⁷ Zie hierboven: idem

⁸ Camps SG, Verhoef SP, Westerterp KR. Physical activity and weight loss are independent predictors of improved insulin sensitivity following energy restriction. *Obesity (Silver Spring)* 2016;24:291-6

⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2009/02/23/preventie-van-diabetes---verzekerde-zorg>, bijlage 2, beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

niet zeggen dat KDO zich richt op een andere patiëntengroep dan de GLI.

KDO biedt ondersteuning en begeleiding bij het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl via kennisoverdracht en begeleiding en ondersteuning bij de gedragsverandering. Er is geen blauwdruk voor de praktische vormgeving van GLI-programma's zolang het concrete programma uitgaat van de uitgangspunten van een GLI: een gecombineerde aanpak van leefstijlcomponenten gericht op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl (en het programma hierin aantoonbaar effectief is). Programma's kunnen dus verschillen in de manier waarop de kennisoverdracht en de begeleiding bij de gedragsverandering wordt vormgegeven. Deze variaties leiden functioneel gezien niet tot een nieuwe interventie.

In de volgende paragrafen gaan we achtereenvolgens in op:

- de beoordeling van de effectiviteit van KDO;
- de additionele onderdelen van KDO en de mogelijkheid tot vergoeding hiervan onder de basisverzekering.

4. De effectiviteit van KDO

Het Zorginstituut kwalificeert KDO als een technische variant van een gecombineerde leefstijlinterventie. Wat betekent dit voor de beoordeling van de effectiviteit van KDO? De conclusie dat er sprake is van een GLI-programma qua inhoud en doel wil immers niet per se zeggen dat daarmee ook de effectiviteit van het programma vaststaat gegeven de vrijheid die er bestaat voor de uiteindelijke vormgeving van het programma.¹⁰

Het Zorginstituut en het RIVM hebben inhoudelijke afspraken gemaakt over de effectiviteitsbeoordeling van GLI-programma's door het RIVM. Deze beoordeling wordt gedaan met het oog op een uitspraak door het Zorginstituut over de vergoeding van het programma onder de basisverzekering. Deze afspraken zijn gemaakt omdat het RIVM al vóór 2019 een taak had bij het beoordelen van leefstijlprogramma's, zij het toentertijd ten behoeve van het publieke domein. In bijlage 1 hebben we inhoudelijke informatie opgenomen over deze beoordeling door het RIVM.

In de tussentijd is het KDO erkend door het RIVM op het niveau Eerste aanwijzingen voor effectiviteit.¹¹ Dit niveau is voldoende voor een programma om te kunnen vergoed vanuit de basisverzekering uit oogpunt van de effectiviteitsbeoordeling.

Voor de goede orde, het RIVM doet geen uitspraak over de vergoeding van het programma onder de Zvw. Een erkenning door het RIVM behelst alleen de weging van de effectiviteit van het programma.

Voor de uiteindelijke vergoeding zijn nog een aantal andere aspecten belangrijk die het Zorginstituut beoordeelt. In de volgende paragrafen gaan we hier op in.

¹⁰ Voor de goede orde: omdat er sprake is van een technische variant is er geen beoordeling meer nodig in de zin van stand van de wetenschap en praktijk. Het blijft natuurlijk wel nodig om te kijken of de variant an sich in staat is om de gewenste uitkomsten te behalen.

¹¹ Datum erkenning: 10 september 2020. De volledige beoordeling van het RIVM leest u op: <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/InterventionDetails/43457>

5. Specifieke onderdelen van KDO en de mogelijkheid voor vergoeding onder de Zvw

KDO kent een aantal specifieke onderdelen waaraan we apart aandacht willen besteden in verband met vergoeding onder de basisverzekering.

1. Onderdeel voeding- en eetgewoontes

Een inhoudelijke verschil tussen de GLI in het algemeen en KDO in het bijzonder, is de nadruk die KDO legt op het vermijden van voedingsmiddelen die een negatieve invloed hebben op de insulinegevoeligheid. De GLI-programma's hebben over het algemeen gezonde voeding en eetgewoontes als uitgangspunt (conform adviezen Voedingscentrum). Dit verschil begrijpen wij: als je als uitkomstmaat de bloedglucosewaarde hanteert dan is het verstandig in te zetten op het vermijden van voedingsmiddelen die een negatief effect hebben op de bloedglucose. Het vermijden van deze voedingsmiddelen heeft immers een vrij onmiddellijk, gunstig effect op de bloedglucosewaarde bij DM2-patiënten. Een programma dat zich richt op gewichtsreductie in het algemeen kan aanknopen bij een generiek gezond voedingspatroon, om hiermee gaandeweg voor de betrokkene de gewenste gewichtsreductie te realiseren. Dit betekent niet dat KDO dus geen GLI is. Het gaat inhoudelijk nog steeds om deze interventie, alleen zet KDO een specifiek voedingspatroon in. Voor de vergoeding onder de basisverzekering is dit verschil irrelevant.

2. Kookworkshops e.d.

De kennisoverdracht en de begeleiding bij de gedragsverandering binnen een GLI-programma hebben een zekere vormvrijheid. De begeleiding moet de gewenste gedragsverandering naar een gezonde leefstijl kunnen bewerkstelligen: de effectiviteit bepaalt de vorm. Dit betekent dat er gebruik gemaakt wordt van gedragstherapeutische technieken in combinatie met kennisoverdracht over een gezonde leefstijl. Als de programma-aanbieders dit via een kookworkshop willen bewerkstelligen en het blijkt dat dit een effectieve aanpak is, dan is dat een mogelijke programmavorm binnen de Zvw. Voor de vergoeding onder de Zvw moet dan wel een onderscheid gemaakt worden tussen de kosten van het 'koken' op zich die niet voor vergoeding in aanmerking kunnen komen (zoals ingrediënten; pannen; fornuis) en de kosten van de begeleiding hierbij die wél voor vergoeding in aanmerking komen.

6. KDO voor een specifieke (DM2)patiëntengroep

6.1 KDO voor een specifieke patiëntengroep

In deze beoordeling richten we ons vooral op KDO voor een specifieke groep DM 2-patiënten, namelijk een subgroep die een gerichte aanpak nodig heeft bij de medicatie-afbouw vanwege een hoog risico op complicaties. Deze groep is nog steeds geïndiceerd voor KDO als gedragsmatige interventie gericht op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl (met andere woorden, KDO als GLI). Op dit punt is er geen verschil met de andere deelnemers aan KDO. Voor de specifieke groep is de gedragsmatige interventie echter uitgebreid met modules die toegesneden zijn op de specifieke complexe zorgvraag van deze groep. Het gaat om een startbijeenkomst aan het begin van het programma en een intensievere medische begeleiding dan bij de minder gecompliceerde deelnemers tijdens het programma. Deze aanvullende modules zijn nodig in verband met de medicatie-afbouw tijdens de startbijeenkomst en de daaruit voortvloeiende (mogelijke) complicaties en risico's en het belang van de medicatie-afbouw voor het verwerven en behouden van de gezonde leefstijl.

Hierna gaan we in op:

- de omschrijving van deze groep;
- de inhoud van de modules;
- een weging of en tot hoever deze modules vergoed kunnen worden via de Zvw.

6.2 Beschrijving complexe subgroep

6.2.1 Inclusiecriteria

Voeding Leeft heeft de complexe subgroep als volgt omschreven (zie: bijlage 2).

Het gaat om:

complexe patiënten met overgewicht die

- insuline of SU-derivaten gebruiken
én
- niet goed ingesteld zijn (HbA1c boven de NHG-streefwaarde)
én
- bij wie leefstijlbehandeling in de eerste lijn volgens de NHG-standaard DM 2 niet veilig is of niet gelukt
én
- die gemotiveerd zijn om het KDO-programma te volgen om hun leefstijl te veranderen.

6.2.2 Individuele indicatiestelling

Een verzekerde moet onder de Zvw 'redelijkerwijs aangewezen zijn' op bepaalde zorg, wil deze zorg vergoed kunnen worden via de basisverzekering.¹²

In bijlage 2 is het protocol opgenomen dat Voeding Leeft heeft opgesteld voor om de patiënten te includeren voor KDO met aanvullende modules. Dit protocol vormt een handvat, maar nog steeds zal bij iedere individuele patiënt de afweging gemaakt moet worden of KDO met deze aanvullende modules het geschikte instrument is om de gewenste metabole verandering in gang te zetten. Wij gaan ervan uit dat de verwijzer over het algemeen de huisarts van de patiënt zal zijn. Het is aan de huisarts om de afweging te maken of een verwijzing naar KDO aan de orde is.

Hierna beschrijven we de modules waarmee KDO is uitgebreid:

- tweedaagse startbijeenkomst met verblijf en medische begeleiding;
- medische begeleiding tijdens het programma.

6.3 Tweedaagse startbijeenkomst met verblijf

Voor de te includeren subgroep (paragraaf 6.2) vormt een snelle medicatie-afbouw een belangrijk element om de leefstijl te kunnen veranderen. Medicatie bij DM2 kan immers een nadelige factor zijn om gezondheidswinst te kunnen bereiken via leefstijlverbetering. Het gebruik van insuline bij diabetes en van andere diabetesmedicatie die het maken van insuline stimuleert zoals SU-derivaten heeft nu eenmaal vaak gewichtstoename als gevolg, wat de werking van een GLI-programma doorkruist. Medicatie-afbouw is dan een belangrijk element om de negatieve spiraal te doorbreken die bijdraagt aan het in stand houden van het overgewicht. Medicatie-afbouw is voor iedere patiënt winst, maar kan voor deze subgroep ook nog een werkzaam element zijn om leefstijlverbetering te kunnen bereiken en daarmee gezondheidswinst. Binnen het programma is de startbijeenkomst van twee dagen bedoeld om in korte tijd te komen tot een 'omkeer' in de medicatie. Een voortvarende medicatie-afbouw (via een Mediterraan

¹² Dit is de omschrijving in artikel 2.1 lid 3 Bzv van het algemene indicatievereiste binnen de Zvw: (...) heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

koolhydraatarm voedingspatroon) leidt tot een metabole verandering die helpt om het gewicht te reduceren, hierdoor neemt de diabetes af (herstel van de glucoseregulatie), wat weer leidt tot minder behoefte aan medicatie enz.¹³ Bij een koolhydraatarm voedingspatroon in combinatie met medicatie bestaat het risico op een hypoglykemie of, in sommige gevallen, normoglykemische ketoacidose als er sprake is van disbalans tussen beide. Deze risico's zijn zeker bij de omschreven subgroep niet denkbeeldig. Vanwege deze risico's is medische begeleiding nodig bij de startbijeenkomst. Het verblijf vergt overigens niet de infrastructuur van een instelling voor geneeskundige zorg. Het gaat om een locatie waar het programma kan plaatsvinden en met faciliteiten voor logies.

Voeding Leeft heeft de inhoud van de startbijeenkomst als volgt beschreven en daarbij ook de noodzaak van medische begeleiding onderbouwd:

- de eerste dag wordt direct ingezet op het strikt vermijden van koolhydraten, suikers etc. Dit brengt een risico op een hypoglykemie of ketoacidose met zich mee door een drastische daling van de bloedglucosespiegel en in verband hiermee is medisch/verpleegkundig toezicht aangewezen, ook 's nachts.
- tijdens het verblijf kan worden voorkomen dat mensen toch koolhydraten en suikers tot zich gaan nemen. Als deelnemers dit toch doen, zou dit de opzet van het programma doorkruisen.
- gedurende de twee dagen worden de bloedglucosewaarden geregeld gemeten. De medicatie wordt op basis van deze metingen door de verpleegkundige zo nodig aangepast.
- de metingen dienen een geneeskundig doel, maar hebben ook een 'lerend' effect omdat deelnemers direct leren omgaan met schommelingen in de metingen en de minder ernstige bijwerkingen die daarbij kunnen optreden, zoals lichtere bloedsuiker- en bloeddrukwisselingen, verschijnselen van niet lekker voelen, duizeligheid, hoofdpijn, prikkelbaarheid.
- tijdens de tweedaagse gaan de deelnemers, voorafgaand aan het ontbijt (na de bloedsuikerbepaling) nuchter bewegen. Dit is een essentieel onderdeel, dat minder goed haalbaar is als deelnemers thuis overnachten. Nuchter bewegen stabiliseert de bloedsuikerspiegel.
- het groepsgebeuren tijdens het verblijf werkt motivatie-bevorderend.

Uit oogpunt van de basisverzekering is nu de vraag of deze startbijeenkomst inclusief medische begeleiding en verblijf onder de Zvw kan vallen. Die vraag beantwoorden we in de volgende paragraaf. Daarnaast gaan we in op de inhoudelijke componenten van de startbijeenkomst, namelijk de uitleg wat een koolhydraatarm voedingspatroon inhoudt en wat dit betekent voor een medicatie-afhankelijke DM 2-patiënt en de begeleiding bij het incorporeren hiervan in het dagelijks bestaan.

6.4 Valt de startbijeenkomst met medische begeleiding en verblijf onder de Zvw?

6.4.1 Medisch noodzakelijk verblijf binnen de Zvw

De startbijeenkomst omvat verblijf van één nacht. Verblijf kan alleen vergoed worden onder de Zvw als er sprake is van 'medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg'. De prestatie verblijf is te vinden in artikel 2.12 Bzv. Lid 1 van dit artikel luidt als volgt:

Verblijf omvat verblijf (...), dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 (...), al dan niet gepaard gaande met

¹³ De medicatie-afbouw is gebaseerd op de *Handleiding medicatie-afbouw* van de stichting Langerhans en de Vereniging Arts en Leefstijl: www.diabetes2.nl/downloads/handleiding-medicatie-afbouw

verpleging, verzorging of paramedische zorg.

'Verblijf' is dus medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Dit betekent dat de zorg die geleverd wordt, te kwalificeren valt als 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw en dat het medisch noodzakelijk is om deze zorg in een verblijfsetting te leveren. Medische noodzaak is een ander criterium dan stand van de wetenschap en praktijk. Verblijf hoeft niet 'bewezen effectief' te zijn om voor vergoeding in aanmerking te komen.¹⁴ Het gaat er steeds om dat er medische overwegingen zijn om tot verblijf te besluiten.

In de praktijk hanteren zorgverleners veel uiteenlopende overwegingen om 'verblijf' te indiceren. In het rapport *Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ*¹⁵ heeft het Zorginstituut bijvoorbeeld onderzocht hoe de medische noodzaak in de praktijk wordt toegepast binnen de geneeskundige GGZ. Er bleken een variëteit aan overwegingen te spelen die niet altijd door zorgstandaarden, protocollen meet- of triage-instrumenten werden ondersteund. Het rapport concludeerde: 'De besluitvorming kan daardoor vaak niet transparant worden gemaakt.'¹⁶ Sommige overwegingen zijn duidelijk 'medisch' van aard. Het rapport over het verblijf in de geneeskundige GGZ noemt onder andere:

- uitvoeren nadere diagnostiek;
- instellen van medicatie: continu toezicht noodzakelijk vanwege mogelijke bijwerkingen;
- gevaar voor de patiënt en/of zijn omgeving: verblijf om toezicht te kunnen organiseren;
- bevorderen effectiviteit van de behandeling.

In de praktijk vulden zorgverleners deze overwegingen aan met aspecten als de sociale context van de betrokkene; de woonsituatie; beschikbaarheid mantelzorg. Deze weging is overigens niet in strijd met de formele uitleg van 'medische noodzaak'. De Nota van Toelichting bij het Bzv noemt juist als voorbeeld van de medische noodzaak voor verblijf de woonsituatie van de verzekerde en de beschikbaarheid van (mantel)zorg. Kortom, uit dit rapport blijkt dat binnen de geneeskundige GGZ een zorgverlener zowel zuiver medische als meer sociale overwegingen kan hebben, om tot verblijf te besluiten. Deze overwegingen worden afzonderlijk of in samenhang met elkaar toegepast. Wij hebben geen reden om aan te nemen dat in de rest van de zorg deze afwegingen anders gemaakt worden en op zich zijn dit ook legitieme interpretaties van het begrip medisch noodzaak, zoals ook uit de Nota van Toelichting bij het Bzv blijkt.

6.4.2 Onderbouwing medische noodzaak verblijf binnen Keer DM 2 om

In paragraaf 6.3 hebben wij de beschrijving van de startbijeenkomst van de KDO opgenomen. Hieruit blijkt dat de startbijeenkomst meerdere doelen dient:

- om het doel van het programma te bereiken, de omkeer van DM2, voortvarend medicatie-afbouw in gang zetten;
- een 'wakend' oog en de mogelijkheid om direct in te grijpen als complicaties optreden door de medicatie-afbouw;
- de begeleiding van de patiënt in deze eerste fase van medicatie-afbouw om zelfmanagement mogelijk te maken en te bevorderen;
- bevorderen van de motivatie voor de rest van het programma via het groepsgebeuren.

¹⁴ Andersom geldt wel dat 'verblijf' een aspect kan zijn dat de effectiviteit van de behandeling bevordert en in dat geval de 'medische noodzaak' onderbouwt.

¹⁵ Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Zorginstituut Nederland. 2017: [Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

¹⁶ Idem, pagina 15

Ieder punt afzonderlijk zou mogelijk niet zwaar genoeg wegen om tot een positief oordeel te komen. Het Zorginstituut meent echter dat deze punten gezamenlijk een valide onderbouwing geven van de medisch noodzaak van het verblijf en de medische begeleiding daarbij. Van belang is dat dit verblijf geïndiceerd wordt voor een specifieke groep DM2-patiënten die medicijnafhankelijk zijn, niet optimaal ingesteld en die al eerder, zonder succes, een leefstijlinterventie hebben geprobeerd. Voor deze patiënten is een 'wakend oog' in de eerste fase van de medicatie-afbouw van belang. Daarnaast kunnen de deelnemers gedurende deze twee dagen leren om zelf om te gaan met de minder ernstige bijwerkingen. Dat kan de deelnemers bij het vervolg van het programma, in de eigen omgeving veel rust geven, wat een onnodig beroep op de (spoedeisende) eerstelijnszorg kan voorkomen.

6.4.3 Inhoudelijke component van de startbijeenkomst: het adopteren van een koolhydraatarm voedingspatroon

Hierboven hebben we de samenhang tussen een koolhydraatarm voedingspatroon en de medicatie-afbouw bij DM 2 toegelicht. De startbijeenkomst omvat natuurlijk niet alleen medische begeleiding en verblijf. Wil een DM 2-patiënt een koolhydraatarm voedingspatroon kunnen adopteren, dan is het ook nodig dat inhoudelijk duidelijk is wat dit inhoudt en hoe dit in het dagelijks leven geïncorporeerd kan worden: welke voeding is passend voor een DM 2-patiënt; wat is een geschikt voedingspatroon; hoe kan er voor gezorgd worden dat alle essentiële voedingselementen in het eetpatroon vertegenwoordigd zijn als koolhydraten geminimaliseerd worden etc. De strekking van deze informatie (ook qua medische consequenties) gaat verder dan het onderdeel 'advies en begeleiding bij gezonde voeding- en eetgewoontes' van een gecombineerde leefstijlinterventie. Dit onderdeel omvat gespecialiseerde, op DM 2 toegesneden informatie en begeleiding; het Zorginstituut schaaft deze inhoudelijk onder de te verzekeren prestatie 'diëtetiek', zoals omschreven in artikel 2.6 lid 10 Bzv.¹⁷ Dit artikel geeft aan dat diëtetiek onder de Zvw maximaal drie behandelingen per kalenderjaar omvat. Tijdens de startbijeenkomst zal er vooral sprake zijn van groepsgewijze generieke voorlichting en instructie. De startbijeenkomst biedt weliswaar ruimte aan de deelnemers om zich ook individueel met vragen te wenden tot de diëtist(e), maar vanwege de voornamelijk groepsgewijze vormgeving van de startbijeenkomst zien wij deze inzet van de diëtetiek los van de maximaal beschikbare uren per kalenderjaar.

6.4.4 Inzet gedragscoach tijdens de startbijeenkomst

De startbijeenkomst vormt de opmaat voor de gedragsmatige interventie (die wij als gecombineerde leefstijlinterventie hebben gekwalificeerd). We kunnen ons voorstellen dat de degene die de gedragsmatige interventie verzorgt tijdens de startbijeenkomst aanwezig is om startbijeenkomst en gedragsmatige interventie te kunnen koppelen. Uit de beschrijving van de startbijeenkomst leiden we af dat de nadruk tijdens deze bijeenkomst ligt op de introductie van en toelichting op het nieuwe voedingspatroon, wat dit fysiologisch betekent voor een patiënt met een metabole verstoring zoals bij DM 2 en de begeleiding bij de geneeskundige consequenties hiervan en dus nog niet zozeer op de gedragsmatige doelen van het programma.

Hiermee hebben we dus geconcludeerd dat een startbijeenkomst met verblijf onderdeel kan zijn van het programma Keer DM 2 om voor een specifieke groep DM 2-patiënten. Een protocol opgesteld door Voeding Leeft formuleert de

¹⁷ Artikel 2.6 lid 10 Bzv luidt als volgt: Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

inclusiecriteria voor deze vorm van het programma. Individueel wordt beoordeeld of een DM 2-patiënt inderdaad redelijkerwijs is aangewezen hierop. We hebben verder geconcludeerd dat medische begeleiding en diëtetiek onderdeel uitmaken van de startbijeenkomst. Het verblijf vraagt niet de infrastructuur van een zorginstelling.

In de volgende paragraaf gaan we in op de medische begeleiding tijdens het programma.

6.5 Medische begeleiding tijdens het programma

6.5.1 Medische begeleiding inhoudelijk

Medische begeleiding is in verband met de medicatie-afbouw niet alleen bij de startbijeenkomst, maar gedurende het gehele programma noodzakelijk, waarbij de belangrijkste aanpassingen in de behandelfase plaatsvinden. Deze begeleiding is nodig omdat de metabole veranderingen doorgaan en dit tot verdere medicatie-afbouw kan leiden, maar ook tot ongewenste bijverschijnselen of complicaties, zeker bij de omschreven specifieke groep DM2-patiënten, zo stelt Voeding Leeft. Het hoge risico op complicaties blijft ook aanwezig. Het programma omvat dan ook een medisch begeleidingsteam waarmee deze deelnemers aan KDO telefonisch en online contact kunnen hebben. De begeleiding waarborgt, aldus Voeding Leeft, een veilige en verantwoorde medicatie-afbouw zodat toegewerkt kan worden naar het 'omkeren' van de onderliggende pathologie en daarmee de ziekte, DM2.

Het Zorginstituut onderschrijft het belang van deze medische begeleiding en inhoudelijk valt deze begeleiding onder de Zvw. Zeker bij medicatie-afbouw is het immers nodig dat er een medisch wakend oog is, om de medicatie beheerst af te bouwen, om toezicht te houden op fysiologische gevolgen voor de betrokkene en om complicaties te voorkomen. Deze begeleiding valt onder de geneeskundige zorg die beschreven is in artikel 2.4 Bzv, met name onder 'de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Uit de beschrijving van Voeding Leeft blijkt dat de eigen zorgverlener van de deelnemer aan KDO medisch verantwoordelijk blijft voor de behandeling. KDO (dat wil zeggen de verpleegkundige en het medisch team) is beschikbaar bij vragen en monitort de patiënt na de start 2-daagse via geregeld telefonisch contact en via een leefstijlanamnese (dagelijks waar nodig) om de voortgang van de deelnemer te kunnen volgen. De inbreng van KDO kunnen wij niet kwalificeren als het overnemen van de behandeling. Ook al ondersteunt KDO de medicatie-afbouw tijdens het programma, dan nog vraagt dit samenwerkingsafspraken met de reguliere behandelaar.

6.5.2 Medische begeleiding organisatorisch

Inhoudelijk zien wij de medische begeleiding dus als 'reguliere zorg'. Wij menen dat bij KDO voor de specifieke patiëntengroep niet zozeer de vraag speelt óf deze medische begeleiding onder de Zvw valt. De vraag is vooral wat de omvang is van de begeleiding en hoe deze begeleiding georganiseerd wordt. De begeleiding van een DM 2-patiënt vindt regulier plaats binnen de huisartsenpraktijk. De Zorgstandaard Diabetes omschrijft de diabeteszorg die door zorgverzekeraars als 'diabetes ketenzorg' wordt gecontracteerd. De Zorgstandaard Diabetes schenkt echter nog weinig aandacht aan de medicatie-afbouw in samenhang met leefstijlaanpassingen. Hetzelfde geldt voor de herziene NHG-standaard rond diabetes mellitus type 2.¹⁸ Aan deze documenten kunnen we dus geen inzichten ontlenuen over de inhoud, omvang en organisatie van de begeleiding bij medicatie-afbouw. Idealiter is de begeleiding bij de medicatie-afbouw onderdeel van de reguliere ketenzorg of in ieder geval eerstelijnszorg. In de praktijk is hiermee

¹⁸ NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2, herziene versie, november 2021

echter nog geen rekening gehouden qua inhoud, omvang en contractering van de diabetesketens.

Hoe de begeleiding bij de medicatie-afbouw georganiseerd moet worden en wat de omvang hiervan moet zijn, is echter niet een vraag die het Zorginstituut beantwoordt. Wij geven aan of de zorg inhoudelijk onder de basisverzekering kan vallen en die vraag hebben wij hierboven bevestigend beantwoord. De organisatie van de zorg wordt overgelaten aan het overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa heeft aangegeven dat zij een bekostigingsmogelijkheid opzetten voor de ondersteuning bij de medicatie-afbouw via KDO. Op deze wijze kunnen zorgverzekeraar en KDO bij contractering afspraken maken over de organisatorische samenwerking en afstemming tussen het KDO-programma, de reguliere diabeteszorg tijdens het programma en de medische verantwoordelijkheid van de eigen zorgverlener.

6.5.3 Een passende bekostiging

Op basis van deze beoordeling ontwerpt de NZa een passende bekostiging voor KDO voor de specifieke groep DM 2-patiënten. Voor het gedragsmatige onderdeel dat wij kenschetsen als een GLI wordt gebruikgemaakt van de bestaande bekostiging voor dergelijke programma's.

7. Inhoudelijke consultatie

7.1 Waarom een consultatie?

In de discussie rond de beoordeling van het programma KDO spelen niet alleen zorginhoudelijke vragen, maar ook tariefkwesties. Op deze laatste gaan wij niet inhoudelijk in omdat vragen rond Wmg-prestatiebeschrijving en tarief op het terrein van de NZa liggen. Wij beperken ons tot de vraag of het programma in zijn geheel onder de Zvw kan vallen.

Omdat onze beoordeling vragen oproep, hebben wij besloten om het proces zo doorzichtig mogelijk te houden en het concept aan relevante partijen voorgelegd.

7.2 Consultatievragen

In de consultatie hebben we de volgende specifieke vragen gesteld:

1. Het programma Keer DM 2 om kan zich richten op een specifieke groep DM 2-patiënten. Het programma vergt dan enkele additionele elementen om het doel van het programma (verwerven van een leefstijl die medicatie-afbouw en zo mogelijk omkering van DM 2 bewerkstelligt) op een veilige, verantwoorde en effectieve wijze te bereiken:
 - kunt u onze beoordeling hiervan volgen en
 - vindt u de groep DM 2-patiënten die op deze vorm van Keer DM 2 om is aangewezen duidelijk omschreven?
2. Het Zorginstituut doet geen uitspraken over de organisatie van zorg. Keer DM 2 om voor de specifieke patiëntengroep raakt via de ondersteuning bij medicatie-afbouw aan de reguliere ketenzorg. Heeft u opmerkingen over de organisatie van de begeleiding bij medicatie-afbouw ten opzichte van de organisatie ketenzorg die van belang zijn voor deze beoordeling?

Deze vragen hebben wij voorgelegd aan de volgende partijen:

- Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
- Ineen;
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV);
- Kenniscentrum NHG;
- Nederlandse Patiëntenfederatie (NPF);

- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD);
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);
- Voeding Leeft;
- zorgverzekeraars CZ, Menzis en VGZ;
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);

op persoonlijke titel:

- Thomas van Bommel, internist, voorzitter Diabetes Kamer Nederlandse Internisten Vereniging;
- Prof. Dr. Max Nieuwdorp, internist/endocrinoloog Amsterdam UMC;
- Prof. Dr. Liesbeth van Rossum, internist/endocrinoloog Erasmus MC;
- Prof. Dr. Hanno Pijl, internist/endocrinoloog LUMC

7.3 De inhoud van de reacties

Hierna gaan we op kort in op de hoofdpunten uit de reacties.

1. De omschrijving van de te includeren groep

Over het algemeen kan men zich vinden in de omschrijving van de te includeren groep. De voorwaarde dat eerdere leefstijlbegeleiding in de eerste lijn geen succes heeft gehad, roept vragen op bij de BLCN. Het is niet duidelijk of hiermee bedoeld wordt op het volgen van een GLI-programma of op andere leefstijlbegeleiding (huisarts; diëtist; een beweegprogramma), aldus de BLCN. Dit laat het protocol inderdaad in het midden. Dat lijkt ons ook terecht. Het is uiteindelijk aan de verwijzer (over het algemeen de huisarts) die afweegt welke volgende stap is aangewezen voor de specifieke DM 2-patiënt. Het lijkt ons niet zinvol om expliciet de voorwaarde te stellen dat eerst een 'algemeen' GLI-programma geprobeerd moet zijn, alvorens KDO overwogen kan worden. In de praktijk kan dat tot onnodige tussenstappen leiden met voorkombare uitval van een programma tot gevolg.

2. De beoordeling van de additionele componenten

a. Het uiteenrafelen in componenten

Uit de reacties blijkt dat niet voor iedereen helder is waarom we het programma KDO uiteenrafelen in componenten. We zien bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars en InEen menen dat wij, met het benoemen van de verschillende componenten, ook uitspraken doen over de wijze van organiseren en contracteren van het programma. Dat is niet juist. Wij onderscheiden de verschillende componenten alleen met het oog op onze beoordeling. Wij vinden dat noodzakelijk omdat de gedragsmatige ondersteuning bij het veranderen van de leefstijl de kern vormt van het programma en deze kern typeren we als GLI. Dat uitgangspunt kunnen we niet negeren bij de beoordeling van KDO voor een specifieke groep DM 2-patiënten. In de beoordeling hebben we vervolgens getoetst of de extra elementen van KDO bij die groep DM 2-patiënten onder de Zvw kunnen vallen. Die vraag hebben we bevestigend beantwoord. Dit neemt niet weg dat de zorgverzekeraar KDO voor die groep patiënten bij één aanbieder als één geheel zou moeten contracteren. De beoordeling belemmert dat niet. De Wmg-prestatiebeschrijving hoeft dat evenmin te belemmeren, ook niet als binnen die prestatiebeschrijving (én eventueel het tarief) ook weer die onderdelen worden beschreven. Die onderdelen verschillen nu eenmaal van karakter en hebben uiteenlopende functies binnen het geheel. Ze vormen echter een samenhangend geheel dat ook in samenhang georganiseerd en gecontracteerd moet worden.

b. Tweedaagse startbijeenkomst met overnachting: medische noodzaak van het verblijf

In de beoordeling beschrijven we de plek van de startbijeenkomst binnen het programma KDO voor de specifieke groep patiënten. Deze startbijeenkomst duurt

twee dagen en omvat een overnachting. Wij hebben een aantal argumenten opgesomd die gezamenlijk rechtvaardigen dat dit verblijf onder de Zvw valt. Daarbij hebben we verwezen naar het rapport *Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ*¹⁹. ZN meent dat de psychische problematiek van de beschreven GGZ-patiënten (suïcidaal; psychotisch) niet vergelijkbaar is met de somatische problematiek van de medicijnafhankelijke DM 2-patiënten. Dat wilden we ook niet suggereren. We hebben verwezen naar dat rapport, omdat dit het rapport van het Zorginstituut is waarin het meest uitgebreid de medische noodzaak van verblijf is onderzocht en beschreven. In het geciteerde onderzoek in het rapport komt naar voren hoe divers het begrip medische noodzaak van verblijf wordt geïnterpreteerd in de praktijk. Die diversiteit reikt van zwaarwegende, levensbedreigende situaties tot praktische overwegingen. In dat verband kunnen we ook verwijzen naar onze duiding van het eerstelijnsverblijf uit 2016²⁰, waarin nadrukkelijk de behoefte aan een 'wakend oog' naar voren komt bij medisch noodzakelijk verblijf.

ZN vraagt zich af of er wel sprake is van medische noodzaak *in verband met geneeskundige zorg*. De medische begeleiding beantwoordt de behoefte aan een wakend oog rond de medische risico's bij de medicatie-afbouw. Deze behoefte kwalificeren we als een behoefte aan geneeskundige zorg, in dit geval een behoefte aan 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

c. De medische begeleiding tijdens het programma en ketenzorg

Begeleiding bij medicatie-afbouw is nog geen gemeengoed binnen de eerste lijn. Binnen de opzet van de reguliere ketenzorg is hiermee nog geen rekening gehouden. Wij hebben partijen gevraagd of zij aandachtspunten hebben rond de verhouding tussen de medische begeleiding bij de medicatie-afbouw zoals KDO die organiseert en de organisatie van de ketenzorg. In het algemeen wordt gesteld dat er in ieder geval een goede afstemming moet zijn met de reguliere behandelaar, in de meeste gevallen de huisarts. Dat lijkt ons ook een absolute voorwaarde en dat stellen we ook in onze beoordeling. Verder lezen wij in de reacties niet dat de ketenzorg ook nu al de begeleiding bij medicatie-afbouw adequaat zou kunnen verzorgen. Het lijkt ons terecht dat Voeding Leeft constateert dat de ketenzorg daarvoor nu geen tijd heeft ingeruimd. We hebben niet onderzocht in hoeverre de ketenzorgaanbieders nu al over voldoende expertise beschikken om medicatie-afbouw bij DM 2-patiënten te begeleiden. Aangezien de relevante richtlijnen en standaarden nog geen aandacht besteden aan medicatie-afbouw zal de ervaring daarmee niet groot zijn. Kortom, onze beoordeling gaat ervan uit dat zorgverzekeraars en KDO-aanbieder bij de contractering afspraken maken over de begeleiding bij medicatie-afbouw tijdens het programma en de rol die het medisch team van programma daarbij zal spelen. Dat lijkt ons nog steeds het goede uitgangspunt. Voor de inzet van KDO op dit punt verzorgt de NZa een bekostigingsmogelijkheid. Wij onderschrijven het belang van een goede afstemming op dit punt tussen de reguliere behandelaar, de reguliere ketenzorg én het programma KDO.

3. Toepasselijkheid verplicht eigen risico

Zorgverzekeraars Nederland stelt de vraag of het verplicht eigen risico van toepassing is op het programma KDO voor de specifieke groep DM 2-patiënten. De gecombineerde leefstijlinterventie is in het Besluit zorgverzekering uitgesloten van het verplicht eigen risico (artikel 2.16 lid 1 onder c Bzv). De formulering wijst naar de GLI als interventie en niet naar specifieke programma's. Het Zorginstituut

¹⁹ Zie noot 15

²⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2016/03/29/het-eerstelijnsverblijf-binnen-de-zorgverzekeringswet>

2022038161

kwaliceert KDO als een GLI-programma dat als een samenhangend geheel georganiseerd en gecontracteerd wordt. In die zin zien wij geen reden om het verplicht eigen risico van toepassing te verklaren. Het al of niet toepasselijk verklaren van verplicht eigen risico is echter niet aan het Zorginstituut, dat is aan de regelgever. Wij kunnen aan de regelgever alleen onze interpretatie van de huidige formulering meegeven.

Bijlage 1

De beoordeling door het RIVM (*Centrum gezond leven*) van GLI-programma's ten behoeve van een uitspraak van het Zorginstituut over vergoeding van het programma onder de Zvw

Wil de beoordeling van het *Centrum gezond leven* een rol spelen bij de beoordeling van gecombineerde leefstijlinterventies voor vergoeding onder de Zvw, dan moet de beoordeling van het Centrum sporen met de voorwaarden die de Zvw stelt. Uitgangspunt hierbij is het standpunt van het Zorginstituut rond de stand van de wetenschap en praktijk van de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas uit 2009.²¹ Het Zorginstituut concludeerde toen dat de gecombineerde leefstijlinterventie een effectieve interventie is bij mensen met overgewicht en daarmee samenhangende co-morbiditeit of obesitas en onder de basisverzekering valt.

Wat in de toekomst beoordeeld moet worden is dus niet de gecombineerde leefstijlinterventie in de zin van doel en uitkomsten, maar de uitwerking hiervan in concrete programma's, met andere woorden de aanpak. Volgens het Zorginstituut kunnen concrete programma's gezien worden als 'technische varianten'. Bij de beoordeling van een technische variant is vanuit de Zvw in het algemeen geen gecontroleerd onderzoek meer nodig; observationeel onderzoek met een voor- en een nameting op relevante uitkomstmaten is hierbij voldoende.

Voor de beoordeling van de 'effectiviteit' geeft het *Centrum gezond leven* aan dat het erkenningstraject uitgaat van de gedachte van de GRADE-systematiek: niet het uitgevoerde design is het uitgangspunt maar de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek en de vraag of de relevante uitkomstmaten worden gebruikt. Een notitie van het *Centrum gezond leven* over de erkenning van interventies stelt het volgende:

Zo kan een goed uitgevoerd observationeel onderzoek even hoog gewaardeerd worden of zelfs hoger als een RCT van slechte kwaliteit. Soms zijn alleen observationele onderzoeken mogelijk en geven deze als ze goed zijn uitgevoerd ook inzicht in de werkzaamheid van een interventie. Bij de beoordeling van de effectiviteit van een interventie beoordeelt de commissie eerst: of de meest relevante uitkomstmaten in de studie zijn meegenomen hoe groot de gevonden effecten zijn en tot slot het design en de kwaliteit van het onderzoek.²²

De notitie geeft het volgende aan over het niveau *Eerste aanwijzingen voor effectiviteit*:

(...) Het gaat hier bijvoorbeeld om goed uitgevoerd observationeel onderzoek zoals casestudies en cohortstudies. Ook onderzoek gebaseerd op monitorgegevens behoort hiertoe. Het gaat om resultaten van de interventie waaruit blijkt dat gedrag, vaardigheden, cognities, gevoelens e.d. in voldoende mate conform het doel van de interventie zijn veranderd. Het onderzoek moet op verschillende locaties en met voldoende respons zijn uitgevoerd, met methoden en instrumenten die het doel van de interventie goed operationaliseren.²³

Het Zorginstituut gaat ervan uit dat minimaal vanaf dit niveau de erkenning door het *Centrum gezond leven* voldoende is voor de effectiviteitsbeoordeling van een

²¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2009/02/23/preventie-bij-overgewicht-en-obesitas---de-gecombineerde-leefstijlinterventie>

²² *Erkenning van interventies, criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2015-2018*. 2015. RIVM, MJI, NISB, Trimbos instituut, Vilans, Movisie, NCJ

²³ Idem, pagina 14

2022038161

` technische variant' van een gecombineerde leefstijlinterventie conform de voorwaarden van de Zvw.

Bijlage 2

Protocol voor de inclusie van patiënten in KDO voor een specifieke patiëntengroep

Auteurs: Joyce Arnoldus, internist; Nynke van der Zijl, huisarts; Nicole de Groot, POH gespecialiseerd in leefstijl behandeling bij DM2

Doel: verbetering van gezondheid van patiënten met DM2 middels een GLI speciaal ontwikkeld voor diabetespatiënten programma Keer Diabetes 2 Om (KDO). De interventie omvat de pijlers voeding, beweging, medicatieafbouw, ontspanning en slaap. Dit vindt plaats onder intensieve medische begeleiding om de veiligheid te garanderen en verantwoord zelfmanagement tijdens de afbouw van de medicatie te waarborgen.

Indicatie:

Naast KDO als een GLI de 'KDO GLI' is er een beperkte groep patiënten met DM2 die in aanmerking komt voor KDO met medische begeleiding en 2-daags verblijf bij start van de interventie 'KDO intensieve GLI'.

Dit zijn complexe patiënten met overgewicht, die niet goed ingesteld zijn (HbA1c boven de NHG streefwaarde) en bij wie behandeling volgens de NHG standaard DM2, inclusief het geven van leefstijladviezen, niet veilig is of niet gelukt is en die gemotiveerd zijn om het KDO programma te volgen om hun leefstijl te veranderen. Daarbij wordt in acht genomen dat er sprake is van:

- ✓ Overgewicht: BMI > 25 en/of vergrote buikomvang mannen vanaf 94 cm en vrouwen vanaf 80 cm.
- ✓ Niet goed ingestelde DM2 tijdens behandeling volgens de NHG standaard: HbA1c boven de NHG streefwaarde, langer dan 3 maanden. Wanneer de huisarts een HbA1c meet boven de streefwaarde besteedt de huisarts of POH opnieuw aandacht aan de eerder gegeven leefstijladviezen. Met de patiënt wordt gekeken of opnieuw verwijzing naar de diëtist zinvol is. De patiënt wordt gestimuleerd om in de daaropvolgende 3 maanden te kijken welk resultaat behaald kan worden. Is na drie maanden de patiënt goed ingesteld (of aanzienlijk verbeterd) dan is verwijzing naar 'KDO intensieve GLI' niet nodig en om die reden ook niet mogelijk. Resulteert deze interventie niet tot een daling van het HbA1c dan bespreekt de huisarts/POH de mogelijkheid van deelname aan 'KDO intensieve GLI' als hij/zij verwacht dat de patiënt daarvoor geschikt is.
- ✓ Er bestaat een risico op een hypoglykemie vanwege het gebruik van SU-derivaten, insuline of een normoglycemische ketoacidose vanwege het gebruik van SGLT2-remmers, na start van een leefstijlinterventie (o.a. door koolhydraatbeperking). Daardoor wordt de leefstijlinterventie niet veilig geacht in de eerstelijns.
- ✓ Leefstijlverandering in de 1e lijn heeft niet geresulteerd in behalen van de NHG streefwaarden. De eigen huisarts/POH schatten in dat deelname aan een intensieve GLI met medische begeleiding (KDO 'intensieve GLI') effectiever zal zijn. Na aanmelding wordt ook door het medisch team van KDO gekeken of de deelnemer geschikt is voor deelname. Bij aanmelding wordt tevens gevraagd naar eerdere leefstijl interventies. De patiënt die nog niet eerder zijn leefstijl heeft geprobeerd te verbeteren (bijvoorbeeld met de huisarts/POH en diëtist) moet eerst behandeld worden in de eerste lijn.
- ✓ Gemotiveerd: inschatting van motivatie wordt gedaan door behandelende huisarts/POH en teamlid van het medisch team van KDO.
- ✓ Bovenstaande 5 punten moeten alle aanwezig zijn voordat de aanmelding van patiënt in behandeling wordt genomen.

Contra-indicaties zijn:

- ✓ Diabetes Mellitus type 1 of een ander soort type diabetes zoals MODY/LADA. Ernstig COPD (Gold

III of IV)

- ✓ Nierinsufficiëntie (<eGFR/MDRD<30) (30 tot 45 in overleg)
- ✓ Ernstig hartfalen (klasse 3 en 4)/ decompensatio cordis
- ✓ Maagverkleining in de voorgeschiedenis
- ✓ Eetstoornis volgens DSM-V
- ✓ Eerder deelgenomen aan groepsprogramma Keer Diabetes2 Om met 2-daagse met verblijf
- ✓ Het niet beheersen van de Nederlandse taal
- ✓ Mensen met een korte levensverwachting (arbitrair: < 5 jaar of leeftijd > 80 jaar)

Stepped care

KDO met medische begeleiding en 2-daagsverblijf 'KDO intensieve GLI' bij aanvang is nooit de eerste stap in de behandeling van DM2. Het is een stap die pas aan de orde komt wanneer de behandelstappen uit de NHG standaard, inclusief leefstijladviezen of een volledig of deels doorlopen 'gewone GLI' of KDO 'diabetes GLI', niet toereikend zijn gebleken (zoals hierboven beschreven) om de behandeldoelen te behalen.

Medicatie afbouw

De werkwijze van KDO ('KDO GLI' en KDO intensieve GLI' is gebaseerd op de demedicalisatie handleiding²⁴ van de stichting Langerhans, de vereniging Arts en Leefstijl en Voeding Leeft.

Deze handleiding is geschreven voor de eerste lijn waarmee minder complexe diabetespatiënten goed kunnen worden geholpen. Naast een 'KDO GLI' biedt KDO een 'KDO intensieve GLI' om meer complexe diabetespatiënten te kunnen helpen in de vorm van anderhalvelijnszorg. De medische begeleiding in het 'KDO intensieve GLI' maakt het mogelijk om juist die complexe type 2 diabetespatiënten te helpen die in de 1e lijn niet terecht kunnen of de patiënten waarvoor leefstijlbegeleiding in de eerste lijn onvoldoende of onveilig is. Onder complexe type 2 diabetespatiënten wordt verstaan patiënten die behandeld worden met insuline in welke vorm ook en/of sulfonylureumderivaten en/of SGLT2 remmers. Voor deelname aan KDO gelden nog een aantal aanvullende criteria, zie hierna.

Patiënt motivatie

Omdat de KDO 'intensieve GLI' een intensief programma is, is motivatie om deel te nemen aan het programma erg belangrijk. Patiënten moeten bereid zijn om in de eerste twee dagen meteen aan de slag te gaan en het programma te volgen. Patiënt motivatie is een inclusiecriteria voor verwijzingen van de hoofdbehandelaar en de motivatie wordt getoetst in het inclusie gesprek door het medisch team van KDO, op basis van jarenlange ervaring met het begeleiden van gedragsverandering in de praktijk en tijdens het programma. In Nederland gebruiken rond de 400.000 mensen SU-derivaten en/of insuline. De ervaring van Voeding Leeft is echter dat een veel kleinere groep gemotiveerd is voor een intensief leefstijlprogramma. Zo hebben van een zorggroep met meer dan 10.000 patiënten op medicatie waarvan 2.500 op insuline of SU-derivaten zijn, 250 patiënten meegedaan aan Keer Diabetes2 Om in de laatste 4 jaar. Daarnaast is een significant deel van de patiënten op SU-derivaten en/of insuline boven de 80 jaar oud en vallen daardoor buiten de inclusiecriteria.

Risico op hypoglykemie, hyperglykemie, ketoacidose, hypotensie bij leefstijl interventie en/of afbouw van medicatie

De specifieke doelgroep van Keer Diabetes2 Om heeft een risico op hypoglykemie, hyperglykemie, ketoacidose en/of hypotensie tijdens de leefstijlinterventie. Dit wordt opgevangen door frequente controles en aanpassingen van medicatie en dieet onder supervisie van de diabetes verpleegkundige.

1. Patiënten met SU-derivaten of insuline

- a. Er is een hoge kans op lage bloedglucoses, zogenaamde hypoglykemieën.

²⁴ <https://diabetes2.nl/downloads/handleiding-medicatie-afbouw/>

- b. Er is kans op hyperglykemie omdat de patiënt niet reageert op de behandeling of te langzaam reageert waarbij medicatie opbouw weer nodig kan zijn.

2. Patiënten op SGLT-2 remmers

- a. Er is een kans op een ernstige ketoacidose. Deze ernstige bijwerking komt voor bij de combinatie koolhydraatbeperking en het gebruik van een SGLT2 remmer. Soms is het nodig dat een patiënt dit middel blijft gebruiken. Het is dan belangrijk dat zorgvuldig gehandeld wordt (extra controle en juiste instructie bij ontregeling).

3. Patiënten met hart- en vaatziekten

- a. Een gezondere leefstijl leidt vaak tot een verlaging van de bloeddruk. Patiënten die bloeddrukverlagende middelen gebruiken hebben daardoor risico op hypotensie. Dit dient vermeden te worden, omdat dit zorgt voor een verhoogd valrisico.
- b. Bij verminderde nierfunctie / proteïnurie is extra aandacht besteed aan de niet diabetes medicatie. Mensen met een eGFR <30 ml/min/1,73 m² worden geïnccludeerd na overleg met de internist/nefroloog en worden extra gecontroleerd.

Criteria voor verblijf

Het 'KDO intensieve GLI' omvat vijf dagen aanwezigheid. De vijf dagen zijn nodig om alle aspecten van de leefstijlbehandeling te bespreken, in de praktijk te brengen en te herhalen onder medische begeleiding. De eerste twee dagen zijn daarin cruciaal omdat de deelnemer op dat moment daadwerkelijk 'omkeert'. De metabole verandering die dan plaatsvindt is deels mogelijk door de medicatieafbouw. Voor deze grote stap is veiligheid een benodigde vereiste. Aan het einde van de eerste dag heeft de deelnemer nog niet voldoende kennis om veilig terug naar huis te reizen. Er is dan kans op lage glucosewaarden en bloeddrukdaling. Hoe meer medicatie en hoe langer de ziekteduur, hoe sterker dit effect is. Dag 2 geeft inzicht in hoe de individuele deelnemer reageert op de interventie en hoe de medicatie moet worden aangepast. Vanwege de medische risico's tijdens de leefstijlbehandeling is het medisch noodzakelijk dat mensen tijdens de start-2-daagse op locatie blijven.

Binnen de huidige KDO populatie 'KDO GLI' en 'KDO intensieve GLI' is meer dan 70% slecht ingesteld en heeft meer dan 40% naast diabetes ook hart- en vaatziekten. Van de mensen op zware medicatie (insuline en SU-derivaten) is meer dan 80% slecht ingesteld en heeft meer dan 50% naast diabetes ook hart- en vaatziekten. Deze patiënten zijn veelal te complex om in de eerste lijn begeleid te worden.

Achtergrond

Wereldwijd sterven jaarlijks 41 miljoen mensen aan niet overdraagbare ziekten, ook wel chronische ziekten. Hiervan zijn hart- en vaatziekten, kanker, luchtwegaandoeningen en diabetes de belangrijkste en deze worden veroorzaakt door een combinatie van aanleg, fysiologische factoren, omgeving en gedrag. Gezamenlijk veroorzaken deze vier ziekten 80% van de voortijdige sterfte. Ongezonde voeding, te weinig bewegen, alcohol- en tabaksgebruik en chronische stress verhogen het risico op chronische ziekten. De ongezonde leefstijl verhoogt het zogenaamde metabole risico door overgewicht, obesitas, verhoogde bloeddruk, bloedsuikers en cholesterol. De WHO benadrukt dan ook te investeren in beter beleid voor niet overdraagbare ziekten. Bewijs laat zien dat interventies op dit gebied een uitstekende economische investering, zijn omdat door leefstijl behandeling de noodzaak tot dure behandeling wordt teruggedrongen.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Diabetes type 2 in remissie brengen

Meer gezondheid door gerichte inzet van voeding, beweging, ontspanning en slaap met medische begeleiding ten behoeve van veilige medicatie afbouw(vermindering), dat is het doel van Keer Diabetes2 Om. Een groeiende stroom wetenschappelijke literatuur toont aan dat het kan. Literatuur uit

Verenigd Koninkrijk²⁵, de Verenigd Staten^{26 27} en Nederland²⁸ laat zien dat met intensieve leefstijl behandeling diabetes type 2 kan omkeren (of zelfs in remissie kan brengen). In opdracht van ZonMW bundelden in 2017 onderzoekers van Wageningen University & Research en de Universiteit van Groningen actuele kennis over de rol van voeding in de behandeling van chronische ziekten²⁹. Zij concludeerden: 'voedingsmaatregelen kunnen een belangrijke rol spelen in de behandeling van chronische ziekten en kunnen in belangrijke mate bijdragen aan gezondheidswinst. De grootste gezondheidswinst is haalbaar bij de behandeling van cardiometabole ziekten (zoals hart- en vaatziekten, DM2 en nierziekten). Gezonde voeding heeft niet alleen een positief effect op chronische ziekten, maar ook op de algehele gezondheid. Naast voeding, kunnen meer beweging, voldoende ontspanning en slaap ook ingrijpen op de metabole ontregeling die ten grondslag ligt aan veel chronische aandoeningen en daarmee het ziekteproces omkeren dan wel afremmen. Leefstijl behandelingen bieden daarmee een uniek voordeel boven farmacotherapie. Een zorgverlener dient ook, conform goed zorgverlenerschap, de patiënt goed te informeren over de verschillende behandelwijzen waarmee een ziekte kan worden aangepakt. Dat betekent impliciet dat leefstijlaanpak onderdeel behoort te zijn van het aanbod waaruit iemand met DM2 kan kiezen.

Medicatie bij diabetes

Veel medicijnen die voor diabetes worden voorgeschreven hebben gewichtstoename als bijwerking. Insuline is te beschouwen als een groeihormoon, waardoor gewichtstoename wordt bevorderd. Medicatie die de insulineafgifte stimuleert, zoals SU-derivaten hebben hetzelfde effect. Door gewichtstoename neemt de gevoeligheid voor insuline verder af en moet op termijn meer medicatie worden gegeven enzovoort. Een diabetespatiënt raakt hierdoor in een negatieve spiraal³⁰. Onderzoek uit de Verenigde Koninkrijk laat zien dat 50% van de mensen met diabetes type 2 na 10 jaar insuline gebruiken³¹.

Om iemand de kans te geven winst te behalen met leefstijlverbetering is het een noodzakelijke stap om medicatie te verminderen die bijdraagt aan het in stand houden van het overgewicht. Hierdoor kan de negatieve spiraal worden doorbroken. Indien insuline/ SU-derivaten niet worden verminderd heeft dat een negatief effect op de behandeling doordat:

- 1) Er een hoge kans is op lage bloedglucoses, zogenaamde hypoglykemieën. Hypoglykemieën zijn gevaarlijk.
- 2) Een te lage bloedglucosespiegel versterkt het hongergevoel waardoor iemand trek krijgt en ongezonde voeding gaat nuttigen.
- 3) Teveel insuline zorgt dat iemand nog minder gevoelig wordt voor insuline en aankomt in plaats van afvalt.

Om het proces van metabole ontregeling te doorbreken en de negatieve spiraal te keren is een voortvarende vermindering van medicatie nodig: Gezonder leven en medicatie verminderen en indien mogelijk stoppen zorgen voor gewichtsverlies, waardoor de diabetes afneemt (glucoseregulatie

²⁵ Lean M.E.J, Leslie W.S. (2019) Two-year results of the randomised Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT)

²⁶ Athinarayanan S,J, Adams R.N, Hallberg, S.J. (2019) Long-term Effects of a Novel Continuous Remote Care Intervention Including Nutritional Ketosis for the Management of Type 2 Diabetes: A 2-Year Non-randomized Clinical Trial

²⁷ Wadden T., (2014) Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: The look AHEAD study

²⁸ Pot GK, Battjes-Fries MC, Patijn ON, et al (2020) Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now) BMJ Nutrition, Prevention & Health 2020;3:doi: 10.1136/bmjnp-2020-000081

²⁹<https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/chronische-ziekten-behandelen-met-voeding>

³⁰ Shank, M.H., et al, Diabetes Care (2008);31 Suppl 2:S262-8. doi: 10.2337/dc08-s264. Insulin resistance and hyperinsulinemia: is hyperinsulinemia the cart or the horse?

³¹Taylor R. (2019) Calorie restriction for long-term remission of type 2 diabetes

herstelt) en weer minder medicatie nodig is enzovoort.

Veilig en verantwoord omkeren

Het voortvarender afbouwen van diabetes medicatie dient onder veilige omstandigheden door ervaren diabetesverpleegkundigen te worden gedaan. Indien de juiste expertise tijdens het omkeren niet aanwezig is, ontstaan risico's op gevaarlijk hypoglycaemie, danwel gevaarlijk hoge bloedglucoses. Met het gebruik van SGLT-2 remmers in combinatie met een koolhydraatarm eetpatroon is er een risico op normoglycemische ketoacidose.

Om deze veilige omstandigheden te borgen werkt KDO tijdens de eerste twee dagen van de interventie, de zogenaamde start-2-daagse, met een gespecialiseerd multidisciplinair team van professionals bestaande uit een ervaren diabetesverpleegkundige, een diëtist en een gedragscoach met een medische team op de achtergrond.

Gedurende deze twee dagen wordt gemiddeld 8 keer per dag de glucosewaarde in het bloed gemeten en zo nodig wordt direct de medicatie aangepast. De patiënten worden betrokken bij de gemaakte keuzes zodat zij thuis weten hoe te handelen. Om de eerste fase van het omkeerproces veilig en zorgvuldig te kunnen doorlopen zijn twee dagen nodig. De deelnemer heeft deze twee dagen nodig om voldoende kennis op te doen om het proces veilig zelfstandig te kunnen vervolgen. Het team heeft deze twee dagen nodig om de deelnemer te observeren en de medicatie veilig te kunnen afbouwen. Eén dag is daarvoor te kort is onze ervaring. Het team maakt per deelnemer aan het eind van de start-2-daagse een individueel plan en is nadien bereikbaar voor vragen en neemt ook zelf actief contact op met de deelnemers die dat nodig hebben. Doorgaans zijn dit twee contactmomenten in de eerste week na de start-2-daagse. De grootste verandering vindt in de eerste weken plaats, daarom moeten die onder strikte voorwaarden plaatsvinden. Bij onzorgvuldig handelen loopt een deelnemer risico op ernstige ontregeling van de diabetes, met alle gevolgen van dien.

Tijdens de start 2-daagse meet de deelnemer zijn bloedglucose voor iedere maaltijd, 1,5-2u na de maaltijd, voor het slapen gaan en zo nodig extra tussendoor. Alle metingen worden overlegd met de verpleegkundige en er wordt indien nodig verder afgebouwd bij lage waardes. Voor de nacht worden afspraken gemaakt hoe te handelen bij welke waarde mocht een deelnemer in de nacht wakker worden. De verpleegkundige blijft op locatie voor overleg. Direct na het wakker worden wordt glucose gemeten en overlegd over de hoeveelheid insuline die gespoten moet worden en of de orale medicatie wel of niet ingenomen moet worden. Op locatie is een bloeddrukmeter aanwezig omdat de bloeddruk snel kan dalen door leefstijlveranderingen en mensen hierdoor duizelig kunnen worden.

Door de frequente controles en intensieve begeleiding van de verpleegkundige heeft Voeding Leeft geen incidenten gehad tijdens de start tweedaagse.

Door het progressieve afbouwproces, de intensiteit van de eerste dag, en het monitoren van het proces (onder gecontroleerde condities waaronder de maaltijden die genuttigd worden wat direct doorwerkt in de glucosespiegel) is het een belangrijk onderdeel van het programma dat deelnemers tussen dag 1 en dag 2 op de locaties blijven. Het programma is op dit moment pas op 7 locaties in Nederland beschikbaar en dat betekent een reistijd van minstens 30 tot 60 minuten om naar huis te komen. Na dag 2 is er een goed beeld hoe het lichaam van de deelnemer reageert op het programma en tijdens de start 2-daagse leert de deelnemer over het fysiologische proces, over de impact van voeding, beweging, stress en slaap op hun bloedglucose en hoe ze zelf hun bloedglucose in de gaten kunnen houden. De deelnemer leert ook van de andere deelnemers over de verschillende reacties die mogelijk zijn op de leefstijl behandeling. Na de start 2-daagse zijn ze in staat om zelf de waarden te volgen maar de verpleegkundige blijft telefonisch beschikbaar om de voortgang te volgen en de patiënt steun te bieden waar nodig met name in de eerste weken. De deelnemers worden daarom uitgebreid geïnstrueerd wanneer ze moeten overleggen en op welke wijze het contact tot stand komt.

Na de start 2-daagse stuurt de verpleegkundige een terugkoppeling naar de hoofdbehandelaar van deelnemers met zware medicatie (deelnemers met insuline en SU-derivaten) of bij deelnemers waarbij tijdens de start 2-daagse bijzonderheden zijn opgetreden.

Medisch team voor inclusie en achterwachtfunctie

Ter ondersteuning van het begeleidingsteam op locatie is op de achtergrond een medisch team beschikbaar om de veiligheid te borgen. Dit team bestaat uit ervaren verpleegkundigen, huisartsen en een internist, allen gespecialiseerd op het gebied van leefstijlinterventies bij diabetespatiënten. Het medisch team is voor overleg beschikbaar voor het team dat op locatie werkt. Het medisch team is tevens vooraf al betrokken bij de inclusie van deelnemers om na aanmelding een zorgvuldige beoordeling te maken of deelname aan het programma verantwoord is en of er voldoende effect te verwachten valt. Voor deelname aan het programma vindt daarom altijd een telefonisch gesprek plaats tussen het medisch team en de deelnemer. Bij twijfel nemen zij contact op met de hoofdbehandelaar (huisarts en/of specialist bv. Internist, die heeft getekend voor akkoord op het aanmeldformulier) of andere betrokken hulpverleners (bbv. cardioloog of nefroloog) van de deelnemer.

Na inclusie heeft de verpleegkundige van het medisch team voor de start van het programma diverse (telefonische) contactmomenten met de deelnemer en hoofdbehandelaar om het medicatiebeleid af te stemmen en tijdig medicatie op veilige wijze af te bouwen of te stoppen. De verpleegkundige bevestigt de gemaakte afspraken rondom het medicatiebeleid naar de hoofdbehandelaar en deelnemer via een beveiligde e-mail.

Gedurende het programma beoordeelt het medische team de voortgang van deelnemers om de veiligheid te blijven borgen en om extra steun te bieden aan het begeleidingsteam indien nodig. Concluderend is het medisch team een belangrijke toevoeging om de veiligheid van het programma te borgen.