

Rapport

Preventie van diabetes: verzekerde zorg?

Op 23 februari 2009 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **272**

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

29011668

Afdeling

PAK

Auteur

mw. mr. G.M.M. Hendriksen, mw. dr. G. Ligtenberg,
mw. mr. F. J.L. Roepnarain

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 72

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
4	2. Diabetes nader belicht
4	2.a. Wanneer is er sprake van diabetes?
5	2.b. Epidemiologie
5	2.c. Gezondheidsrisico's bij DM 2
6	2.d. Risicofactoren voor DM 2
7	3. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie
8	4. Afbakening hoog risicogroep voor DM 2
10	5. Welke preventieve interventies zijn te verzekeren prestaties?
10	5.a. Wet- en regelgeving
13	5.b. Interventies ter voorkoming van DM 2
15	5.c. Korte beschrijving van de gecombineerde leefstijlinterventie
17	5.d. Duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie
17	5.d.1. Stand van de wetenschap en praktijk
20	5.d.2. Plegen te bieden <i>en</i> overige wettelijke voorwaarden
22	5.d.3. Conclusies over de gecombineerde leefstijlinterventie
23	5.d.4. Functionele systematiek en het zorgaanbod
26	6. Betekenis van de duiding voor hoog risicogroepen voor DM 2
29	7. Consequenties
29	7.a. Onderbrengen van de gecombineerde leefstijlinterventie in de Zvw
30	7.b. Kostenconsequenties
32	8. Preventie van DM 2 in breder perspectief
38	9. Inhoudelijke consultatie

Bijlage(n)

1. Achtergrondrapportage: Hoog risico op diabetes mellitus type 2
2. Rapport Gecombineerde leefstijlinterventies: stand van de wetenschap en praktijk
3. Hoofdstuk 2 uit het rapport Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie
4. De Beweegkuur op hoofdlijnen
5. Overzicht inhoudelijk deskundigen

Samenvatting

Diabetes is één van de meest voorkomende chronische ziekten in Nederland. De belangrijkste risicofactoren voor het optreden van DM 2 zijn onder meer een gestoorde glucosetofwisseling ('prediabetes'), obesitas, lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding. Deze factoren geven, alleen of in combinatie, een verhoogd risico op het ontstaan van diabetes.

Hoog risicogroepen Er kunnen twee groepen worden gedefinieerd met een verhoogd risico op DM 2. De eerste groep bestaat uit personen die een score van ≥ 10 hebben op de Nederlandse Diabetes Risicotest: deze personen hebben een kans van $\pm 20\%$ op het hebben of ontwikkelen van DM 2 binnen nu en 5 jaar. Bij de tweede groep gaat het om personen met prediabetes, gedefinieerd als een gestoorde nuchtere glucosewaarde en/of een gestoorde glucosetolerantie. Deze groep heeft een kans van $\geq 30\%$ op het ontwikkelen van DM 2 binnen nu en 5 jaar

De Nederlandse Diabetes Risicotest is niet gevalideerd voor kinderen en jeugdigen. Alleen al het bestaan van overgewicht en obesitas vormt voor deze groepen een zeer groot risico om DM 2 te ontwikkelen op latere leeftijd.

Doel preventie

Leefstijl blijkt van grote invloed te zijn op het ontstaan van, of het optreden van complicaties bij DM 2. Steeds duidelijker wordt dat overgewicht/obesitas en gebrek aan lichamelijke inspanning de belangrijkste oorzakelijke factoren vormen voor de toenemende incidentie van DM 2. Om het ontstaan van DM 2 te voorkómen of uit te stellen moet het doel van de preventieve interventies dan ook het bestrijden van overgewicht en obesitas en het vergroten van de lichamelijke activiteit zijn. DM 2 is dus te voorkomen of uit te stellen met dezelfde interventies als waarmee overgewicht en obesitas worden bestreden.

**Duiding
gecombineerde
leefstijlinterventie**

In het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*¹ wordt de gecombineerde leefstijlinterventie beschreven en geduid. In dat rapport hebben we geconcludeerd dat de gecombineerde leefstijlinterventie effectiever is dan de inzet van de afzonderlijke componenten en dus voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor deze toetsing is uitgegaan van de interventie als geheel.

Daarnaast hebben we vastgesteld dat de verschillende componenten van de interventie tot de geneeskundige zorg behoren. Advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering behoren tot zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, fysio-/oefentherapeuten en diëtisten plegen te bieden. (art. 2.4 Bzv).

Omdat er aan de paramedische prestatie nog een wettelijke voorwaarde is verbonden, namelijk de zogenaamde chronische lijst (art. 2.6 Bzv), behoort de leefstijlinterventie uiteindelijk niet volledig tot de te verzekeren prestaties. Overgewicht, obesitas en DM 2 komen niet voor op deze lijst.

'Aparte prestatie'

Omdat het hier zorg betreft die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk én omdat de interventie tot de geneeskundige zorg behoort, ziet het CVZ twee mogelijkheden om deze barrière op te heffen:

- Vermelding van de aandoeningen overgewicht, obesitas en DM 2 op de 'chronische lijst';
- Opnemen van de gecombineerde leefstijlinterventie als aparte, te verzekeren prestatie in art. 2.4 Bzv.

**Betekenis voor de
hoog risicogroepen
voor DM 2**

Voor de door ons benoemde hoog risicogroepen is de uitkomst van de duiding dat de gecombineerde leefstijlinterventie voor de groep prediabeten zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De optimale interventie voor deze groep omschrijft het RIVM als "matig intensief".

¹ Diemen: CVZ, 2009.

Ook voor kinderen en jeugdigen met overgewicht/obesitas is de gecombineerde leefstijlinterventie zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Voor deze groep geldt niet alleen de voorwaarde dat de intensiteit van de interventie op maat moet worden gemaakt, maar ook dat het gezin (“het systeem”) actief bij de interventie moet worden betrokken. Voor personen die een score van ≥ 10 hebben op de Nederlandse Diabetes Risicotest is de gecombineerde leefstijlinterventie alléén zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk als er bij deze groep tevens sprake is van de indicatie overgewicht/obesitas.

De interventie voldoet ook aan het criterium plegen te bieden, maar vanwege het niet voorkomen van de aandoeningen overgewicht, obesitas en DM 2 op de “chronische lijst fysiotherapie” valt de gecombineerde leefstijlinterventie voor personen boven 18 jaar op dit moment niet onder de te verzekeren prestaties.

Dit betekent niet dat de hoog risicogroepen voor DM 2 zijn uitgesloten van preventieve zorg onder de basisverzekering. Iedere verzekerde die gezondheidsvragen of -klachten heeft kan uiteraard aanspraak maken op reguliere huisartsenzorg (en eventueel de diëtist). Volgens het stepped care principe is dit ook de eerst aangewezen interventie, die in de meeste gevallen ook afdoende zal zijn.

Manifeste DM 2

Voor personen met manifeste DM 2 is de gecombineerde leefstijlinterventie overigens ook zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Het is echter nog niet duidelijk welke variant voor hen het meest aangewezen is.

De leefstijlinterventie in de polis

Zodra de gecombineerde leefstijlinterventie deel uitmaakt van het te verzekeren pakket, verdient het aanbeveling dat zorgverzekeraars in de zorgpolis de voorwaarde van een verwijzing voor de gecombineerde leefstijlinterventie opnemen. Op deze wijze kan ervoor gezorgd worden dat de leefstijlinterventie ingebed wordt in het totale zorgpad van een

patiënt. In de zorgpolis kunnen ook andere voorwaarden een plaats vinden die betrekking hebben op het waarborgen van de kwaliteit van de interventie en de toepasselijkheid van standaarden en behandelingsprotocollen. Deze protocollen en standaarden zijn van belang wil er een goede relatie gelegd worden tussen de precieze vormgeving van de interventie en de specifieke situatie van de patiënt.

Onderzoek naar de kosten

Bij de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie in verband met overgewicht, obesitas en DM 2 gaat het om grote groepen verzekerden. De kosten verbonden aan de inzet van de gecombineerde leefstijlinterventie zullen dan ook hoog zijn. In dit rapport doet het CVZ geen kostenramingen. Daarvoor is nog teveel onduidelijk over de omvang van de groepen die daadwerkelijk de interventie zullen krijgen. Ook zullen er substitutieopbrengsten zijn omdat bijvoorbeeld het medicijngebruik zal afnemen als gevolg van de interventie (insuline, cholesterolverlagers enz.). Het CVZ laat nu onderzoek uitvoeren naar de omvang van deze opbrengsten. Zodra hierover én over andere kostenparameters meer duidelijkheid is, zal het CVZ rapporteren over de kostenconsequenties.

1. Inleiding

Sterke toename diabetes

De prevalentie van diabetes neemt epidemische vormen aan. Zoals blijkt uit onderstaande tabel zal het aantal gevallen van diabetes en daaraan gerelateerde aandoeningen in de toekomst verder toenemen.

Chronische aandoening	2003 (x1.000)	2025 (x1.000)	Toename totaal (%)	Toename door veranderde bevolkings-samenstelling (%)
Hartfalen	179	263	47	40
Coronaire hartziekten	676	959	42	36
Diabetes mellitus	608	807	33	26

Verwachte stijging van belangrijke chronische aandoeningen in 2025 (RIVM 2006).

2 vormen van diabetes

Diabetes kan de kwaliteit van leven aanzienlijk verminderen en brengt een sterk verhoogd risico op hart- en vaatziekten met zich mee. Er zijn twee vormen van diabetes: type 1 (DM 1) en type 2 (DM 2).

Informatie over preventie

Het ontstaan van DM 2 hangt nauw samen met leefstijlfactoren. Daarop kunnen mensen (deels) zelf invloed hebben. Daarom vindt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het belangrijk om de risico's van diabetes en de mogelijkheden tot preventie van DM 2 onder de aandacht te brengen van de Nederlandse bevolking. Hij doet dit door middel van campagnes, zoals Kijk op Diabetes en met het Nationaal Actieprogramma Diabetes.

Doelstellingen beleid

In de preventienota *Kiezen voor gezond leven* heeft de minister als doelstellingen voor het beleid ter preventie van diabetes geformuleerd:

- het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen;
- daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.

Op 13 juni 2008 heeft de minister in zijn brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer over de programmatische aanpak van chronische ziekten zijn ambitie op dit punt nog eens beknopt samengevat:

- afremmen van de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening;
- uitstellen van de leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert;
- voorkómen dan wel uitstellen van de complicaties als gevolg van de chronische ziekte;
- mensen met een chronische aandoening in staat stellen zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt.

Duidelijkheid over preventie in basispakket

Het onderwerp van dit rapport, preventie van diabetes, behoort tot de speerpunten uit de VWS-preventienota. Het rapport is één van de vervolgrapporten zoals aangekondigd in het rapport *Van preventie verzekerd*² dat het CVZ op 16 juli 2007 heeft uitgebracht. Het verschaft de door de minister gewenste duidelijkheid over de mogelijkheden in het kader van de Zorgverzekeringswet om het ontstaan van diabetes, een chronische aandoening, terug te dringen dan wel te voorkomen.

Opbouw rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 belichten we de ziekte diabetes van verschillende kanten. Aan de orde komen zaken als: wanneer is er sprake van deze ziekte, over welke variant van de ziekte gaat dit rapport, epidemiologische gegevens, de gezondheidsrisico's en de risicofactoren. De vraag wanneer er sprake is van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie komt in hoofdstuk 3 aan de orde. In hoofdstuk 4 bakenen we vervolgens de hoogrisicogroep af. In hoofdstuk 5 leggen we uit wat de duiding van preventieve interventies inhoudt. Vervolgens beschrijven en duiden we de beschikbare interventie, te weten de gecombineerde leefstijlinterventie. De inhoud van dit hoofdstuk komt overeen met het CVZ-rapport over preventie van overgewicht en

² Rapport *Van Preventie verzekerd*, Diemen: CVZ, 2007.Publicatienr. 250

obesitas. In hoofdstuk 6 vatten we samen wat de duiding betekent voor de hoog risicogroepen voor DM 2. In hoofdstuk 7 komen vervolgens de consequenties van de duiding aan de orde, waaronder de kostenconsequenties. In hoofdstuk 8 plaatsen we de uitspraken in dit rapport in een breder perspectief en ook besteden we daar aandacht aan het zorgaanbod. We sluiten af met hoofdstuk 9, waarin we kort stilstaan bij de consultatie van inhoudelijke deskundigen.

***Verskil tussen
kinderen en
volwassenen***

Zowel bij (het hoog risico op) de ziekte als bij de interventies zijn er verschillen aan te wijzen tussen kinderen en volwassenen. Voor zover nodig zullen wij hierop ingaan en de gevolgen hiervan aangeven.

2. Diabetes nader belicht

2.a. Wanneer is er sprake van diabetes?

DM 1 en DM 2

Diabetes is één van de meest voorkomende chronische ziekten in Nederland, en wordt gekenmerkt door een gestoorde glucoseregulatie. Er zijn twee vormen van diabetes: type 1 en type 2.

Bij Diabetes type 1 (DM 1) maakt het lichaam helemaal geen of nauwelijks insuline meer aan. Deze ziekte ontstaat vaak al op jonge leeftijd; waarschijnlijk spelen erfelijke of genetische factoren en immunologische factoren een rol bij het ontstaan ervan.

Bij Diabetes type 2 (DM 2) is er sprake van een *relatief* insulinetekort, omdat de lichaamscellen minder gevoelig zijn voor insuline en/of het lichaam te weinig insuline aanmaakt. Hierdoor stijgt de glucoseconcentratie in het bloed. De pathogenese hangt nauw samen met leeftijd, overgewicht/obesitas en lichamelijke inactiviteit. DM 2 is een ziekte die zich geleidelijker en vaak op latere leeftijd ontwikkelt dan DM 1. Vroeger werd dit ook wel ouderdomsdiabetes genoemd. Maar met de stijgende prevalentie van overgewicht, ook bij kinderen, treedt deze 'ouderdomsziekte' op steeds jongere leeftijd op. De grote rol die leefstijlfactoren spelen bij het ontstaan van DM 2 verklaart dat dit vaak een welvaartsziekte wordt genoemd.

DM 2 onderwerp van dit rapport

De ontstaansfactoren voor DM 1 zijn moeilijk met preventieve acties te beïnvloeden. Daarentegen is het wel goed mogelijk om met leefstijlinterventies een halt toe te roepen aan de toename van DM 2. Daarom beperken we ons in dit rapport tot de preventie van DM 2.

2.b. Epidemiologie

Verwachte stijging In 2003 hadden 600.000 mensen de diagnose DM, waarvan 90% type 2, en was waarschijnlijk bij ca. 250.000 mensen de ziekte wel aanwezig maar de diagnose nog niet gesteld. Elk jaar neemt het aantal mensen bij wie de diagnose wordt gesteld toe met ca. 72.500. Naar schatting hebben zo'n 750.000 mensen een verhoogd risico om in de komende jaren diabetes te ontwikkelen³. De verwachte stijging van het aantal patiënten met manifeste DM 2 in 2025 is 26-33% (bron: RIVM 2006).

Toenemende prevalentie bij kinderen en jeugdigen

Er is ook een toenemende prevalentie van DM 2 bij kinderen en jeugdigen, met name doordat er steeds meer sprake is van overgewicht en obesitas bij kinderen en jeugdigen. Uit de landelijke enquête "Inventarisatie type 2 diabetes bij kinderen" bleek dat in 2003/2004 bij Nederlandse kinderartsen ongeveer 60 kinderen en jongeren met DM 2 bekend waren, bij vrijwel allen als gevolg van ernstig overgewicht. Gezien de stijgende prevalentie van obesitas onder jongeren, kan het niet anders dan dat het aantal kinderen met DM 2 sindsdien alweer toegenomen moet zijn. Dit betekent ook dat het aantal kinderen met een gestoorde glucosestofwisseling nog veel groter moet zijn, met het risico op het ontwikkelen van diabetes binnen 5 jaar.

2.c. Gezondheidsrisico's bij DM 2

Comorbiditeit DM 2 gaat gepaard met een sterk verhoogd risico op macro- en microvasculaire vaatschade, zich uitend in hart- en vaatziekten (CVA, hartinfarct, perifere vaatlijden) en slechthoofdpijn (retinopathie), zenuw- en nierschade (neuropathie en nefropathie). Er kunnen doorbloedingsstoornissen en ulcera ontstaan aan de onderbenen/voeten, soms leidend tot amputatie.

³ Nederlandse Diabetes Federatie Zorgstandaard: Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort juli 2007.

***Verminderde
kwaliteit van leven***

DM 2 is een chronische ziekte, wat kan bijdragen aan het ontstaan van psychische problemen zoals angst en depressie. De veelheid aan aandoeningen gerelateerd aan DM 2 kan leiden tot een aanzienlijke vermindering van de kwaliteit van leven.

2.d. Risicofactoren voor DM 2

De belangrijkste risicofactoren voor het optreden van DM 2 zijn⁴:

- Een gestoorde glucosestofwisseling ('prediabetes')
- genetische aanleg
- obesitas
- abdominale vetverdeling
- lichamelijke inactiviteit
- ongezonde voeding
- roken
- geen borstvoeding ontvangen.

Deze factoren geven, alleen of in combinatie, een verhoogd risico op het ontstaan van diabetes.

⁴ Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl>> versie 3.14.1, 11 juli 2008

3. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie

Wanneer zijn verzekerden geïndiceerd voor vormen van preventie die tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw kunnen worden gerekend? Onder de te verzekeren prestaties vallen vormen van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Universele en selectieve preventie vallen buiten het bereik van de Zvw.

Wettelijke verankering

De Zvw is een individuele schadeverzekering. In artikel 11, eerste lid Zvw is uitgewerkt dat compensatie van vermogensschade door een zorgverzekeraar plaats vindt door zorg in natura of door vergoeding van de kosten. Uit artikel 11 Zvw volgt dat de verzekerde aan de zorgverzekeringsspolis op basis van de Zvw rechten kan ontleen als het verzekerde risico is ingetreden. Dit is niet beperkt tot situaties waarin al sprake is van ziekte. Behoeftte aan geneeskundige zorg kan ook ontstaan als er sprake is van een verhoogd risico op het ontstaan van een ziekte.

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie

Het CVZ stelt in zijn rapport *Van preventie verzekerd* dat preventieve zorgactiviteiten zijn onder te verdelen in geïndiceerde preventie (met de bedoeling om ziekte te voorkomen) en zorggerelateerde preventie (met de bedoeling om complicaties of verergering van ziekte te voorkomen).

In dit rapport geven we in hoofdstuk 4 aan welke groep een zodanig verhoogd risico op het ontwikkelen van DM2 heeft dat preventieve zorg medisch noodzakelijk is, waardoor vergoeding ten laste van het basispakket gerechtvaardigd is. Daarna beschrijven en beoordelen we in hoofdstuk 5 de preventieve interventies die voor deze groep beschikbaar zijn.

4. Afbakening hoog risicogroep voor DM 2

De belangrijkste risicofactoren voor het optreden van DM 2 zijn opgesomd in hoofdstuk 2.d.

In de in bijlage 1 opgenomen Achtergrondrapportage: *Hoog risico op diabetes mellitus type 2* is uitgewerkt op welke manier een verhoogd risico op DM 2 kan worden vastgesteld.

Volwassenen

Op grond van literatuuronderzoek en Nederlandse gegevens is de slotconclusie in deze achtergrondrapportage dat een verhoogd risico op diabetes bij volwassenen is geassocieerd met overgewicht, lichamelijke inactiviteit en genetische aanleg. Een verhoogd risico kan worden gekwantificeerd met behulp van de in Nederland gevalideerde Diabetes Risicotest en/of bepaling van de (nuchtere of willekeurige) bloedsuikerwaarde.

Nederlandse Diabetes Risicotest

De Nederlandse Diabetes Risicotest is een betrouwbare, eenvoudige en kostenloze test. De eerstelijnszorgaanbieder heeft hiermee een goed instrument in handen om personen met een hoog risico op DM 2 nader te onderzoeken op de aanwezigheid van de ziekte.

2 groepen met verhoogd risico op DM 2

Op grond van literatuuronderzoek en Nederlandse gegevens kunnen twee groepen worden gedefinieerd met een verhoogd risico op DM 2:

1.

Personen die een score van ≥ 10 hebben op de Nederlandse Diabetes Risicotest. Deze personen hebben een kans van $\pm 20\%$ op het hebben of ontwikkelen van DM 2 binnen nu en 5 jaar.

2.

Personen met prediabetes, gedefinieerd als een gestoorde nuchtere glucosewaarde en/of een gestoorde glucosetolerantie. Deze personen hebben een kans van $\geq 30\%$ op het ontwikkelen van DM 2 binnen nu en 5 jaar.

Prediabeten: sterk verhoogd risico Met name personen met prediabetes hebben een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van de ziekte. Bij deze groep is in feite sprake van een voorstadium van DM 2. Het cumulatieve risico op manifeste DM 2 gedurende het leven is meer dan 50%.

Kinderen/jeugdigen Het is goed hierbij op te merken dat de Diabetes Risicotest niet gevalideerd is voor kinderen en jeugdigen. Voor deze groepen is alleen al het bestaan van overgewicht en obesitas een zeer grote risicofactor voor het ontwikkelen van DM 2 op latere leeftijd⁵.

⁵ Zie voor nadere informatie over het vaststellen van overgewicht en obesitas bij de groep kinderen en jeugdigen het in bijlage 2 opgenomen rapport *Gecombineerde leefstijlinterventies: de stand van de wetenschap en praktijk*

5. Welke preventieve interventies zijn te verzekeren prestaties?

In dit hoofdstuk bespreekt het CVZ onder welke voorwaarden geïndiceerde preventieve interventies tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet behoren.

5.a. Wet- en regelgeving

Wettelijk kader

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag welke interventies bij preventie van DM 2 tot de te verzekeren prestaties binnen de Zvw behoren, toetst het CVZ aan de wet- en regelgeving.

Hierbij zijn de volgende wettelijke bepalingen aan de orde.

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico inhoudt de behoefte aan onder meer geneeskundige zorg.

Artikel 11, derde lid, Zvw, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Artikel 2.1.1 Bzv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Artikel 2.4, eerste lid, aanvang en onder a, sub 2 van het Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg de zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die *plegen te bieden*.

Vanaf 2008 omvat de geneeskundige zorg ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen die

plegen te bieden. Op basis van de regelgeving omvat geneeskundige zorg naast GGZ in de tweede lijn ook de psychologische zorg in de eerste lijn. Het CVZ heeft dit verduidelijkt in het GGZ-kompas⁶. De eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) is beperkt tot 8 zittingen en er geldt een eigen bijdrage van € 10 per zitting.

Volgens artikel 2.6, eerste lid, Bzv omvat paramedische zorg onder meer fysiotherapie, oefentherapie en dieetadvisering. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 bij het Bzv aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen (artikel 2.6, lid 2 Bzv). Het derde lid van genoemd artikel bepaalt verder dat verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het tweede lid tevens aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie hebben. Het gaat dan om ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, met een verlenging met ten hoogste negen behandelingen bij ontoereikend resultaat.

In artikel 2.6, zesde lid Bzv is de dieetadvisering geregeld. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandeluren per jaar.

Stand van de wetenschap en praktijk

Voor alle zorgvormen geldt het gestelde in artikel 2.1.2 Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door *de stand van de wetenschap en praktijk* en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

⁶ CVZ, juli 2008; zie ook www.cvz.nl

Om te bepalen wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend moet worden, volgt het CVZ de principes van evidence-based medicine (EBM). Op basis hiervan neemt het CVZ een standpunt in over de vraag of een prestatie tot de te verzekeren zorg behoort en daarmee een te vergoeden of te verstrekken interventie is.

In het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*⁷ heeft het CVZ beschreven hoe het beoordeelt of een prestatie voldoet aan dit criterium.

Plegen te bieden

In de Zvw en het daarbij behorende Bzv zijn de meeste te verzekeren prestaties functiegericht omschreven. Dit betekent dat de wet zich beperkt tot 'wat' onder de te verzekeren prestatie valt en voor welk indicatiegebied deze prestatie geldt. Wat deze zorg precies inhoudt, ligt dus niet vast in de wet, maar wordt behalve door de stand van de wetenschap en praktijk ook ingevuld door wat door de beroepsgroep als gebruikelijk wordt gezien (*plegen te bieden*).

Wie de zorg levert en *waar* dat gebeurt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De functiegerichte omschrijving van de zorg in de Zvw biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de polis te beschrijven welke zorgverleners de prestaties kunnen aanbieden en welke prestaties concreet verzekerd zijn onder welke voorwaarden.

Overige wettelijke bepalingen

Naast de toetsingscriteria *stand van de wetenschap en praktijk* en *plegen te bieden* zijn er in de Zvw nog *overige wettelijke bepalingen* waaraan het CVZ interventies dient te toetsen. Een voorbeeld hiervan is te vinden in de hiervoor gegeven omschrijving van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg.

⁷ CVZ, 2007 nr. 254; zie ook www.cvz.nl

5.b. Interventies ter voorkoming van DM 2

Het aantal richtlijnen en standaarden voor de behandeling van DM 2 en de daarmee gepaard gaande complicaties is aanzienlijk. Een overzicht van deze richtlijnen en standaarden is te vinden op de website van de Nederlandse Diabetes Federatie. (www.diabetesfederatie.nl).

Invloed leefstijl op (ontstaan) DM 2

In alle richtlijnen en standaarden is terug te vinden dat leefstijl van grote invloed is op het ontstaan van of het optreden van complicaties bij DM 2. Zowel de NHG-standaard diabetes mellitus type 2 als de NDF-zorgstandaard geven aan dat de individuele leefstijl van een diabetespatiënt grote invloed heeft op het verloop van DM 2. De patiënt kan zijn prognose verbeteren door de volgende adviezen op te volgen:

- a) goede voeding en afvallen bij een BMI > 25;
- b) voldoende bewegen;
- c) stoppen met roken;

Genoemde adviezen van de behandelend (huis)arts vormen onderdeel van een goede diabetesbehandeling en zijn dus vormen van zorggerelateerde preventie

Steeds duidelijker wordt dat overgewicht/obesitas en gebrek aan lichamelijke inspanning de belangrijkste exogene oorzakelijke factoren vormen voor de toenemende incidentie van DM 2.

Bestrijden overgewicht en obesitas voorkomt DM 2

Doel van de preventieve interventies om het ontstaan van DM 2 te voorkómen of uit te stellen moet dan ook zijn het bestrijden van overgewicht en obesitas en het vergroten van de lichamelijke activiteit. Dit betekent dat DM 2 is te voorkomen of uit te stellen met dezelfde interventies als waarmee overgewicht en obesitas worden bestreden.

Meervoudig doel

Het CVZ besteedt in een apart rapport aandacht aan de preventie van overgewicht en obesitas⁸. In dat rapport is uiteengezet dat de interventies ter bestrijding van overgewicht

⁸ Rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*. Diemen: CVZ, 2009.

en obesitas een meervoudig doel dienen, namelijk

- gewichtsreductie en -beheersing door aanpassing voedingsgewoonten;
- ondersteunen en handhaven gewichtsreductie én verbeteren lichamelijke fitheid door het verhogen van de fysieke activiteit;
- laten beklijven van het gezonde gedrag (zowel voedingsgewoonten als fysieke activiteit) door gedragsverandering.

***Meervoudige
interventie***

Dit meervoudige doel vergt een meervoudige interventie: een gecombineerde leefstijlinterventie. Deze interventie bestaat uit:

- het verminderen van energie-inname via een individueel samengesteld dieet om gewichtsreductie te bereiken en blijvende verbetering van eetgedrag;
- het verhogen van de lichamelijke activiteit;
- begeleidende interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering en het behoud hiervan.

De gedachte achter de gecombineerde leefstijlinterventie is als volgt. Voor gewichtsverlies is een negatieve energiebalans een vereiste. Een dieet kan dit bewerkstelligen. Lichamelijke beweging vermeerderd het energieverbruik en kan daarmee de gewichtsreductie ondersteunen. Tegelijkertijd bevordert beweging de lichamelijke fitheid. Lichamelijke fitheid is belangrijk ter voorkoming en bestrijding van aandoeningen die samenhangen met overgewicht en obesitas. Bij beide onderdelen gaat het om het bewerkstelligen van een gedragsverandering. Begeleidende interventies gericht op gedragsverandering kunnen ingezet worden, om de gezonde leefwijze te laten beklijven. Voor kinderen is het daarbij vaak nodig een 'systeeminterventie' toe te passen. Onder 'systeem' verstaan we in dit verband het gezin waartoe het kind behoort. Wil een interventie succes hebben bij een kind, dan moet het hele gezin de leefstijlverandering adopteren.

In dit rapport gaan we hierna in op de gecombineerde leefstijlinterventie en de elementen waaruit die interventie is opgebouwd.

5.c. Korte beschrijving van de gecombineerde leefstijlinterventie

Op deze plek volstaan we met een korte beschrijving van de gecombineerde leefstijlinterventie. Meer informatie is te vinden in hoofdstuk 2 van het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*, opgenomen als bijlage 3 bij dit rapport.

Dieet, beweging, gedragsverandering

De gecombineerde leefstijlinterventie biedt de drie onderdelen (advies en begeleiding bij) *dieet - beweging - gedragsverandering* gecombineerd in de vorm van een programma aan. Dit betekent niet dat het bij de gecombineerde leefstijlinterventie om een volledig nieuw zorgaanbod gaat. De interventie put uit het bestaande zorgaanbod en voegt hieraan eventueel onderdelen toe. Nieuw is dat deze interventie gestructureerd binnen een programma aangeboden wordt.

Vele combinaties mogelijk

De combinatie van de elementen kan natuurlijk op veel manieren gebeuren. Ook al staan de bouwstenen van het programma vast, inhoud, duur en intensiteit van de verschillende onderdelen kunnen verschillen. Krijgt een patiënt algemene adviezen over voeding en beweging of zijn de adviezen op zijn individuele situatie toegesneden? Het aspect van de begeleiding is een belangrijke variabele: op welke manier wordt deze gegeven, individueel (face-to-face, telefonisch) of in groepsverband? Over welke periode strekt de begeleiding zich uit, wat is de frequentie van het contact? Ook de ondersteuning van de gedragsverandering kan vele vormen aannemen. Te denken is hierbij aan:

- *zelfmonitoring* van eetgedrag en fysieke activiteit;
- *zelfcontrole maatregelen*: het anders omgaan met prikkels die aanleiding kunnen zijn voor overmatig eten;
- *cognitieve herstructurering*: bijstellen onrealistische doelstellingen en inadequate overtuigingen rond gewichtsverlies, lichaamsbeeld en eten;
- *problem-solving*: beter omgaan met moeilijke situaties rond eten en gewichtsverlies;
- *sociale ondersteuning*: de directe omgeving kan helpen de gedragsverandering te ondersteunen.

Ook de manier waarop deze vormen worden aangeboden kan weer verschillen: individueel of in groepsverband, face-to-face, programma's via Internet.

Voorbeelden van programma's

De zorgpraktijk kent nu een aantal concrete programma's die een voorbeeld geven van de wijze waarop de verschillende componenten gecombineerd kunnen worden⁹.

Indicatie

De indicatie voor een specifiek programma is afhankelijk van verschillende parameters: de ernst van de aandoening (mate van overgewicht, risicocategorie), eventuele comorbiditeit, functionele beperkingen van de patiënt, motivatie en mogelijkheden van de patiënt¹⁰.

Kortom, we mogen concluderen dat de gecombineerde leefstijlinterventie varianten kent. Uitgangspunt is dat de drie componenten dieet, beweging en gedragsverandering (zowel advies als begeleiding), gezamenlijk aangeboden worden. De componenten kunnen in duur en intensiteit verschillen. De uiteindelijke vormgeving van het programma is enerzijds afhankelijk van factoren die de patiënt betreffen, anderzijds van factoren binnen het zorgaanbod.

⁹ De BeweegKuur is een programma in voorbereiding dat zich vooral richt op mensen met een hoog risico op het krijgen van DM 2 (voor een beschrijving hiervan, zie: bijlage 4).

¹⁰ Het RIVM geeft in zijn rapport (*Kosten*)effectiviteit beweging- en diëetadvisering in de gezondheidszorg (2008) voorbeelden uit de literatuur van verschillende gecombineerde pakketten. Al deze pakketten combineren dieet en beweging en passen componenten uit de gedragstherapie toe. De pakketten verschillen in de intensiteit waarmee ze aangeboden worden.

5.d. Duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie

Complete duiding in bijlage 3

Als uitgangspunt voor de duiding is een gecombineerde leefstijlinterventie genomen die bestaat uit adviseren over en begeleiden bij dieet, beweging en gedragsverandering. Op deze plek volstaan we met de belangrijkste conclusies van de duiding, waar nodig toegespitst op de hoog risicogroep voor DM 2. De complete duiding, die is uitgewerkt in hoofdstuk 2 van het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*, is opgenomen als bijlage 3 bij dit rapport.

Actuele richtlijnen en standaarden

5.d.1. Stand van de wetenschap en praktijk

Bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk hebben we ons gebaseerd op actuele richtlijnen en standaarden op het gebied van overgewicht en obesitas en de preventie van DM 2 en hart- en vaatziekten.

Effectiviteit voor specifieke groepen

Verder hebben we gekeken naar de resultaten van effectiviteitsonderzoeken voor de volgende groepen:

- a) personen met BMI tussen 25 en 30, met een risicofactor voor hart- en vaatziekten (waarbij hoge bloeddruk de meest prominente is);
- b) personen met obesitas, dat wil zeggen BMI \geq 30;
- c) personen met prediabetes (dat wil zeggen, gestoorde glucosewaarden, maar nog niet voldoende aan definities DM 2);
- d) personen met manifeste DM 2;
- e) personen met manifeste hart- en vaatziekten.

Deze groepen overlappen elkaar voor een groot deel. Zo heeft ca. 90% van de (pre)diabeten overgewicht/obesitas.

Kosteneffectiviteit

Ook zijn de bevindingen meegenomen van een door het RIVM uitgevoerd literatuuronderzoek rond de (kosten) effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie en van dieetadvies voor mensen met (hoog risico) op DM 2. Doelgroepen van het onderzoek waren personen met:

- overgewicht (obesitas): BMI > 25 kg/m² en < 40 kg/m²;
- verstoorde glucosehuishouding (IGT);
- DM-2.

Conclusies stand van de wetenschap en praktijk

Het CVZ komt op basis van dit materiaal tot de volgende conclusies over de stand van de wetenschap en praktijk van gecombineerde leefstijlinterventies bij overgewicht en obesitas en (hoog risico op) DM2:

Primaire uitkomstmaat

1) Uit epidemiologisch onderzoek, de Finse DPS en de Amerikaanse DPP blijkt dat de gewichtsreductie na 1 jaar een acceptabele, primaire uitkomstmaat is voor de beoordeling van de effectiviteit van een gecombineerde leefstijlinterventie. Hieruit kunnen vervolgens klinische uitkomsten en lange-termijnseffectiviteit en kosteneffectiviteit worden afgeleid.

Vaste bouwstenen

2) Afhankelijk van de ernst van het overgewicht zijn verschillende interventies mogelijk, maar de basis is altijd een combinatie van dieet, beweging en gedragsverandering (gericht op het vasthouden van de nieuwe leefstijl). De precieze vormgeving is afhankelijk van verschillende parameters, namelijk: de ernst van de aandoening, eventuele comorbiditeit, mogelijke functionele beperkingen van de patiënt, de motivatie en mogelijkheden van de patiënt én van het beschikbare zorgaanbod.

Vormgeving interventie

3) De optimale vorm van de interventie kan verschillen afhankelijk van de mate van overgewicht/obesitas en de comorbiditeit. Zo ligt deze voor mensen met overgewicht en obesitas en prediabetes qua intensiteit lager dan voor mensen met diabetes. Afstemming van de intensiteit van de behandeling op de ernst van de aandoening is in overeenstemming met het stepped care-principe. Dat wil zeggen dat de behandeling altijd begint met de minst ingrijpende en de minst kostbare behandeling (gegeven de ernst van de aandoening). Als de eerste behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpender of intensievere behandelvorm. De interventie bij

'Matig intensief'

overgewicht/ obesitas en bij de indicatie prediabetes omschrijft het RIVM als 'matig intensief' en staat in patiëntenkosten gelijk aan een bedrag van € 400 per patiënt in het eerste jaar. Het zou kunnen dat voor patiënten met manifeste diabetes een intensievere aanpak kosteneffectiever is (vooral ook op het gebied van gedragsverandering), maar voor deze conclusie ontbreken nog trials van hoge kwaliteit.

'Terugkom' begeleiding

4) Ter voorkoming van terugval dienen gecombineerde leefstijlinterventies gevolgd te worden door een langdurige ('terugkom') begeleiding. Groepsbegeleiding is over het algemeen effectiever - bij gelijke kosten - dan individuele begeleiding.

Bij kinderen: systeemaanpak

5) De conclusies rond de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie gelden in principe zowel voor volwassenen, als voor kinderen. Voor kinderen geldt wél de voorwaarde van een systeemaanpak: het hele gezin moet participeren in de leefstijlverandering wil deze effectief kunnen zijn. De CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen* hanteert een stroomdiagram voor de behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen en jeugdigen. Dit diagram geeft aan dat bij comorbiditeit of verhoogde risicofactoren altijd verwijzing naar een kinderarts plaatsvindt¹¹.

¹¹ De huidige opvatting in de JGZ is dat alle kinderen met obesitas naar de kinderarts verwezen moeten worden om medische problematiek uit te sluiten. Het Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht noemt in hoofdstuk 8 bij de aanbevelingen: 'Overleggen met huisartsen wat de beste methode is om een medische oorzaak of comorbiditeit bij obesitas uit te sluiten. Dit zou verwijzing naar de kinderarts kunnen zijn.'

5.d.2. Plegen te bieden en overige wettelijke voorwaarden

Na beoordeling van de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie als geheel heeft het CVZ vervolgens de afzonderlijke onderdelen van de interventie getoetst aan het criterium *plegen te bieden* en aan *de overige wettelijke voorwaarden*. Hierna volgen de conclusies op de verschillende onderdelen.

Conclusies dieet

Dieet - advisering en begeleiding

- 1) Bij een dieet gericht op gewichtsreductie maakt de inhoud van het dieet (bijvoorbeeld maaltijdvervangers) geen deel uit van de te verzekeren prestaties binnen de Zvw.
- 2) Adviseren over gezonde voeding, het opstellen van een individueel dieet en het begeleiden bij het volgen en volhouden van het dieet behoren tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw. Het gaat dan om geneeskundige zorg. De advisering en de begeleiding, specifiek en algemeen, valt onder de prestatie dieetadviesing, omschreven als zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, (art. 2.6 lid 6 Bzv). Algemene dieetadviesing en de begeleiding kunnen ook vallen onder zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen die plegen te bieden, (art. 2.4 lid 1 Bzv).
- 3) De te verzekeren prestatie 'dieetadviesing' is beperkt tot vier behandeluren per kalenderjaar. De omvang van de huisartsenzorg is afhankelijk van individuele situatie van de patiënt en de mogelijkheden binnen de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld via de inzet van een praktijkondersteuner (POH'er of een 'nurse practitioner').

Adviesing en begeleiding in groepsverband valt ook onder de geneeskundige zorg: zowel onder dieetadviesing, zorg zoals diëtisten die plegen te bieden (art. 2.6 lid 6 Bzv), als onder zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv).

Conclusies bewegen

Bewegen – adviseren en begeleiden

- 1) *Adviesing* over gezond bewegen behoort tot de geneeskundige zorg (art. 2.4 Bzv lid 1) en wel de zorg zoals huisartsen, verloskundigen en medisch-specialisten die plegen

te bieden. *Advisering over*, al dan niet in combinatie met *begeleiding* bij gezond bewegen behoort tot de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden (art. 2.6 Bzv lid 2). Onder begeleiding verstaan we in dit verband het in levenden lijve bijstaan van de patiënt bij de uitvoering van de beweegcomponent.

2) Art. 2.6 lid 2 Bzv geeft aan dat de zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, beperkt is tot de behandeling van de aandoeningen die genoemd worden op de zogenaamde 'chronische lijst' (bijlage 1 bij het Bzv). Behandeling van overgewicht, obesitas en DM 2 komt niet voor op deze lijst. Deze lijst geldt zowel voor verzekerden boven de 18 jaar als onder de 18 jaar. Verder geldt voor verzekerden boven de 18 jaar, dat de eerste negen behandelingen van aandoeningen die wél op 'de chronische lijst' voorkomen, niet onder de dekking van de basisverzekering vallen.

Verzekerden tot 18 jaar kunnen maximaal achttien behandelingen krijgen voor aandoeningen die niet op de chronische lijst zijn vermeld (art. 2.6 lid 3). Voor hen behoort het adviseren over en begeleiden van beweegprogramma's bij overgewicht en obesitas tot de te verzekeren prestaties.

Conclusies Gedragsverandering

Ondersteunen van gedragsverandering

1) Praktische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering kunnen vervat zijn in de begeleiding bij een leefstijlprogramma, zoals beschreven in de standaarden voor huisartsenzorg. Ondersteuning bij gedragsverandering in deze zin maakt hiermee deel uit van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, maar kan bijvoorbeeld ook aan de orde zijn bij zorg zoals fysio- en oefentherapeuten of diëtisten die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv en art. 2.6 lid 2 Bzv).

2) De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg onder de Zvw (de zorg zoals klinisch-psychologen en medisch-specialisten die plegen te bieden) kan alleen een rol spelen bij de ondersteuning van leefstijlveranderingen als, naast de diagnose overgewicht of obesitas, een diagnose op de assen I en/of II van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) gesteld wordt. Is een dergelijke DSM IV-

diagnose inderdaad gesteld, dan kan niet-gespecialiseerde, eerstelijns-psychologische zorg maximaal acht zittingen per kalenderjaar omvatten (artikel 2.4, lid 1, onder d, Bzv). Er is een eigen bijdrage verschuldigd.

Te verzekeren prestatie?

5.d.3. Conclusies over de gecombineerde leefstijlinterventie

De gecombineerde leefstijlinterventie omvat advisering en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering. Onze voorgaande conclusies betekenen dat de gecombineerde leefstijlinterventie deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties onder de Zvw wat de stand van de wetenschap en praktijk en het criterium 'plegen te bieden' betreft. Dit is ook niet vreemd want de gecombineerde leefstijlinterventie combineert en organiseert bestaand zorgaanbod onder de Zvw. Voor onderdelen van de interventie kunnen echter nog andere wettelijke voorwaarden gelden. 'De begeleiding bij het bewegen' (in de zin van 'zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden') strandt op de voorwaarde van vermelding op de 'chronische lijst' voor de fysiotherapie¹². De 'chronische lijst' kent namelijk de aandoeningen overgewicht, obesitas en DM 2 niet.

Begeleiding bij bewegen

Wat betekent het voorgaande voor de gecombineerde leefstijlinterventie als te verzekeren prestatie? Hiervoor hebben we aangegeven dat er geen standaard bestaat voor de vormgeving van deze interventie. De verschillende onderdelen kunnen variëren in duur en intensiteit, afhankelijk bijvoorbeeld van de ernst van de aandoening, de risicofactoren, eventuele comorbiditeit, bewegingsmogelijkheden van de patiënt. Niettemin, in dit rapport duiden we dé gecombineerde leefstijlinterventie en daarbij gaan we ervan uit dat adviseren én begeleiden bij dieet, beweging en gedragsverandering aan de orde zijn. In deze zin valt de gecombineerde leefstijlinterventie niet onder de te verzekeren prestaties, omdat de aandoeningen overgewicht, obesitas en DM 2 niet voorkomen op de 'chronische lijst fysiotherapie'.

¹² Binnen de gecombineerde leefstijlinterventie vatten we de begeleiding bij het bewegen op als het *in levenden lijve* door de zorgverlener instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen (zie ook hoofdstuk 5.d.2.).

**Leeftijdsgrens
18 jaar**

Daarbij moet wel aangetekend worden dat de gecombineerde leefstijlinterventie, inclusief de begeleiding bij het bewegen, wel onder de te verzekeren prestaties valt voor verzekerden onder de achttien jaar (maximaal 18 behandelingen).

Daarnaast geldt nog dat psychologische interventies, bijvoorbeeld in de zin van gestructureerde gesprekstherapie; onder de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vallen, waarvoor expliciete indicatievereisten gelden (DSM-IV-diagnostiek)

Het zorgaanbod

5.d.4. Functionele systematiek en het zorgaanbod

De functionele systematiek van de Zvw heeft als consequentie dat de zorgverzekeraar vrijheid heeft in de keuze van zorgaanbieders. De Zorgverzekering geeft immers aan 'wat' onder de dekking van de basisverzekering valt, de zorgverzekeraar kan bepalen 'wie' de zorg levert en 'waar' de zorg geleverd wordt. Bij de keuze van zorgaanbieder moet de zorgverzekeraar wel de grenzen die de wetgever stelt, in acht nemen. Wettelijke grenzen kunnen ontleend worden aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Het uitgangspunt van deze wet is dat het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, al dan niet beroepsmatig verricht, in principe vrij is (behoudens de zogenaamde voorbehouden handelingen en de titelbescherming die de wet BIG biedt). Binnen de leefstijlinterventies zal er niet snel sprake zijn van voorbehouden handelingen of titelbescherming die de ruimte van de zorgverzekeraars inperken. Voor de praktijk betekent dit dat de gecombineerde leefstijlinterventie weliswaar is gekwalificeerd als geneeskundige zorg (omdat de interventie behoort tot de zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, diëtisten, fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden), maar dat de zorg vervolgens door iedere deskundige en bekwame zorgaanbieder geleverd kan worden. Bijvoorbeeld: de begeleiding bij het bewegen hebben wij voor de Zvw geduid als zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die

**Deskundige en
bekwame
zorgaanbieders**

plegen te bieden. Afhankelijk van de inrichting van het programma en de toestand van een patiënt, zou begeleiding ook door een sportinstructeur geleverd kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de dieetadvisering. Er zullen patiënten zijn die de specifieke deskundigheid van een diëtist nodig hebben, anderen kunnen volstaan met algemene adviezen van huisarts of praktijkondersteuner (of nieuwe professionals, zoals “de leefstijladviseur” en de gespecialiseerde verpleegkundige preventieve zorg bij somatische aandoeningen¹³.

“Goede zorg”

De Wet BIG legt dus weinig beperkingen op aan het leveren van de interventie. De vraag is of er andere wettelijke criteria zijn, waaruit een beperking voortvloeit.

In dit verband is de uitleg van het begrip ‘plegen te bieden’ van belang. De Memorie van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering merkt over ‘plegen te bieden’ het volgende op:

(...) niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.

‘Plegen te bieden’ heeft kennelijk ook een normatief aspect: de opvattingen van beroepsbeoefenaren over ‘goede zorg’.

Kijkend naar de verschillende standaarden en richtlijnen die actueel zijn rond overgewicht en obesitas (de CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*; de NHG-standaarden *Cardiovasculair Risicomanagement* en *Diabetes Mellitus 2*) komt het CVZ tot de volgende conclusie.

Inbedding binnen totale zorgpad

Wil er sprake zijn van professioneel juiste zorg dan moet een leefstijlinterventie ingebed zijn binnen het totale zorgpad rond een patiënt. Deze ‘inbedding binnen het totale zorgpad’ krijgt

¹³ De gespecialiseerde verpleegkundige preventieve zorg bij somatische aandoeningen is een nieuwe zorgfunctionaris. Het College Specialismen Verpleegkunde heeft de eisen voor de opleiding, registratie en herregistratie van deze zorgfunctionaris vastgesteld (instemming minister VWS is gepubliceerd in de Staatscourant van 8 februari 2009)

in de praktijk vorm door een structurele afstemming en samenwerking tussen de betrokken zorgverleners. Voor de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties betekent dit dat het CVZ de leefstijlinterventie alleen als geneeskundige zorg kwalificeert, in de zin van zorg zoals huisartsen, diëtisten, medisch-specialisten, fysiotherapeuten (en eventueel verloskundigen) plegen te bieden, als deze gecombineerde interventie plaatsvindt in samenspraak met de primaire behandelaar (over het algemeen de huisarts) en 'ingebed' is binnen het totale zorgpad.

6. Betekenis van de duiding voor hoog risicogroepen voor DM 2

Wat betekenen de bevindingen over de gecombineerde leefstijlinterventie in hoofdstuk 5.d. nu voor de hoog risicogroepen die we in hoofdstuk 4 hebben beschreven?

Geen standaard Zoals in dit rapport al eerder is aangegeven bestaat er geen standaard voor de gecombineerde leefstijlinterventie. De componenten staan weliswaar vast, maar deze kunnen verschillen in duur en intensiteit afhankelijk van de kenmerken van de patiënt én van het zorgaanbod.

Bij de feitelijke vormgeving van de interventie spelen een aantal voorwaarden:

- Stepped care**
- *stepped care-principe*: dit principe gaat ervan uit dat in eerste instantie naar de minst ingrijpende – minst intensieve interventie (gezien de ernst van de aandoening) gegrepen wordt. Dit is niet alleen een medisch-inhoudelijke voorwaarde; ook verzekeringstechnisch geldt dit. Een patiënt moet immers wel naar inhoud en omvang ‘redelijkerwijs aangewezen zijn’ op de zorg (art. 2.1 lid 3 Bzv).
- Interventie aanpassen aan situatie**
- Belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit is het toesnijden van de interventie op de situatie van de patiënt, dat wil zeggen:
 1. de risicocategorie;
 2. mogelijke comorbiditeit;
 3. (fysieke) mogelijkheden van de patiënt;
 4. psychosociale omstandigheden;
 5. ervaringen met en uitkomsten van behandelingen in het verleden (inclusief het inventariseren van mogelijke belemmerende factoren).

Prediabeten Uitkomst van de beoordeling van de gecombineerde leefstijlinterventie is dat deze interventie voor de groep prediabeten zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De optimale interventie voor deze groep, die vaak

tevens een indicatie overgewicht of obesitas heeft, omschrijft het RIVM als “matig intensief” en staat in patiëntenkosten gelijk aan € 400 per patiënt in het eerste jaar.

***Kinderen en
jeugdigen***

Ook voor kinderen en jeugdigen met overgewicht/obesitas is de gecombineerde leefstijlinterventie zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Voor deze groep geldt niet alleen de voorwaarde dat de intensiteit van de interventie op maat moet worden gemaakt, maar ook dat het gezin (“het systeem”) actief bij de interventie moet worden betrokken.

Score NDR ≥ 10

Voor personen die een score van ≥ 10 hebben op de Nederlandse Diabetes Risicotest is de gecombineerde leefstijlinterventie alléén zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk als deze personen tevens behoren tot een hoog risicogroep bij overgewicht/obesitas. Zie in dit verband hoofdstuk 3 van het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*.

***Geen te verzekeren
prestatie > 18 jr***

De interventie voldoet ook aan het criterium plegen te bieden, maar vanwege het niet voorkomen van de aandoeningen overgewicht, obesitas en DM 2 op de “chronische lijst fysiotherapie” valt de gecombineerde leefstijlinterventie voor personen boven 18 jaar op dit moment niet onder de te verzekeren prestaties.

***Reguliere
huisartsenzorg***

Betekent dit nu dat de hoog risicogroepen voor DM 2 zijn uitgesloten van preventieve zorg onder de basisverzekering? Dit is niet het geval. Iedere verzekerde die gezondheidsvragen of -klachten heeft kan uiteraard aanspraak maken op reguliere huisartsenzorg (en eventueel de diëtist). Volgens het stepped care principe is dit ook de eerst aangewezen interventie, die in de meeste gevallen ook afdoende zal zijn.

Manifeste DM 2

Voor personen met manifeste DM 2 is de gecombineerde leefstijlinterventie overigens ook zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Het is echter nog niet duidelijk welke variant voor hen het meest aangewezen is. Nader onderzoek hiernaar vindt nog plaats, bijvoorbeeld in het kader van de door het NISB ontwikkelde Beweegkuur (zie bijlage 4)

7. Consequenties

7.a. Onderbrengen van de gecombineerde leefstijlinterventie in de Zvw

De belangrijkste conclusie van het duiden in hoofdstuk 5 is dat de interventie op het niveau van de stand van de wetenschap en praktijk en het 'plegen te bieden'-criterium deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties. De 'begeleiding bij het bewegen' binnen de interventie strandt echter op de 'overige wettelijke voorwaarden'. De aandoeningen overgewicht, obesitas en DM 2 komen namelijk niet voor op de lijst van chronische aandoeningen voor fysiotherapie. (Deze lijst geldt voor verzekerden boven de achttien jaar.)

Instroom interventie?

In hoofdstuk 4a van het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie* is uiteengezet wat dit betekent voor het vervolg. Samengevat komt het CVZ daar tot de conclusie dat een advies over de mogelijke instroom van een interventie in het pakket om verschillende redenen niet aan de orde is. Zo zouden we voorbijgaan aan het samenhangende karakter van de interventie als we nu het onderdeel 'begeleiding bij beweging' geïsoleerd langs de lat van de pakketcriteria zouden leggen, terwijl we de effectiviteit juist vastgesteld hebben voor de combinatie van de onderdelen. Maar het alternatief, het toetsen van de totale interventie, zou ook geen optie zijn. Dat zou namelijk betekenen dat we - zonder enige andere aanleiding dan de opzet van de "chronische lijst fysiotherapie", die zelf is opgesteld op basis van het criterium effectiviteit - een interventie die behoort tot de geneeskundige zorg binnen de Zvw en die we al als effectief hebben beoordeeld, zouden gaan toetsen aan de pakketcriteria.

Twee oplossingen mogelijk

Naar de mening van het CVZ zijn er dan twee oplossingen mogelijk:

- Vermelding van de aandoeningen 'overgewicht', 'obesitas' en DM 2 op de 'chronische lijst' (als onderdeel van de gecombineerde leefstijlinterventie). Deze benadering spoort

met de systematiek van de prestatie fysiotherapie en de plaats van de chronische lijst daarin. Deze wijziging zou meegenomen kunnen worden in de reconstructieoperatie die nu gaande is rond deze lijst.

- Vermelding van de gecombineerde leefstijlinterventie als 'totaalprogramma' in het Bzv (vergelijkbaar met de dyslexiezorg). Deze vermelding is mogelijk omdat de gecombineerde leefstijlinterventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en aan het 'plegen te bieden'-criterium. De gecombineerde leefstijlinterventie wordt dan als aparte, dus ook apart contracteerbare en tarifeerbare entiteit in het Bzv vermeld. Bij aparte vermelding van de interventie als te verzekeren prestatie hebben zorgverzekeraars de plicht om deze interventie als samenhangend geheel te contracteren. Uit oogpunt van 'goede zorg' kan dit wenselijk zijn. Ook is het mogelijk om, indien gewenst, beperkingen die gelden voor de afzonderlijke prestaties buiten beschouwing te laten (bijvoorbeeld de uitsluiting die geldt voor de eerste negen behandelingen bij de prestatie fysiotherapie voor volwassenen).

7.b. Kostenconsequenties

Omvang doelgroep In hoofdstuk 2.b. somden we een aantal epidemiologische gegevens op rond DM 2. Duidelijk is dat de doelgroep voor een gecombineerde leefstijlinterventie een grote omvang heeft, zij het dat het niet waarschijnlijk is dat alle potentiële deelnemers ook daadwerkelijk gebruik zal maken van de interventie. Niettemin, de kosten voor de interventie zullen onvermijdelijk hoog zijn. Daarbij kunnen wel een aantal opmerkingen gemaakt worden.

Substitutie van zorg De gecombineerde leefstijlinterventie is geen nieuwe interventie. Het reguliere zorgaanbod rond de aandoeningen wordt gecombineerd en georganiseerd. Het gaat dus niet louter om additionele kosten. Ook nu zijn er immers kosten gemoeid met de zorg voor overgewicht, obesitas en daarmee

gerelateerde aandoeningen zoals DM 2 (vooral huisartsenzorg en dieetadvisering). Verwacht wordt wel dat de bestaande zorg, aangeboden via de gecombineerde leefstijlinterventie, intensiever gebruikt zal worden.

***Korte en
middellange
termijn***

Als we uitgaan van de effectiviteit van de interventie, dan moet er een reductie van gerelateerde aandoeningen optreden. De verwachting is dat dat tot minder zorgconsumptie leidt en dus tot een beperktere kostengroei voor bijvoorbeeld geneesmiddelen (hypertensie, cholesterolverlagers, insuline). Dit soort kosteneffecten treden vooral op voor de korte en middellange termijn. Voor de lange termijn evenwel leidt preventie veelal weer tot meerkosten vanwege ziekten die zich voordoen gedurende de gewonnen levensjaren. Het CVZ bereidt een onderzoek voor waarin vooral de korte en middellange kosteneffecten berekend worden.

***Actuele en
structurele kosten***

Voor de kostenraming betekent dit dat in eerste instantie de totale kosten voor de huidige potentiële doelgroep aan de orde zijn. Op termijn, als het aantal mensen met overgewicht en obesitas werkelijk vermindert, gaat het om de jaarlijkse kosten verbonden aan een reëel aanbod om het lagere volume van de hoogrisicogroep te behandelen. Wat de structurele omvang van de hoogrisicogroep uiteindelijk zal zijn is lastig in te schatten. Het CVZ concludeert dat er dus op dit moment nog veel onduidelijk is over de omvang van de populatie, de uiteindelijke deelname aan preventieprogramma's, de kosten van het zorgaanbod en de opbrengsten.

***Kostenraming na
afronding
onderzoek***

Het CVZ komt terug op de kostenraming, zodra de uitkomsten van het onderzoek rond de substitutieopbrengsten beschikbaar zijn en er meer duidelijkheid is over de andere parameters. Dan zal ook nader worden ingegaan op het vraagstuk van de risicoverevening.

8. Preventie van DM 2 in breder perspectief

DM 2 te voorkomen met gecombineerde leefstijlinterventie In dit rapport heeft het CVZ invulling gegeven aan het hoog risicobegrip voor DM 2. Vervolgens is ingegaan op de interventies die beschikbaar zijn voor het terugdringen van de prevalentie van DM 2. Overgewicht/obesitas en lichamelijke inactiviteit zijn de belangrijkste exogene oorzakelijke factoren voor het ontstaan van DM 2 en er is gebleken dat gewichtsreductie gecombineerd met toename van lichamelijke activiteit het optreden van DM kan uitstellen of voorkomen. De optimale methode om langdurige gewichtsreductie met toegenomen lichaamsbeweging te bewerkstelligen en te laten beklijven is de gecombineerde leefstijlinterventie, bestaande uit advisering en begeleiding bij gezonde voeding, lichamelijke activiteit en gedragverandering.

Het CVZ heeft deze interventie geduid in het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*; in dit rapport is een samenvatting van die duiding opgenomen.

Gecombineerde leefstijlinterventie inhoudelijk niet nieuw

Uit die duiding blijkt dat de gecombineerde leefstijlinterventie inhoudelijk geen nieuwe zorgvorm is, maar bestaat uit reguliere zorgonderdelen. Het nieuwe schuilt erin dat de interventie gecombineerd, in een programma wordt aangeboden, wat de effectiviteit van de interventie verhoogt.

Conclusie is dat op dit moment voor volwassenen met (een hoog risico op) DM 2 de gecombineerde leefstijlinterventie nog geen onderdeel is van de basisverzekering, maar dat de meeste onderdelen van deze interventie wel al binnen het basispakket vallen. Deze zijn opgenomen in de richtlijnen en standaarden van de verschillende beroepsgroepen die een rol spelen in de zorg voor mensen met (een hoog risico op) DM 2: met name huisartsen, diëtisten en medisch specialisten. Dat betekent dat er al veel aan preventie kan worden gedaan en dat er, als de minister besluit de wettelijke belemmeringen voor de gecombineerde leefstijlinterventie op te heffen, vanuit

de basisverzekering nog veel meer preventief kan worden gewerkt.

Naleving richtlijnen voor verbetering vatbaar

Helaas worden de in richtlijnen neergelegde behandeldoelen vaak (nog) niet bereikt. Zo bleek uit een Nederlandse survey bij patiënten met DM 2, behandeld in de eerste en in de tweede lijn, dat de bloeddrukregulatie zeer matig was: respectievelijk 37% en 44 % van de patiënten behaalde de streefwaarde. Ook stoornissen in het vetspectrum kregen onvoldoende aandacht: slechts 24% van de patiënten met een gestoord vetspectrum werd goed behandeld. Saillant gegeven, in het licht van de huidige belangstelling voor leefstijlinterventies, is dat in deze survey het overgrote deel van de patiënten overgewicht/obesitas had (BMI 29.2 ± 4.9). Overgewicht is één van de belangrijkste risicofactoren voor diabetes, en is geassocieerd met o.a. hoge bloeddruk en dislipidemie.

Een langjarig onderzoek in Europa en de VS onder > 100.000 patiënten met cardiovasculaire risicofactoren heeft laten zien dat er wel enige verbetering is wat betreft het bereiken van behandeldoelen (sinds het op grote schaal beschikbaar komen van richtlijnen), maar dat dit nog lang niet voldoende is: in 2006 werd, afhankelijk van de risicofactor, bij 35 tot 85 % van de patiënten het behandeldoel niet bereikt. De oorzaak is divers: uiteraard speelt mogelijk slechte compliantie een rol, evenals leefstijlfactoren die medicamenteuze therapie minder effectief maken.

Geïntegreerde aanpak: patiënt actief betrekken

Om binnen de zorg een optimaal resultaat te behalen met preventie is het verder van belang om te kiezen voor een geïntegreerde aanpak waarbij de persoon met een hoog risico of de patiënt zelf actief is betrokken.

Het vereist wel een andere wijze van behandeling en begeleiding door middel van het vormen van een partnership tussen zorgconsument en zorgverlener. Ook maatschappelijk gezien zal er winst geboekt kunnen worden, door toename van arbeidsparticipatie en afname van arbeidsongeschiktheid. Met dit doel zijn zorgstandaarden, zoals de NDF (diabetes)

Zorgstandaarden	zorgstandaard ontwikkeld. Binnenkort verschijnen de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement en een zorgstandaard die het Partnership Overgewicht Nederland in voorbereiding heeft.
Rol voor verzekeraars	Er is een belangrijke rol weggelegd voor verzekeraars. Deze zullen meer dan tot nu toe moeten toezien op het naleven van richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden. Indien er kwaliteitsindicatoren voor goede zorg zijn benoemd, kunnen verzekeraars daarvan ook gebruik maken bij het inkopen van zorg.
PreventieConsult	Vermeldenswaard is in dit verband ook dat de NHG samen met de LHV, de NVAB en Gezondheidsfondsen (Hartstichting, Nierstichting, Diabetesfonds) de NHG-Standaard PreventieConsult ontwikkelt.
Zwaartepunt bij collectieve preventie	Het is echter goed te bedenken dat preventieve interventies vanuit de zorg het ultimatum remedium zijn om de ziekte DM 2 of de complicaties daarvan te voorkomen. Het zwaartepunt van preventieve acties zal moeten liggen bij algemene en selectieve preventie van overgewicht en obesitas: alleen zo kan worden voorkomen dat DM 2 en andere chronische aandoeningen zich de komende jaren explosief ontwikkelen.
	Een heldere rol van de overheid bij preventie is daarom noodzakelijk. De overheid kan met haar besluiten, beleid en (verbods)maatregelen, bijvoorbeeld op het gebied van sport en beweging, voeding e.d., effecten sorteren die meer zoden aan de dijk zetten dan interventies die vanuit het basispakket van de Zvw mogelijk zijn of worden.
	Gelukkig is in de samenleving inmiddels het besef gegroeid dat het noodzakelijk is om de verdere groei van het aantal mensen met DM 2 af te remmen. Op landelijk en lokaal niveau worden door verschillende instanties hiervoor initiatieven ontplooid.

***Landelijke
initiatieven***

Op landelijk niveau kiest VWS voor een brede aanpak: door middel van landelijke campagnes probeert het ministerie de bevolking bewust te maken van de risico's die gepaard gaan met diabetes en te stimuleren tot een gezondere leefstijl door meer beweging en betere, gezondere voeding. Een voorbeeld van een voorlichtingscampagne is de Kijk op diabetes campagne, die mensen aanspoort om de diabetesrisicotest uit te voeren. De test meet het risico op het al hebben van diabetes, of op het ontwikkelen van diabetes binnen nu en 5 jaar.

***Structurele
implementatie
goede initiatieven***

VWS realiseert zich ook dat er een brug geslagen moet worden tussen preventie en (diabetes)zorg én zorgconsument en zorgaanbieder. Het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD), dat door de Nederlandse Diabetes Federatie in samenwerking met VWS is ontwikkeld, heeft enerzijds als doel om zorg te dragen voor structurele implementatie van goede initiatieven in de preventie en zorg rond diabetes. Anderzijds wil het NAD zorgdragen voor bundeling en het aanbrengen van samenhang in de diabetesactiviteiten van talrijke organisaties, binnen en buiten het diabetesveld.

Meer samenhang

Koepelorganisaties zoals de Nederlandse Diabetes Federatie en patiëntenorganisaties zoals Diabetesvereniging Nederland zetten zich al jaren in voor mensen met diabetes en bieden voorlichting en ondersteuning aan.

Lokale initiatieven

Op lokaal of wijkniveau worden door welzijnsorganisaties of buurthuizen in samenwerking met de GGD programma's gemaakt en uitgevoerd die gericht zijn op het voorkomen van diabetes. Deze vormen van collectieve preventie zijn er op gericht om de groei van het aantal diabetespatiënten af te remmen waardoor er op termijn (effectief) gezondheidswinst valt te behalen.

***Collectieve
preventie
noodzakelijk***

De hoge ambities van VWS voor het terugdringen van DM 2 kunnen niet alleen via de Zvw gerealiseerd worden. Door middel van collectieve preventieactiviteiten zal de komende jaren geprobeerd moeten worden de verdere groei van het

Geïndiceerde preventie: ultimum remedium

aantal diabetespatiënten terug te dringen. Alleen zo is op termijn effectief gezondheidswinst te behalen. Voor de meeste mensen, ook zij die tot de hoog risicogroep behoren, zullen deze activiteiten afdoende blijken te zijn. Preventie vanuit het basispakket van de Zvw is dan alleen nodig voor die personen uit de hoogrisicogroep die behoefte hebben aan meer zorg. De hiervoor beschreven interventies en met name de gecombineerde leefstijlinterventie kunnen voor deze groep dan grote betekenis hebben.

Stroomlijning zorgaanbod door verzekeraars

Vanuit de aanvullende verzekering bieden verzekeraars op dit moment al verschillende mogelijkheden van leefstijlinterventies aan.

Zodra de gecombineerde leefstijlinterventie beschikbaar komt in de basisverzekering, zijn verzekeraars aan zet om daarover goede afspraken te maken met zorgaanbieders. De functionele systematiek van de zorgverzekering maakt het verzekeraars mogelijk om bij te dragen aan de stroomlijning van het zorgaanbod. Zij kunnen immers in de polissen het “wie”, “waar” en “hoe” (bijvoorbeeld verwijzingsvereisten en dergelijke) van het zorgaanbod bepalen. Bij de contractering kunnen zorgverzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders over de wijze waarop deze zorg leveren, zoals de organisatie, de (meting van) de kwaliteit, toepasselijkheid van protocollen. Deze afspraken vinden vervolgens hun weerslag in de polissen waarin zorgverzekeraars hun voorwaarden voor het zorgaanbod kenbaar maken aan hun verzekerden, bijvoorbeeld de keuze van beroepsbeoefenaren, verwijzingen en dergelijke.

Verzekerde ontleent zijn recht aan de polis

Goede afstemming gemeenten en verzekeraars

Maar omdat preventie mede een verantwoordelijkheid is van de Gemeenten en de GGD en ook breder is dan gezondheidspreventie, is samenwerking of tenminste afstemming van beleid tussen verzekeraars en gemeenten een vereiste om preventieve interventies succesvol te kunnen implementeren in het kader van de basisverzekering. Wij realiseren ons overigens dat dit geen gemakkelijke opgave is, omdat het systeem van landelijk werkende verzekeraars niet goed matcht met lokaal georiënteerde gemeenten.

***Eigen
verantwoordelijk-
heid borgen in
zorgstandaard***

Tenslotte: naarmate meer preventieve interventies mogelijk zijn binnen het kader van de zorgverzekering, neemt het gevaar toe dat individuen hun eigen verantwoordelijkheid afwentelen op de zorgverzekering, waardoor de solidariteit binnen de verzekering in gevaar komt. Het is mede daarom belangrijk om niet alleen de verantwoordelijkheid van zorgverlener en zorgverzekeraar maar ook die van de patiënt goed vast te leggen in de zorgstandaard voor goede diabeteszorg.

9. Inhoudelijke consultatie

Op 18 december 2008 hebben wij het conceptrapport, tegelijk met het conceptrapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*, toegezonden aan inhoudelijke deskundigen. In bijlage 5 vindt u een overzicht van de deskundigen van wie het CVZ een reactie heeft ontvangen.

In bijlage 1 van het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie* is te vinden hoe wij zijn omgegaan met de reacties die betrekking hadden op onze uitkomsten van de duiding, in dit rapport opgenomen in hoofdstuk 5.

Er zijn ook reacties binnengekomen die specifiek betrekking hadden op de overige hoofdstukken van het conceptrapport *Preventie van diabetes: verzekerde zorg?* Voor zover die ons wezen op feitelijke onjuistheden in de tekst of suggesties bevatten die naar onze mening de inhoud ten goede kwamen, hebben we die meegenomen in dit rapport.

College voor zorgverzekeringen

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur



mw. H.B.M. Grobbink CCMM

Bijlage 1

Achtergrondrapportage Hoog risico op diabetes mellitus type 2

**Achtergrondrapportage:
Hoog risico op diabetes mellitus type 2**

ICD-10 code: E-11 (non-insulin dependent diabetes mellitus)

Datum : februari 2009

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
-----------------------	---

<i>Volgnummer</i>	29020402
<i>Afdeling</i>	PAK
<i>Auteur</i>	mw. dr. G. Ligtenberg
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 8795

1. Inleiding

Diabetes kan voorkomen of uitgesteld worden

1.a. Aanleiding

Diabetes mellitus type 2 (DM 2) is een welvaartsziekte met een sterk stijgende prevalentie en een hoge morbiditeit en mortaliteit. In 2003 hadden 600.000 mensen de diagnose DM, (waarvan 90% type 2), en was naar schatting bij \pm 250.000 mensen de ziekte wel aanwezig maar de diagnose nog niet gesteld. De incidentie is 72.500/jaar. Naar schatting zo'n 750.000 mensen hebben een verhoogd risico om in de komende jaren diabetes te ontwikkelen. ¹

Een aantal risicofactoren voor het ontwikkelen van DM 2 is beïnvloedbaar, met name door leefstijlinterventies. Een belangrijke vraag nu is welke mate van risico zodanig is dat opname van (preventieve) interventies in het basispakket gerechtvaardigd is.

Risicofactoren DM 2

1.b. Achtergrond: risico op diabetes

De belangrijkste risicofactoren voor het optreden van DM 2 zijn: ²

- Een gestoorde glucosestofwisseling ('prediabetes')
- genetische aanleg
- obesitas
- abdominale vetverdeling
- lichamelijke inactiviteit
- ongezonde voeding
- roken
- geen borstvoeding ontvangen.

Deze factoren geven, alleen of in combinatie, een verhoogd risico op diabetes. Kwantificering van dit risico is mogelijk m.b.v een diabetes risicoscore.

De belangrijkste risicofactor is de aanwezigheid van een gestoorde nuchtere glucose waarde of een gestoorde glucose tolerantie (impaired fasting glucose IFG, en impaired glucose tolerance, IGT). IFG en IGT worden aangeduid als 'prediabetes'. In het navolgende gaan we in op de risicofactor prediabetes,

vervolgens op de diabetes risicoscore, ontwikkeld voor het kwantificeren van het risico indien meerdere risicofactoren aanwezig zijn, en op de toenemende prevalentie van DM 2 bij kinderen en jeugdigen.

2. Prediabetes

Definitie

Prediabetes is aan de orde bij een nuchtere bloedsuiker tussen de 5,6 en 6,0 mmol/L of een niet-nuchtere waarde tussen 7,8 en 11,0 mmol/L. ¹ De kans op het ontwikkelen van manifeste diabetes is sterk verhoogd indien prediabetes bestaat. In de Hoornse cohortstudie werd bij 1342 personen van middelbare leeftijd de cumulatieve incidentie van DM 2 gemeten in een follow-up periode van 6,4 jaar¹⁴. Bij geïsoleerde IGT was de cumulatieve incidentie 32.4%, bij geïsoleerde IFG 38%. Indien IFG en IGT gecombineerd aanwezig waren was de cumulatieve incidentie 64.5%. ³ In een consensus statement van de American Diabetes Association is de literatuur over dit onderwerp geanalyseerd en is de conclusie dat het merendeel, wellicht zelfs tot 70%, van de personen met prediabetes gedurende het leven progressie zal vertonen tot DM 2. ⁴ Deze cumulatieve kans is hoger indien naast prediabetes nog andere risicofactoren bestaan zoals obesitas e.d. Concluderend is de kans op het ontwikkelen van DM 2 bij prediabetes, indien niet behandeld, tussen nu en 5 jaar minstens 30%, en gedurende het leven oplopend tot > 50%.

Bij > 50% progressie naar DM 2

3. Diabetes risico score

Vorstadia niet herkend

DM 2 begint vaak sluipend en onopgemerkt. Het duurt soms jaren voor de diagnose wordt gesteld. In die periode wordt al wel schade aangericht. Omdat er interventies beschikbaar zijn met behulp waarvan de ziekte voorkómen of uitgesteld dan wel behandeld kan worden is tijdige herkenning, zowel van de ziekte zelf als van de aanwezigheid van risicofactoren,

¹⁴ Met de op dat moment geldende definities van DM 2, IFG en IGT, deze zijn sindsdien iets aangescherpt.

**Bewustwording
Vergroten**

**Risico-
inventarisatie**

belangrijk. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) voert in samenwerking met het NIGZ, het NISB en het Voedingscentrum sinds 2006 de campagne 'Kijk op Diabetes'.⁵

Deze campagne heeft o.a. tot doel om bewustwording en kennis over diabetes te vergroten, en om personen met nog niet herkende diabetes of met een hoog risico op diabetes, op te sporen. Inventarisatie van het risico geschiedt d.m.v. een aantal eenvoudige vragen betreffende leeftijd, gewicht en lengte (leidend tot BMI), de mate van lichamelijke activiteit, het gebruik van bloeddrukmedicatie, eventuele eerdere glucosemetingen en het vóórkomen van DM 2 in de familie. Met de antwoorden wordt een totale risicoscore bereikt. Hoe hoger de score, hoe groter de kans om binnen vijf jaar DM 2 te ontwikkelen.

**Wetenschappelijke
onderbouwing**

De Nederlandse diabetes risicotest is gebaseerd op de FINDRISK, een risicotest ontwikkeld in Finland.^{6,7} De FINDRISK is een simpele en praktische test (bevat geen laboratoriumonderzoek), ontworpen om personen met een verhoogd risico op DM 2 te identificeren en bovendien de hoogte van dat risico te kwantificeren. Buiten Finland is de test ook in Duitse, Italiaanse en Nederlandse cohorten gevalideerd.⁸⁻¹⁰ Behalve voor het inschatten van de kans op DM 2 is de test ook geschikt om prediabetes en metabool syndroom op te sporen.⁹

Diabetes risicotest

Afkappunten

In Nederland is de FINDRISK gevalideerd in 3 cohorten uit Hoorn, Maastricht en Groningen. Aan de hand van de Nederlandse gegevens werden drie afkappunten gedefinieerd, die in de Kijk op Diabetes campagne vervolgens zijn gehanteerd. Dit zijn de volgende:

Score ≤ 6 : relatief laag risico (naar schatting 2 op de 100 mensen hebben of ontwikkelen diabetes binnen nu en 5 jaar)

Score 7-9: licht verhoogd risico (naar schatting 10 op de 100 mensen hebben of ontwikkelen diabetes binnen nu en 5 jaar)

Score ≥ 10 : verhoogd risico (naar schatting 20 op de 100

mensen hebben of ontwikkelen diabetes binnen nu en 5 jaar).

Uit data van het Maastrichtse cohort blijkt dat ongeveer een kwart (26.7%) van de doelgroep (personen ouder dan 45 jaar) een score van 10 en hoger zal hebben. ¹¹

***Allochtone
bevolkingsgroepen***

Allochtone bevolkingsgroepen hebben een hoger risico op DM 2 dan autochtonen. Op de website van het RIVM is een overzicht beschikbaar van de prevalentie van DM onder allochtonen en autochtonen in verschillende cohorten en in verschillende tijdsperioden. Samengevat zien de gegevens er als volgt uit:

Surinaamse afkomst: prevalentie 13.7-20.9%

Turkse afkomst: prevalentie 8.5-14.5%

Marokkaanse afkomst: prevalentie 11.3-14.2%

Hindoestaans-Surinaams: prevalentie 6.4-37.1%.

De prevalentie onder de autochtone Nederlanders in deze onderzoeken varieert tussen 1 en 5%. Overall is de prevalentie van DM 2 onder allochtonen 3 tot 6 keer hoger dan onder autochtonen. ²

***NHG standaard
voor allochtone
bevolkingsgroepen***

Uit validatietesten van de Diabetes Risicotest onder allochtone bevolkingsgroepen bleek dat vrijwel alle Hindoestanen en Creolen ouder dan 35 jaar in de hoogste risicogroep vallen.¹¹ DM 2 heeft bij met name oudere Hindoestanen leeftijd een zeer hoge prevalentie: uit zelfrapportage gegevens van de Hindoestaanse Haagse bevolking bleek al in 1996 dat bijna 40 % van de 60-plussers DM heeft. ¹² Onder de jongere Hindoestanen is de prevalentie eveneens hoog, maar ook erg afhankelijk van de sociaal-economische status. Op grond van deze gegevens wordt in de NHG standaard geadviseerd om Hindoestanen al vanaf de leeftijd van 35 jaar driejaarlijks te screenen op DM 2, ongeacht de score in de Diabetes Risicotest (in het kader van spreekuurbezoek). ¹³ Voor andere allochtone bevolkingsgroepen en voor personen met bekende risicofactoren wordt in de NHG standaard een leeftijdsgrens van 45 jaar aangehouden.

Samenvattend is de Diabetes Risicotest een betrouwbare,

eenvoudige en kostenloze test waarmee personen met een verhoogde kans op diabetes opgespoord kunnen worden. De score kan worden onderverdeeld in drie risicocategorieën: laag, gemiddeld en hoog. De hoogste risicoscore paart een hoge positief voorspellende waarde aan een laag aantal vals-positieve gevallen (specificiteit 76-85%). De eerstelijns-zorgaanbieder heeft met deze test een betrouwbaar, eenvoudig en kostenloos instrument in handen om personen met een hoog risico op DM 2 nader te onderzoeken op de aanwezigheid van de ziekte.

Aanvullende literatuursearch diabetes risicoscore

Volledigheidshalve is in de medisch-wetenschappelijke literatuur nagegaan of er andere diabetesrisicoscores zijn ontwikkeld, die op eenvoudige wijze een gekwantificeerde inschatting kunnen maken van de kans op diabetes.

Niet-westerse bevolkingsgroepen

Uit deze literatuur search blijkt dat er voor Arabieren in het Middellandse Zeegebied ¹⁴ en voor Zuid-Aziaten (India ¹⁵ en Thailand ¹⁶) recent tests zijn ontwikkeld, aangezien de 'westerse' risicotests zich vnl. richten op het Kaukasische ras en wellicht minder geschikt zijn voor mensen van Arabische/Aziatische afkomst. Deze tests zijn alle gebaseerd op klinische parameters zoals gebruikt in de Nederlandse risicoscore. Sensitiviteit en specificiteit zijn vergelijkbaar met die van de FINDRISK en de daarvan afgeleide Nederlandse risicotest.

Daarnaast is recent in Duitsland een risicoscore ontwikkeld die naast de in de Nederlandse risicotest genoemde factoren gebruik maakt van o.a. taille-omvang en zelfgerapporteerde voedingsgewoonten (rood vlees, volkorenbrood, alcohol, koffie), rookgewoonte en lichamelijke activiteit. ¹⁷ Sensitiviteit en specificiteit van deze test variëren van 50-83% resp 90-63% afhankelijk van de scores. De test is gevalideerd in 2 grote prospectief gevolgde cohorten van mannen en vrouwen van 35-65 jaar.

Uit de Europese ARIC populatie (een prospectief gevolgd cohort van in totaal ± 8000 personen) is eveneens een risicoscore ontwikkeld. Indien alleen gebruik gemaakt wordt van klinische parameters (geen laboratorium-onderzoek)

**Algorithme
diabetes-risico**

varieren sensitiviteit en specificiteit van deze ARIC-score tussen 40-77% en 84-55% resp. ¹⁸

In een analyse van het Framingham-offspring cohort is met de gegevens van ruim 3000 personen van middelbare leeftijd (1% non-white) nagegaan welke risicofactoren een goede sensitiviteit en specificiteit hebben, en is een algorithme beschreven voor het kwantificeren van het risico. Met dit algorithme kan het cumulatieve risico op DM 2 worden berekend. Een nadeel van toepassing van deze methode vergeleken met de FINDRISK en de daarvan afgeleide Nederlandse diabetesrisicoscore is dat er laboratoriumonderzoek nodig is. Bovendien is deze score, hoewel gebaseerd op Amerikanen van Kaukasische origine, niet gevalideerd in andere cohorten. ¹⁹ Dit algorithme bevestigt overigens wel dat de parameters die in de Nederlandse diabetesrisicotest gebruikt worden de belangrijkste zijn voor wat betreft het voorspellen van het risico op DM 2: het (gehad) hebben van een afwijkende glucosewaarde, de BMI, het voorkomen van DM 2 in de familie en het bestaan van een verhoogde bloeddruk.

Tabel 1. Algoritme om DM 2 risico te schatten aan de hand van het “Simple Clinical Model”

Items	Item Points	Item Point Total	8-Year Risk of T2DM, %
Fasting glucose level 100-126 mg/dL, yes/no	10	≤10	≤3
BMI 25.0-29.9, yes/no	2	11	4
BMI ≥30.0, yes/no	5	12	4
HDL-C level <40 mg/dL in men or <50 mg/dL in women, yes/no	5	13	5
Parental history of diabetes mellitus, yes/no	3	14	6
Triglyceride level ≥150 mg/dL, yes/no	3	15	7
Blood pressure ≥130/85 mm Hg or receiving treatment, yes/no	2	16	9
Item Point Total	<input type="text"/>	17	11
		18	13
		19	15
		20	18
		21	21
		22	25
		23	29
		24	33
		≥25	>35

Abbreviations: BMI, body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared); HDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; T2DM, type 2 diabetes mellitus.

SI conversion factors: To convert HDL-C to millimoles per liter, multiply by 0.0259; glucose to millimoles per liter, multiply by 0.0555; triglycerides to millimoles per liter, multiply by 0.0113.

*The unshaded portion of the table shows the possible item point totals and their corresponding 8-year risk of T2DM. After calculating the item point total, check the last 2 columns to determine the risk of T2DM.

Source: Wilson, et al. Prediction of incident diabetes mellitus in middle-aged adults. Arch Intern Med 2007; 167: 1068-1074

Conclusie

De literatuursearch levert geen risicotests op die – op grond van klinische parameters- een nauwkeuriger inschatting geven van de kans op DM 2 in de algemene populatie dan de Nederlandse diabetes risicotest. De Nederlandse test is gevalideerd in verschillende cohorten, is bekend bij de Nederlandse zorgaanbieders en er is inmiddels uitgebreid ervaring mee opgedaan. Dit maakt deze test bij uitstek geschikt om door zorgaanbieders toegepast te worden voor een eerste inschatting van een verhoogd risico op diabetes. Indien uit de test een verhoogd risico naar voren komt kan vervolgens d.m.v. laboratorium onderzoek worden nagegaan of er al sprake is van diabetes of prediabetes.

4. Kinderen en jeugdigen

*Kinderen worden
steeds dikker*

*en krijgen
ouderdoms-
diabetes*

Na het begin van de obesitas-epidemie in de VS is de prevalentie van DM 2 ook onder kinderen en jeugdigen explosief gestegen. In een Amerikaanse retrospectieve studie bleek de prevalentie onder jeugdigen van 10-19 jaar in ruim 10 jaar tijd vertienvoudigd: van 0.7 per 100.000 in 1982 tot 7.2 per 100.000 in 1994. Ook in andere landen is deze stijging gerapporteerd.²⁰ Nederland was later dan de VS met de ontwikkeling van obesitas, maar ook hier begint de prevalentie van DM 2 onder jongeren te stijgen, volgend op de stijgende prevalentie van obesitas. Uit de landelijke enquête "Inventarisatie type 2 diabetes bij kinderen" bleek dat in 2003/2004 bij Nederlandse kinderartsen ongeveer 60 kinderen en jongeren met DM 2 bekend zijn, bij vrijwel allen geassocieerd met (i.c. gevolg van) ernstig overgewicht.² Dit betekent dat het aantal kinderen met een gestoorde glucosestofwisseling (IFG en/of IGT) nog veel groter moet zijn. Het kan niet anders dan dat, gezien de stijgende prevalentie van obesitas onder jongeren, het aantal kinderen met DM 2 sindsdien alweer is toegenomen.

De Diabetes Risicotest is niet gevalideerd bij kinderen/jeugdigen. Maar alleen al het bestaan van obesitas als belangrijkste risicofactor voor DM 2 in deze groep dient te leiden tot intensieve behandeling. Zie hiervoor het rapport Overgewicht en obesitas.

5. Conclusies

Een verhoogd risico op diabetes bij volwassenen is geassocieerd met overgewicht, lichamelijke inactiviteit en genetische aanleg. Een verhoogd risico kan worden gekwantificeerd met behulp van de in Nederland gevalideerde Diabetes Risicotest en/of bepaling van de (nuchtere of willekeurige) bloedsuikerwaarde. Voor kinderen geldt dat louter de aanwezigheid van ernstig overgewicht/obesitas op zich al een sterk verhoogd risico op diabetes met zich mee brengt.

6. Literatuurlijst

1. Nederlandse Diabetes Federatie Zorgstandaard: Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort juli 2007.
2. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> versie 3.14.1, 11 juli 2008
3. De Vegt F, Dekker JM, Jager A, et al. Relation of impaired fasting and postload glucose with incident type 2 diabetes in a Dutch population: the Hoorn study. JAMA 2001; 285: 2109-2113
4. Nathan DM, Davidson MB, DeFronzo RA, et al. Impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance. Diabetes Care 2007; 30: 753-759
5. <http://www.kijkopdiabetes.nl/professionals/>
6. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 2003; 26: 725-731
7. Saaristo T, Peltonen M, Lindström J, et al. Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome. Diabetes Vasc Dis Res 2005; 2: 67-72
8. Bergmann A, Li J, Wang L, Schulze J, Bornstein SR, Schwarz PEH. A simplified Finnish Diabetes Risk Score to predict type 2 diabetes risk and disease evolution in a German population. Horm Metab Res 2007; 39: 677-682
9. Franciosi M, De Berardis G, Rossi MCE, et al. Use of the diabetes risk score for opportunistic screening of undiagnosed diabetes and impaired glucose tolerance. Diabetes Care 2005; 28: 1187-1194
10. Alsema M, Feskens EJM, Bakker SJL, et al. Finse vragenlijst redelijk goede voorspeller van het optreden van diabetes in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 2008; 152: 418-424.
11. Kijk op Diabetes campagne. Achtergrondinformatie Diabetes risicotest. <http://www.kijkopdiabetes.nl/professionals/>
12. Middelkoop BJC, Kesarlal-Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Struben HWA. Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient. Int J Epidemiology 1999; 28: 1119-1123
13. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, et al. NHG Standaard Diabetes mellitus type 2. Huisarts & Wetenschap 2006; 49: 137-152
14. Al-Lawati JA, Tuomilehto J. Diabetes risk score in Oman: a tool to identify prevalent type 2 diabetes among Arabs of the Middle East. Diabetes Res Clin Pract 2007; 77: 438-444

15. Ranachandran A, Snehalatha C, Vijay V, Wareham NJ, Colagiuri S. Derivation and validation of diabetes risk score for urban Asian Indians. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 70: 63-70
16. Aeklakorn W, Bunnag P, Woodward M, et al. A risk score for predicting incident diabetes in het Thai population. *Diabetes Care* 2006; 29: 1872-1877
17. Schulze MB, Hoffmann K, Boeing H, et al. An accurate risk score based on anthropomorphic, dietary, and lifestyle factors to predict the development of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2007; 30: 510-515
18. Schmidt MI, Duncan BB, Bang H, et al. Identifying individuals at high risk for diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 2013-2018
19. Wilson PWF, Meigs JB, Sullivan L, Fox CS, Nathan DM, D'Agostino RB. Prediction of incident diabetes mellitus in middle-aged adults. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1068-1074
20. Laffel L, Svoren L, Wolfsdorf JI, Hoppin AG. Epidemiology, presentation and diagnosis of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. Version 16.1, jan 2008. www.uptodate.com
21. Lindgren P, Lindström J, Tuomilehto J, et al. Lifestyle intervention to prevent diabetes in men and women with unpaired glucose tolerance is cost-effective. *Int J Technol Assess Health Care* 2007; 23: 177-183
22. Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, et al. The cost-effectiveness of lifestyle modification of metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med* 2005; 142: 323-332
23. Bemelmans WJE (red.), Wendel-Vos GCW, Bogers RP, Milder I, Hollander de EL, Barte JCM, Tariq L, Jacobs-van der Bruggen M. (Kosten)effectiviteit beweg- en dieetadvies in de Gezondheidszorg. De bewegkuur en dieetadvies onderzocht voor mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. RIVM Rapport 2008.

Bijlage 2

Gecombineerde leefstijlinterventies: de stand van de wetenschap en praktijk

Inleiding

Het staat buiten kijf dat bepaalde leefstijl-aspecten (roken, te weinig bewegen, ongezonde voeding en overmatig alcoholgebruik) nadelige effecten hebben op de gezondheid, en dat veranderingen in leefstijl de gezondheid kunnen verbeteren.

Gecombineerde leefstijlinterventies gericht op gezonde voeding, lichamelijke activiteit en gedragsverandering zijn het fundament in de behandeling van een aantal welvaartsziekten zoals obesitas, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2 (DM 2). De effectiviteit en kosten-effectiviteit van dergelijke interventies zijn voor een groot aantal indicaties onderzocht. In het navolgende komen de belangrijkste indicaties aan de orde. Aan de hand van richtlijnen, zorgstandaarden en systematische reviews gaan wij na welke interventies voor welke indicaties conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn.¹⁻³ Deze rapportage is van belang voor het duiden van de gecombineerde leefstijlinterventies als te verzekeren prestaties in het kader van de preventierapporten overgewicht en diabetes. Daarom blijven interventies op het terrein van roken en overmatig alcoholgebruik in deze rapportage buiten beeld. Een apart hoofdstuk is gewijd aan de problematiek van overgewicht en obesitas bij kinderen en jeugdigen.

Risico's van overgewicht/obesitas

Overgewicht/obesitas is een belangrijke risicofactor voor een scala aan aandoeningen, waarvan diabetes en hart- en vaatziekten de belangrijkste zijn. Dit is pathofysiologisch verklaard doordat overgewicht/obesitas, ongezonde voeding en lichamelijke inactiviteit belangrijke nadelige effecten hebben op o.a. bloeddruk, cholesterolwaarden en insulinegevoeligheid. Andere ziekten geassocieerd met overgewicht/obesitas zijn gewrichtsarthrose, slaapapnoe, cholelithiasis en bepaalde maligniteiten. De kans op hart- en vaatziekten en diabetes neemt toe met de mate van overgewicht. Met name de kans op DM 2 stijgt explosief bij een BMI > 30 kg/m². Zo is het relatieve risico op DM 2 voor mannen met een BMI van 25-30 kg/m² 3.5, en met een BMI van > 35 kg/m² 23.4 (tabel 1).³ De meeste patiënten met DM 2 of hart- en vaatziekten hebben overgewicht. Voor DM 2 is het percentage zelfs ±90%, 4 voor hart- en vaatziekten is dit ±75 %.⁵ Al deze aandoeningen zijn dus nauw gerelateerd aan elkaar en versterken elkaar, er zijn zowel causale als parallele verbanden.

Tabel 1: relatieve risico's op ziekten naar de mate van overgewicht (ref CBO richtlijn)

	overgewicht		Obesitas I (BMI 30-35)		Obesitas II (BMI >35)	
coronaire hartziekten	1.4 (v)	1.5 (m)	1.5 (v)	2.0 (m)	1.5 (v)	2.2 (m)
hypertensie	1.7 (v)	1.7 (m)	2.1 (v)	2.7 (m)	2.3 (v)	3.0 (m)
DM 2	4.6 (v)	3.5 (m)	10.0 (v)	11.2 (m)	17.0 (v)	23.4 (v)
cholelithiasis	1.9 (v)	1.4 (m)	2.5 (v)	2.3 (m)	2.0 (v)	2.9 (m)

Risico op diabetes

Diabetes mellitus type 2 is een aandoening met een sterk stijgende incidentie en een grote morbiditeit. De belangrijkste complicatie van diabetes is vasculaire schade, zowel macro- als microvasculair. Macrovasculaire schade komt tot uiting in bijvoorbeeld CVA's, coronaire hartziekten en perifeer vaatlijden. Microvasculaire schade heeft consequenties voor bijvoorbeeld het gezichtsvermogen (retinopathie), het zenuwstelsel (neuropathie) en de nierfunctie (nephropathie). Diabetes leidt tot een aanzienlijke afname van de kwaliteit van leven. Depressieve klachten komen vaak voor. De belangrijkste risicofactoren voor DM 2 zijn overgewicht en lichamelijke inactiviteit. Daarnaast spelen genetische aanleg en etniciteit een rol. Vanwege de sterke samenhang tussen overgewicht en DM 2 zijn leefstijlinterventies met name gericht op gewichtsreductie. Echter, ook toename van lichamelijke activiteit op zich leidt al tot afname van het risico op DM 2.

Gecombineerde leefstijlinterventies

Ongezonde leefstijl, leidend tot overgewicht/obesitas en DM 2 wordt gekenmerkt door ongezonde voeding in overmaat en te weinig lichaamsbeweging. Interventies zijn dan ook gericht op een verbetering van het voedingspatroon, een toename van lichamelijke activiteit en ondersteuning in gedragsmatige zin, om het verbeterde gedrag te bestendigen. Dergelijke interventies zijn de eerste stap en het fundament van de preventie en behandeling van veel welvaartsziekten. Belangrijke uitkomstmaten in studies naar de effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies zijn gewichtsreductie, lichamelijke activiteit en incidentie van DM 2. Voor het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' is het bij het beoordelen van de literatuur noodzakelijk eerst te definiëren welke uitkomstmaten relevant zijn en bij welke duur van het effect we kunnen spreken van een relevante interventie.

Uitkomstmaten

Behandeling van overgewicht/obesitas heeft uiteindelijk tot doel morbiditeit en mortaliteit te reduceren (de zgn. 'harde' uitkomstmaten). In studies naar de effectiviteit van leefstijlinterventies wordt in de regel gewerkt met 'zachte' uitkomstmaten zoals gewichtsreductie en toename van lichamelijke inspanning. Dit heeft zijn redenen: in de eerste plaats is uit epidemiologisch onderzoek overtuigend aangetoond dat gewichtsreductie en mate van lichaamsbeweging zijn geassocieerd met afname van DM 2 prevalentie en cardiovasculaire morbiditeit. In de tweede plaats zijn voor harde uitkomstmaten grootschalige studies vereist met een zeer lange follow-up. Het gaat immers om personen met *risicofactoren* voor ziekten. Het daadwerkelijk optreden van die ziekten ligt vaak ver weg in de tijd. Dergelijke grootschalige gerandomiseerde studies met vele jaren follow-up zijn nauwelijks uitvoerbaar, zowel in financieel als methodologisch opzicht.

Als de relatie tussen een zachte (of intermediaire) uitkomstmaat en de harde (of klinische) uitkomstmaat overtuigend is, is het gebruik van een intermediaire parameter als primaire uitkomstmaat in studies geaccepteerd. Enkele bekende voorbeelden van uitkomstmaten zijn verlaging van cholesterolconcentratie of van bloeddruk.

De relatie tussen gewichtsreductie en afname van morbiditeit is overtuigend:

Met name voor de interventie bariatrische chirurgie zijn inmiddels veel lange termijns gegevens bekend die aantonen dat een blijvende gewichtsreductie leidt tot significante gezondheidswinst.⁶⁻⁸ Voorts is uit grote cohortstudies gebleken dat gewichtsreductie (intentioneel, op conservatieve wijze bewerkstelligd)

is geassocieerd met een afname van mortaliteit en morbiditeit, met name DM 2 incidentie en cardiovasculaire morbiditeit.⁹ Uit dergelijke studies blijkt een sterke relatie tussen gewichtsreductie en afname van morbiditeit. De Finse DPS studie was de eerste gerandomiseerde studie bij prediabeten waarin het effect van leefstijlinterventies op de incidentie van DM 2 (een 'hard' eindpunt) overtuigend werd aangetoond.¹⁰ Belangrijk is dat deze studie liet zien dat het effect op de DM 2 incidentie het grootst was bij de personen die het meest succesvol waren met hun leefstijlveranderingen (gewicht, dieet, lichamelijke activiteit). Hieruit blijkt een duidelijke relatie tussen zgn. zachte uitkomstmaten zoals gewichtsreductie en een harde uitkomstmaat zoals DM incidentie. Overigens zijn recent van deze studie de lange termijn gegevens gerapporteerd: na een mediane follow-up van 7 jaar blijkt in de interventie groep, ook als de leefstijlinterventie op zich al lang is beëindigd, nog steeds een significante reductie van de DM 2 incidentie aanwezig.¹¹

De tweede landmark studie is de DPP (Diabetes Prevention Program) Study.¹² Hierin werden eveneens prediabeten gerandomiseerd voor ofwel een gecombineerde leefstijlinterventie ofwel metformine. De leefstijlinterventie bleek effectiever (en kosteneffectiever) voor wat betreft het effect op de DM incidentie. Een lifelong simulatiemodel berekende, op basis van data uit het grootschalige UKPDS cohort, dat de leefstijlinterventie het meest effectief was in het reduceren van macro- en microvasculaire diabetes gerelateerde complicaties.¹³ De leefstijlinterventie bleek ook op de cardiovasculaire risicostatus (bloeddruk en lipidspectrum) een gunstiger effect te hebben dan metformine. Er werd (nog) geen verschil gevonden in het optreden van cardiovasculaire events in de eerste drie jaar van follow-up, maar de follow-up wordt nog minstens vijf jaar gecontinueerd.¹⁴ In andere studies blijken vergelijkbare wijzigingen in cardiovasculaire risicofactoren (meestal t.g.v. medicatie) op termijn te leiden tot substantiële daling van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Het is te verwachten dat dit ook zal opgaan voor de DPP studie.

Concluderend is het verband tussen 'zachte' uitkomstmaten (gewichtsreductie, bloeddrukverlaging, verbetering lipidengehaltes) en 'harde' uitkomsten zoals incidentie van DM 2 en cardiovasculaire ziekten voldoende aangetoond om bij het wegen van de studies voor gecombineerde leefstijlinterventies de zachte uitkomstmaat 'gewichtsreductie' te accepteren. De huidige lopende trials zijn met name gericht op hoe intensief een leefstijlinterventie dient te zijn om nog effect te sorteren, welke bestanddelen essentieel zijn en welke minder, wat de optimale duur van een interventieprogramma is, welke zorgverlener het programma het beste kan uitvoeren.

Uitgaande van de conclusie dat gewichtsreductie een acceptabele uitkomstmaat is, is de volgende vraag die beantwoord moet worden welke mate van gewichtsreductie leidt tot relevante gezondheidswinst. In de ideale situatie zou iedere persoon met overgewicht/obesitas een BMI < 25 moeten bereiken voor maximale gezondheidswinst. In de praktijk blijkt voor de meeste personen een permanent groot gewichtsverlies met conservatieve methoden niet haalbaar. Uit epidemiologische studies blijkt echter dat iedere mate van gewichtsverlies, hoe gering ook, al leidt tot veranderingen in risicofactoren (bv. daling van bloeddruk, lipiden, insulineresistentie). Ook een gering gewichtsverlies zal dus leiden tot gezondheidswinst. De CBO richtlijnen (zowel die voor cardiovasculair risicomanagement als die voor obesitas) en de NICE beschouwen een gewichtsverlies van $\geq 5\%$ als succesvol en klinisch relevant.^{3, 15, 16} De CBO-richtlijn beschouwt zelfs een gewichtsverlies van < 5% als beperkt succesvol, met als motivatie dat leefstijlveranderingen i.h.a. een gunstig effect kunnen hebben op voedingsgewoonten en mate van lichamelijke activiteit, ook al is het gewichtsverlies gering. Dit brengt echter wel het probleem met zich mee dat als er geen aantoonbaar gewichtsverlies is, op een andere manier aangetoond zal moeten zijn dat de leefstijlinterventie effectief is, bv. d.m.v. het meten van lichamelijke activiteit.

Samenstelling en duur van gecombineerde leefstijlinterventies

Wellicht een nog belangrijker vraag is wat de optimale samenstelling en duur van een gecombineerde leefstijlinterventie is. Vasthouden van de actievere leefstijl, verbeterde voedingsgewoonten en gewichtsreductie is erkend moeilijk. Overgewicht/obesitas is immers, net als DM 2, een chronische aandoening. Een succesvol programma dient intensief en goed gestructureerd te zijn, eventueel met gebruikmaking van groepssessies. In het recent verschenen RIVM rapport over leefstijlinterventies zijn de bestanddelen van succesvolle programma's op een rij gezet (zie verder).¹⁷ Inmiddels is ook uit diverse studies bekend dat *langdurige* begeleiding ('opfrissercontacten' na een intensieve initiële behandelingsfase) bij kan dragen aan het beter bekijken van het effect. Langere termijn- follow-up na leefstijlinterventies laat zien dat gemiddeld zo'n 70% van het na 1 jaar bereikte effect op gewicht en lichamelijke activiteit bekijft in het tweede jaar. Bij matig gewichtsverlies in het eerste jaar laat één trial zien dat langdurig voortzetten van behandeling/begeleiding leidt tot verder gewichtsverlies na het eerste jaar.¹⁷

Concluderend:

1. Overgewicht/obesitas is een chronische aandoening die kan leiden tot een scala van ziekten, waarvan DM 2 en hart-vaatziekten de belangrijkste zijn;
2. Afhankelijk van de ernst van het overgewicht zijn verschillende interventies mogelijk, maar de basis is altijd een gecombineerde leefstijlinterventie, gericht op verandering van voeding en activiteitsniveau en bestendiging hiervan.
3. Gecombineerde leefstijlinterventies dienen gevolgd te worden door een langdurige begeleiding, ter voorkoming van terugval.
4. Bij de toetsing aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' is het verantwoord op grond van epidemiologisch onderzoek en landmark studies om bij beoordeling van gecontroleerde studies de gewichtsreductie op tijdstip 1 jaar als primaire uitkomstmaat te hanteren. Hieruit kunnen vervolgens klinische uitkomsten en lange termijnseffectiviteit en kosten-effectiviteit worden afgeleid.

Effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies in verschillende populaties

Deze rapportage richt zich primair op personen met overgewicht/obesitas, aangezien het merendeel van de patiënten met DM 2 en hart- en vaatziekten overgewicht heeft. Vervolgens kan onderscheid tussen personen met een risico op ziekte en personen met manifeste ziekte worden gemaakt. Voor beide groepen geldt dat leefstijlverandering het fundament vormt voor preventie en behandeling van genoemde leefstijlgerelateerde aandoeningen.

Eerder hebben we gedefinieerd welke groepen een zodanig verhoogd risico op ziekte hebben dat begeleiding bij leefstijlverandering tot de verzekerde zorg moet behoren (rapporten overgewicht en diabetes). Dit zijn:

1. Personen met overgewicht (BMI > 25) en een grote buikomvang (vrouwen > 88 cm, mannen > 102 cm) of een andere risicofactor voor hart- en vaatziekten (waarbij hoge bloeddruk de meest prominente is)
2. Personen met obesitas (BMI >30)
3. Personen met 'prediabetes' (gestoorde glucosewaarden maar nog niet voldoende aan definities DM 2).

Uiteraard heeft groep 3 een grote overlap met groep 1 en 2.

Vervolgens zijn er patiëntengroepen met manifeste ziekte. De belangrijkste zijn:

4. Manifeste DM 2

5. Manifeste hart- en vaatziekten (status na cardiovasculair event).

In het navolgende gaan we per groep na wat de stand van zaken is m.b.t. de wetenschappelijke bewijskracht voor de effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies. Daarbij gaan we uit van de vigerende richtlijnen (zie voor werkwijze ¹⁸).

Hierbij doet zich de moeilijkheid voor dat het wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies zich vaak richt op de grote groep van overgewicht en obesitas samen, waarbij uiteraard ook vaak sprake is van prediabetes. Om toch zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij opsomming van de hoog risico groepen in de preventierapporten, wordt de wetenschappelijke literatuur zoveel mogelijk per groep besproken. Soms zal herhaling dan onvermijdelijk zijn.

1. Overgewicht in combinatie met een grote buikomvang of een andere cardiovasculaire risicofactor

De CBO-richtlijn Cardiovasculair risicomanagement, verschenen in 2006, start met het opstellen van een risicoprofiel bij personen zonder manifeste DM 2 of hart- en vaatziekten. ² Daarbij wordt gekeken naar bloeddruk, gewicht, cholesterolwaarden, wel of niet roken en/of aanwezigheid van het metabool syndroom waarbij een vergrote buikomvang één van de criteria is. Aan alle personen met één of meer van deze risicofactoren worden leefstijladviezen gegeven, bestaande uit voldoende bewegen, gezond eten en zorgen voor een optimaal gewicht. De richtlijn stelt dat ondersteuning hierbij afhangt van de behoefte van de patiënt, waarbij in het algemeen geldt dat hoe intensiever de ondersteuning is, hoe effectiever. Patiënten worden zo nodig doorverwezen naar o.a. gespecialiseerde verpleegkundigen. Volgens deze richtlijn is voor alle afzonderlijke componenten van een leefstijlinterventieprogramma aangetoond dat zij het risico op hart- en vaatziekten verlagen met niveau van bewijskracht A. ² De CBO-richtlijn obesitas beveelt gecombineerde leefstijlinterventies aan bij personen met obesitas. ³ Het risico op ziekte bij de combinatie overgewicht en grote buikomvang is gelijk aan dat van obesitas I (BMI 30-35), zodat deze aanbeveling ook voor deze combinatie geldt. De conclusies van dit deel van het literatuuronderzoek in de richtlijn zijn gebaseerd op literatuur met niveau van bewijskracht A. Publicaties verschenen na de periode die door deze CBO richtlijn wordt bestreken bevestigen de conclusies uit de richtlijn, voegen nog toe dat ook na langdurige follow-up er nog effect meetbaar is en benadrukken dat hiervoor langdurige begeleiding in de vorm van periodieke herhalingscontacten van groot belang is. ¹⁹⁻²²

2. Obesitas.

De CBO richtlijn Obesitas maakt onderscheid tussen obesitas zonder en met comorbiditeit. ³

Comorbiditeit is gedefinieerd als het hebben van een ziekte (zoals hart- en vaatziekten, DM 2, gonarthrose) of het hebben van bekende risicofactoren voor ziekte (zoals hoge bloeddruk, afwijkend vetspectrum, prediabetes). De effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies voor obesitas zonder comorbiditeit is relatief beperkt onderzocht: de CBO-richtlijn beschrijft in totaal 7 RCT's die een gewichtsverlies van 2.2 tot 5.8 kg lieten zien na een follow-up van 1 jaar. De controle-arm bestond in sommige studies uit dieet en/of gedragstherapie (dus zonder de component lichaamsbeweging): in die RCT's was het verschil in effectiviteit minder groot.

Obesitas met comorbiditeit is veel uitgebreider onderzocht. Gecombineerde leefstijlinterventies zijn effectief in het bewerkstelligen van gewichtsreductie, het verminderen van DM 2 incidentie en in reductie van hypertensie (niveau van bewijskracht A). ³ In de RIVM rapportage is overgewicht niet geïsoleerd van obesitas onderzocht. De rapportage laat wel zien dat in geval van gestoorde glucose tolerantie ('prediabetes') leefstijlinterventies effectief en kosten-effectief zijn in de reductie van diabetes-incidentie (zie ook 3). ¹⁷

3. *Prediabetes.*

In deze conditie is sprake van een gestoorde nuchtere glucosewaarde en/of een gestoorde glucose tolerantie. Dit is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van DM2. Geschat wordt dat het lifetime risico op DM 2 > 50% is. Twee belangrijke studies op dit gebied zijn de Finse DPS (diabetes prevention study) en de Amerikaanse DPP (Diabetes prevention program) studie waarin personen met prediabetes een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie ondergingen. De incidentie van DM 2 werd met ongeveer 50 % gereduceerd. Het effect is ook na langere tijd (tot 7 jaar) nog zichtbaar.¹⁰⁻¹⁴

4. *Manifeste DM 2.*

Patiënten met DM 2 hebben vrijwel altijd (± 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.^{24, 25} De NDF zorgstandaard, de norm voor de behandeling van DM 2 in Nederland, gaat uit van een zorgplan, waarin een belangrijke plaats is ingeruimd voor educatie, ondersteuning van zelfzorg, advisering en begeleiding bij gezonde voeding en meer bewegen. De Look AHEAD studie, waarvan recent de 1-jaars gegevens werden gepubliceerd, is opgezet om het effect van leefstijlverandering op *klinische* cardiovasculaire uitkomstmaten te onderzoeken.²⁶ Ruim 5000 patiënten met DM 2 en overgewicht zijn gerandomiseerd voor ofwel een intensieve leefstijlinterventie ofwel de standaard diabetes ondersteuning en educatie. Al na één jaar was er een aanzienlijk gewichtsverlies (8.6% versus 0.7%), een duidelijke verbetering van de fitheid (20.9% versus 5.8%), en was er in de behandelde groep een verbetering van cardiovasculaire risicofactoren, en minder medicatie nodig voor de diabetes, voor hoge bloeddruk en voor dyslipidemie. De studie zal nog ± 10 jaar worden voortgezet. Typerend voor de toegepaste leefstijlinterventie is dat deze intensief is, bestaat uit zowel individuele als groepscontacten en 'op maat gemaakt' met name voor wat betreft het bewegingsdeel.

5. *Manifeste hart- en vaatziekten.*

Patiënten die een cardiovasculair event hebben doorgemaakt, hebben een sterk verhoogd risico op een tweede event. Dit risico is ongeveer zevenmaal het risico van mensen van dezelfde leeftijd zonder een dergelijke voorgeschiedenis.⁴ Alle aanwezige risicofactoren dienen intensief behandeld te worden, met medicatie én met een gecombineerde leefstijlinterventie. Juist bij patiënten met doorgemaakte hart- en vaatziekte is het gezondheidsbevorderende effect van regelmatige lichamelijke activiteit en van gezonde voeding groot.² Voor patiënten met coronaire hart-ziekten bestaat in Nederland al jaren een hartrevalidatieprogramma, gericht op verandering van leefstijl en handhaving daarvan. Voor patiënten met andere vaatziekten (hersenen, perifere bloedvaten) wordt iets dergelijks nog niet structureel aangeboden.

Concluderend is voor alle bovengenoemde risico/patiëntengroepen de effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies uitvoerig onderzocht, merendeels met de uitkomstmaten gewichtsreductie, lichamelijke activiteit en cardiovasculaire risicofactoren. Studies met 'harde' klinische uitkomstmaten zijn alleen uitgevoerd in de groepen met het hoogste risico (prediabetes, diabetes, st. na cardiovasculair event), omdat alleen in dergelijke groepen op redelijke termijn events te verwachten zijn. In populaties met een minder sterk verhoogd risico zijn RCT's met klinische uitkomstmaten niet haalbaar, omdat events minder frequent en pas na een aantal jaren zullen optreden. Daarom is het gangbaar studies uit te voeren met intermediaire uitkomstmaten. Gezien de krachtige voorspellende waarde van deze uitkomstmaten voor het optreden van morbiditeit en mortaliteit zijn deze studies bruikbaar voor het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Daarmee is het CVZ van oordeel dat gecombineerde leefstijlinterventies zorg zijn conform dit criterium voor de bovengenoemde indicaties. Dit betekent echter niet dat *iedere* gecombineerde leefstijlinterventie voldoet voor *elke* indicatie. De volgende kanttekeningen zijn op hun plaats.

1. Een gecombineerde leefstijlinterventie dient te bestaan uit de volgende componenten:
 - advisering over en begeleiding bij een gezond voedingspatroon;
 - advisering over en begeleiding bij een toename van lichamelijke activiteit;
 - advisering over en begeleiding bij het bewerkstelligen van veranderingen in het gedrag.
2. Belangrijke voorwaarden voor effectiviteit zijn dat de advisering en begeleiding 'op maat' zijn, d.w.z. toegesneden op de situatie van het individu en toepasbaar in de eigen omgeving. Voorts dat de leefstijlinterventie gevolgd wordt door langdurige begeleiding in de vorm van 'opfriscontacten'. Huisarts en/of praktijkondersteuner spelen hierbij een centrale rol.
3. In het algemeen geldt dat hoe intensiever en langduriger een interventie, hoe effectiever. Dit betekent niet dat voor ieder individu een intensieve interventie aangewezen is. Het principe van *stepped care* is hierbij belangrijk: personen die goed in staat zijn de problematiek te begrijpen en zelfstandig aan te pakken hebben voldoende aan uitleg en advisering. Personen die moeite hebben met bv. bewegen (door fysieke beperkingen) hebben uitgebreidere advisering en begeleiding nodig, ook bij het 'leren bewegen'. De huisarts en/of praktijkondersteuner spelen hierbij een centrale rol en kunnen na inschatting van de mogelijkheden van de persoon, zo nodig verwijzen naar gespecialiseerde zorgaanbieders.
4. De wetenschappelijke studies over gecombineerde leefstijlinterventies zijn i.h.a. uitgevoerd in gemotiveerde groepen, met gemotiveerd personeel. Een belangrijke vraag is of de resultaten in dergelijke studies behaald ook generaliseerbaar zijn in de algemene populatie. Het is genoegzaam bekend dat behandeldoelen zoals uiteengezet in richtlijnen in de dagelijkse praktijk lang niet altijd worden bereikt.^{27, 28} Ook hierbij spelen huisarts en/of praktijkondersteuner een belangrijke rol, met name in het motiveren van individuen en het stellen van haalbare doelen. Het is voorts essentieel dat leefstijlinterventieprogramma's voortdurend worden geëvalueerd om na te gaan wat de effectiviteit is, ook op de langere termijn.
5. Matig intensieve leefstijlinterventies zijn effectief en het meest kosten-effectief voor personen met overgewicht/obesitas en prediabetes of andere risicofactoren zoals hypertensie.¹⁷ Voor manifeste diabetes lijkt dit minder het geval, maar goede studies ontbreken nog. De Look AHEAD studie laat goede resultaten zien van een intensieve leefstijlinterventie na 1 jaar follow-up.²⁶ Dit zal nog bevestigd moeten worden in andere studies.
6. De RIVM rapportage beschrijft uit welke bestanddelen de 'best practice interventies' bestaan. Dit overzicht kan dienen als eerste aanzet voor een blauwdruk voor het beoordelen (o.a. door zorgverzekeraars) van interventies ten behoeve van de te verzekeren prestatie.¹⁷

Samenvattend zijn gecombineerde leefstijlinterventies zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk **mits**:

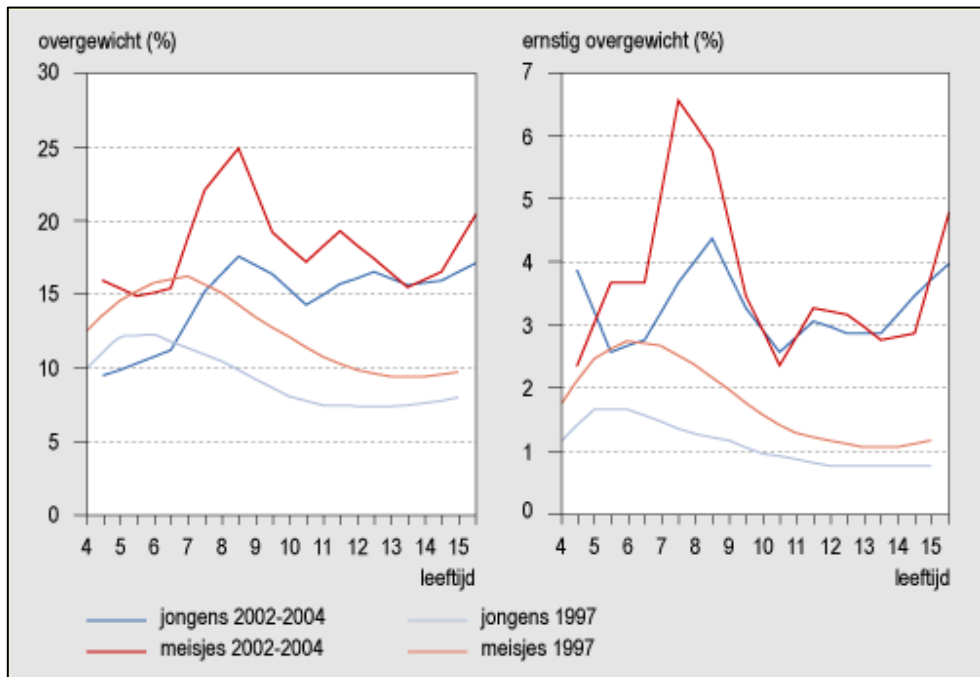
- principe van *stepped care* wordt toegepast (intensiteit van interventie op maat gemaakt);
- interventie is ingebed in de reguliere zorg en afgestemd op de individuele mogelijkheden en de eigen omgeving;
- de interventie bestaat uit de drie essentiële componenten voeding, beweging en gedrag.

En voor de volgende **indicaties**:

- overgewicht in combinatie met grote buikomvang of andere bekende risicofactor;
- obesitas;
- prediabetes;
- manifeste diabetes (nog onduidelijkheid over optimale interventie);
- manifeste hart- en vaatziekte (voor andere dan coronaire hartziekten nog onduidelijkheid over optimale interventie).

Kinderen en jeugdigen

Ook de prevalentie van overgewicht bij kinderen en jeugdigen neemt schrikbarend toe: ²⁹



In 2002-2004 was de gemiddelde prevalentie van overgewicht 15%, en van obesitas 3.5 %. In het verlengde daarvan wordt steeds meer DM 2 (vroeger ouderdomsdiabetes geheten!) gezien bij kinderen en jeugdigen. Dit betekent dat als deze trend zich voortzet, deze kinderen al op jongvolwassen leeftijd (rond het 30^{ste} levensjaar) cardiovasculaire ziekten zullen krijgen. Naast DM 2 en cardiovasculaire ziekten komen bij obese kinderen aandoeningen voor als slaapapnoe, hypertensie en hyperlipidemie. Bovendien leidt het tot een ernstige aantasting van de kwaliteit van leven, psychosociale problemen en isolement.

Net als bij volwassenen is ook bij kinderen een gecombineerde leefstijlinterventie, toegesneden op de persoonlijke situatie, het eerst aangewezen. Daarnaast is het essentieel dat het gezin ('het systeem') in de behandeling wordt betrokken en dat de begeleiding van lange duur is ('opfriscontacten gedurende meerdere jaren').

De CBO-richtlijn Obesitas hanteert een stroomschema voor kinderen en jeugdigen, waarin in geval van comorbiditeit of verhoogde risicofactoren altijd verwijzing naar een kinderarts plaatsvindt. ³ Binnen de kindergeneeskunde zijn leefstijlinterventieprogramma's specifiek voor jongeren ontwikkeld. De 'Dikke Vriendenclub' is daarvan een goed voorbeeld, resultaten na één jaar werden recent gepubliceerd. In dit multidisciplinaire programma wordt veel aandacht geschonken aan educatie en psychosociale aspecten, zowel individueel als in groepsverband. Na 1 jaar was in de volhouders de BMI gedaald van gem. 26.6 naar gem. 24.4. Dit correspondeert met een gemiddeld gewichtsverlies van 18.7%. Er was een belangrijke groep van 'drop outs', nl. 33%. ³⁰ Dit betekent dat het programma niet voor alle

kinderen met obesitas geschikt is, en dat er wellicht intensievere (klinische?) en langduriger programma's nodig zijn. In dit verband kan het klinische programma in Asthmacentrum Heideheuvel worden genoemd, waar kinderen en jeugdigen met obesitas en comorbiditeit langdurig worden opgenomen. De effectiviteit van dit programma zal in de komende jaren worden onderzocht. Tenslotte zijn recent in aanvulling op de CBO-richtlijn nog enkele systematische reviews gepubliceerd over leefstijlinterventies bij kinderen met overgewicht of ter preventie van overgewicht.³¹⁻³³ In de meest recente en meest relevante meta-analyse werden 14 studies geïdentificeerd met verandering van gewicht als primaire uitkomstmaat. De controlegroepen hadden alle een gewichtstoename in de observatie- en follow-up periode, de behandelde groepen vertoonden een reductie in het percentage overgewicht van 8.2 aan het eind van het programma en 8.9 na langdurige follow-up (tot 5 jaar). De interventies bestonden uit dieet-advisering, betrekken van de ouders, gedragsmatige interventies, en lichaamsbeweging.³¹

Samenvattend zijn gecombineerde leefstijlinterventies voor kinderen en jeugdigen met overgewicht/obesitas zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk **mits**

- het principe van stepped care wordt toegepast (intensiteit van interventie op maat gemaakt);
- het gezin ('het systeem') actief wordt betrokken bij de behandeling;
- de interventie is ingebed in de reguliere zorg en afgestemd op de individuele mogelijkheden en de eigen omgeving;
- de interventie bestaat uit de drie essentiële componenten voeding, beweging en gedrag.

Literatuur

1. NDF Zorgstandaard. Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.
2. Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement 2006. CBO, 2006.
3. Richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. CBO, 2008.
4. Wild SH, Byrne CD. Risk factors for diabetes and coronary heart disease. *BMJ* 2006; 333: 1009-1011.
5. Steinberg BA, Bhatt DL, Mehta S, et al. Nine-year trends in achievement of risk factor goals in the US and European outpatients with cardiovascular disease. *Am Heart J* 2008; 156: 19-27.
6. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, et al. Surgery decreases long-term morbidity, mortality and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* 2004; 240: 416-424.
7. Sjöström L, Lindroos A, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2683-2693.
8. Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007; 357: 753-761.
9. Bray GA. Health hazards associated with obesity in adults. Uptodate, version 16.2, mei 31, 2008. www.utdol.com
10. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by change in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-1350.
11. Lindström J, Parikka PI, Peltonen M, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368: 1673-1679.
12. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403.
13. Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, et al. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med* 2005; 142: 323-332.
14. Ratner R, for the Diabetes Prevention Program Research Group. Impact of intensive lifestyle and metformine therapy on cardiovascular disease risk factors in the diabetes prevention program. *Diabetes Care* 2005; 28: 888-894.
15. NICE clinical guideline 43. Obesity. December 2006. www.nice.org.uk
16. NICE clinical guideline 66. Type 2 diabetes. May 2008. www.nice.org.uk
17. Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bogers RP, et al. Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvies bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweegkuur. RIVM rapport 260401005, dec 2008. www.rivm.nl
18. Staal PC, Ligtenberg G. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. CVZ rapport 254, nov 2007. www.cvz.nl
19. Galani C, Schneider H. Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2007; 52: 348-359.
20. Curioni CC, Lourenco PM. Long-term weight loss after diet and exercise: a systematic review. *Int J Obes* 2005; 29: 1168-1174.
21. Yamaoka K, Tango T. Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2005; 28: 2780-2786.

22. Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 344: 299.
23. Review: Effect van leefstijlinterventies bij patiënten met hart- en vaatziekten of hoog risico. Uitgave van de Nederlandse Hartstichting, september 2008.
24. McCulloch DK. Effects of exercise in diabetes mellitus in adults. Uptodate version 16.3 oktober 2008. www.utdol.com
25. McCulloch DK. Initial management of blood glucose in type 2 diabetes mellitus. Uptodate version 16.3 oktober 2008. www.utdol.com
26. Espeland M, for the Look AHEAD research group. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. One-year results of the Look AHEAD trial. *Diabetes Care* 2007; 30: 1374-1383.
27. Horst-Schrivver van der ANA, Ubink-Veltmaat LJ, Horst van der ICC, Bilo HJG, Lambert J. Matige bloeddrukregulatie bij patiënten met diabetes mellitus type 2 in de eerste en tweede lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 570-574.
28. Harmsen M, Braspenning J, Grol RPTM. Het handelen volgens evidence based richtlijnen. Achtergrond studie voor RVZ rapport Met het oog op gepaste zorg. ???? 2004
29. VTV 2006, RIVM. www.rivm.nl
30. Akker van der ELT, Puiman PJ, Groen M, et al. A cognitive behavioral therapy program for overweight children. *J Pediatr* 2007; 151: 280-283.
31. Wilfley DE, Tibbs TL, Van Buren DJ, et al. Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Health Psychol* 2007; 26: 521-532.
32. Campbell KJ, KD. Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. *Obes Rev* 2007; 8: 327-338.
33. Collins CE, Warren J, Neve M, McCoy P, Stokes BJ. Measuring effectiveness of dietetic interventions in child obesity: a systematic review of randomized trials. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 906-922.

Bijlage 3

Hoofdstuk 2 uit Rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie.*

2. DE GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE

2.a. Inleiding

CBO-richtlijn

Medio 2008 is de richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen* vastgesteld. Deze richtlijn steunt grotendeels op de NICE-richtlijn over dit onderwerp van december 2006. Het is een multidisciplinaire richtlijn, gemaakt op initiatief van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, CBO. In deze richtlijn staan de aanbevolen interventies bij de bestrijding van overgewicht en obesitas opgesomd.

Drie pijlers voor de behandeling

Volgens de richtlijn kent de behandeling van overgewicht en obesitas drie pijlers :

- 1 (advies en begeleiding bij) het verminderen van de energie-inname door een individueel samengesteld dieet dat leidt tot gewichtsreductie en verbetering van het eetgedrag;
- 2 (advies en begeleiding bij) het verhogen van lichamelijke activiteit;
- 3 interventies ter ondersteuning van gedragsverandering. Hieronder vallen bijvoorbeeld:
 - *zelfmonitoring* van eetgedrag en fysieke activiteit;
 - *zelfcontrole-maatregelen* : het anders omgaan met prikkels die aanleiding kunnen zijn voor overmatig eten;
 - *cognitieve herstructurering* : bijstellen onrealistische doelstellingen en inadequate overtuigingen rond gewichtsverlies, lichaamsbeeld en eten;
 - *problem-solving* : beter omgaan met moeilijke situaties rond eten en gewichtsverlies;

- *sociale ondersteuning* : de directe omgeving kan helpen de gedragsverandering te ondersteunen.

2.b. Beschrijving gecombineerde leefstijlinterventie

Bestaand zorgaanbod

De gecombineerde leefstijlinterventie biedt de drie onderdelen (advies en begeleiding bij) *dieet - beweging - gedragsverandering* gecombineerd in de vorm van een programma aan. Dit betekent niet dat het bij de gecombineerde leefstijlinterventie om een volledig nieuw zorgaanbod gaat. De interventie put uit het bestaande zorgaanbod en voegt hieraan eventueel onderdelen toe. Nieuw is dat deze interventie gestructureerd binnen een programma aangeboden wordt.

Vormgeving interventie

De combinatie van de elementen kan natuurlijk op veel manieren gebeuren. Ook al staan de bouwstenen van het programma vast, inhoud, duur en intensiteit van de verschillende onderdelen kunnen verschillen. Krijgt een patiënt algemene adviezen over voeding en beweging of zijn de adviezen op zijn individuele situatie toegesneden? Het aspect van de begeleiding is een belangrijke variabele : op welke manier wordt deze gegeven, individueel (face-to-face, telefonisch) of in groepsverband? Over welke periode strekt de begeleiding zich uit, wat is de frequentie van het contact? Ook de ondersteuning van de gedragsverandering kan vele vormen aannemen. Hierboven somden we enkele strategieën hiervoor op. Ook de manier waarop deze worden aangeboden kunnen weer verschillen: individueel of in groepsverband, face-to-face, programma's via Internet.

voorbeelden van programma's

De zorgpraktijk kent nu een aantal concrete programma's die een voorbeeld geven van de wijze waarop de verschillende componenten gecombineerd kunnen worden.¹⁵

¹⁵ De Beweegkuur is een programma in voorbereiding dat zich vooral richt op patiënten met een hoog risico op DM 2 (voor een beschrijving hiervan, zie : *bijlage 2*).

Indicatie

De indicatie voor een specifiek programma is afhankelijk van verschillende parameters: de ernst van de aandoening (mate van overgewicht, risicocategorie), eventuele comorbiditeit, functionele beperkingen van de patiënt, motivatie en mogelijkheden van de patiënt.¹⁶

Kortom, we mogen concluderen dat de gecombineerde leefstijlinterventie varianten kent. Uitgangspunt is dat de drie componenten, dieet, beweging en gedragsverandering (zowel advies als begeleiding), gezamenlijk aangeboden worden. De componenten kunnen in duur en intensiteit verschillen. De uiteindelijke vormgeving van het programma is enerzijds afhankelijk van factoren die de patiënt betreffen, anderzijds van factoren binnen het zorgaanbod.

Duiding

In de volgende paragrafen nemen we als uitgangspunt voor de duiding een gecombineerde leefstijlinterventie die bestaat uit adviseren over en begeleiden bij dieet, beweging en gedragsverandering als uitgangspunt. We duiden de interventie aan de hand van de volgende wettelijke criteria :

- 1 stand van de wetenschap en praktijk;
- 2 plegen te bieden;
- 3 overige wettelijke voorwaarden.

Stand van de wetenschap en praktijk

Deze criteria passen we als volgt toe. Allereerst toetsen wij de gecombineerde leefstijlinterventie aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij gaat het om de beoordeling van de effectiviteit van de interventie als geheel. De bijdrage van de verschillende componenten afzonderlijk aan de effectiviteit van het geheel, valt nu eenmaal niet te bepalen.

¹⁶ Het RIVM geeft in zijn rapport *(Kosten)effectiviteit beweeg- en dieetadvisering in de gezondheidszorg* (2008) voorbeelden uit de literatuur van verschillende gecombineerde pakketten. Deze pakketten combineren alle dieet en beweging en passen componenten uit de gedragstherapie toe. De pakketten verschillen in de intensiteit waarmee ze aangeboden worden.

***Geneeskundige
zorg***

Om te bepalen of de componenten van de interventie (dieet, beweging en gedragsverandering) tot de prestatie geneeskundige zorg gerekend kunnen worden, toetsen wij ze aan het criterium 'plegen te bieden' en mogelijke andere wettelijke voorwaarden.

Bij de beoordeling van de effectiviteit gaat het om een medisch-inhoudelijke toetsing; bij de beoordeling van 'het plegen te bieden' en de overige wettelijke voorwaarden gaat het om een verzekeringstechnische toetsing. De systematiek van de wet dwingt ons om bij die laatste toetsing de gecombineerde interventie weer te ontrafelen in de samenstellende delen. Op basis van de uitkomsten van deze drie vragen concluderen we of de gecombineerde leefstijlinterventie als totaalprogramma deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties onder de Zvw.

***Interventie en
indicatie***

We willen nog wel benadrukken dat we niet ingaan op de zorginhoudelijke vraag welke variant van de gecombineerde leefstijlinterventie (qua duur en intensiteit) geïndiceerd is bij welke groep patiënten. Dit is een vraag die de zorgaanbieder moet beantwoorden in een concrete situatie, bij voorkeur aan de hand van richtlijnen en standaarden. Het CVZ schetst in deze duiding de grenzen van de gecombineerde leefstijlinterventie in het algemeen als te verzekeren prestatie.

2.c. Stand van de wetenschap en praktijk

2.c.1. Algemeen

***Gewichtsreductie
en
lichamelijke
fitheid***

Vanwege de sterke samenhang tussen het overgewicht en aandoeningen en risicofactoren die daaruit voortvloeien, worden de leefstijlinterventies vooral gericht op de gewichtsreductie. Lichamelijke activiteit kan de gewichtsreductie ondersteunen. Afzonderlijk verbetert de lichamelijke activiteit de lichamelijke fitheid; zij kan daarmee de risicofactoren gunstig beïnvloeden. Het belang van lichamelijke fitheid om gezondheidsrisico's te verminderen,

naast gewichtsreductie, is uit verschillende onderzoeken naar voren gekomen. Inactiviteit en lage aerobe fitheid verhogen de kans op hart- en vaatziekten en totale mortaliteit. Verder blijkt uit verschillende onderzoeken dat lichamelijke activiteit een belangrijke rol speelt bij het handhaven van het gereduceerde gewicht. Gewichtsreductie en gewichtshandhaving zijn twee aparte processen, zo beschrijft de inspanningsfysioloog Hill in zijn onderzoek.¹⁷ Het dieet is de belangrijkste component om gewichtsverlies te bereiken. Lichamelijke activiteit helpt om het nieuwe gewicht te behouden en levert een belangrijke bijdrage aan het terugbrengen van de risicofactoren voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en DM 2.

2.c.2. Uitkomstmaten

'Harde' uitkomstmaten

Behandeling van overgewicht en obesitas heeft uiteindelijk tot doel morbiditeit en mortaliteit te reduceren (de zogenaamde 'harde' uitkomstmaten). Wetenschappelijke studies rond deze interventies gebruiken voornamelijk intermediaire uitkomstmaten, zoals gewichtsreductie en mate van lichamelijke activiteit, in plaats van klinische eindpunten.

Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen. In de eerste plaats heeft epidemiologisch onderzoek aangetoond dat er een verband is tussen gewichtsreductie en mate van lichamelijke activiteit enerzijds en een afname van DM 2 en cardiovasculaire morbiditeit anderzijds. In de tweede plaats zijn voor 'harde' uitkomstmaten grootschalige studies met een lange follow up vereist. Het gaat immers om *risicofactoren* voor aandoeningen. Het daadwerkelijke optreden van de ziekte ligt vaak ver in de toekomst. Dergelijke grootschalige, gerandomiseerde studies met vele jaren follow-up zijn financieel en methodologisch nauwelijks uitvoerbaar onder andere omdat dergelijke trials niet dubbelblind kunnen worden opgezet. De studies die op dit moment lopen, richten zich vooral op de optimalisering van de interventie: met welke intensiteit is de interventie het meest effectief om gewichtsreductie te realiseren; welke bestanddelen zijn

¹⁷ Hill et al., 2005 (zie: CBO-richtlijn)

essentieel, welke minder; wat is de optimale duur van een programma; over welke competenties moeten de zorgverleners beschikken die het programma uitvoeren enz.

Intermediaire uitkomstmaten

Het verband tussen gewichtsreductie en afname van morbiditeit is overtuigend aangetoond. Onderzoeken rond chirurgische interventies bij obesitas (bariatrische chirurgie) laten zien dat een blijvende gewichtsreductie leidt tot significante gezondheidswinst. Grote cohortstudies ondersteunen deze associatie. De gerandomiseerde, Finse DPS (Diabetes Prevention Study) legde een duidelijke relatie tussen intermediaire en 'harde' uitkomstmaten. Het bleek namelijk dat het effect op de incidentie van DM 2 (de 'harde' uitkomstmaat) het grootst was bij de deelnemers die het meest succesvol waren in hun leefstijlveranderingen (de intermediaire uitkomstmaten : gewicht, dieet, lichamelijke activiteit). Recent zijn de langere termijngegevens van deze studie gepubliceerd : na een mediane follow-up van 7 jaar kent de interventiegroep, ook als de leefstijlinterventie op zich al lang is beëindigd, nog steeds een significante reductie van DM 2. De tweede landmarkstudie is de DPP (Diabetes Prevention Program). Hierin werden prediabeten gerandomiseerd voor hetzij een gecombineerde leefstijlinterventie, hetzij metformine. De leefstijlinterventie bleek effectiever én kosteneffectiever, wat het effect op de DM-incidentie betreft. Eenzelfde gunstiger effect had de leefstijlinterventie op de cardiovasculaire risicofactoren (bloeddruk en lipidspectrum) in vergelijking met metformine. In de eerste drie jaar van de follow-up werd (nog) geen verschil gevonden in het optreden van cardiovasculaire events, maar de follow-up wordt nog minstens vijf jaar gecontinueerd.

Langere termijngegevens

Relatie 'harde' en intermediaire uitkomstmaten

Het CVZ concludeert dat de relatie tussen de 'zachte' (of intermediaire) uitkomstmaten (zoals gewichtsreductie, bloeddrukverlaging, lipidenverlaging) en de 'harde' (of klinische) uitkomstmaten (zoals incidentie van DM 2 en cardiovasculaire ziekten) voldoende overtuigend is aangetoond. Bij een dergelijk verband is het gebruik van een intermediaire parameter als primaire uitkomstmaat in studies

geaccepteerd. Dit betekent dat het CVZ bij het wegen van de 'evidence' rond gecombineerde leefstijlinterventies de intermediaire uitkomstmaat relatieve gewichtsreductie als primaire uitkomstmaat accepteert. Een uitgebreidere beschouwing rond de wetenschappelijke literatuur op dit punt, leest u in de medische achtergrondrapportage bij dit rapport (*bijlage 3*).

Relevante gezondheidswinst

Als gewichtsreductie de primaire uitkomstmaat is om de effectiviteit van een leefstijlinterventie te beoordelen, is vervolgens de vraag welke mate van gewichtsreductie tot relevante gezondheidswinst leidt. In de praktijk blijkt dat voor de meeste personen een groot permanent gewichtsverlies met conservatieve methoden niet haalbaar is. Uit epidemiologische studies blijkt echter dat gewichtsverlies in het algemeen tot veranderingen leidt in risicofactoren (zoals bloeddruk, lipiden, insulineresistentie). Ook gering gewichtsverlies kan dus tot gezondheidswinst leiden. De CBO-richtlijnen (zowel voor cardiovasculair risicomanagement als obesitas) en de NICE beschouwen een gewichtsverlies van = 5% als succesvol en klinisch relevant. De CBO-richtlijn beschouwt zelfs een gewichtsverlies van < 5% als beperkt succesvol. De motivatie hiervoor is dat leefstijlveranderingen in het algemeen een gunstig effect kunnen hebben op voedingsgewoonten en mate van lichamelijke activiteit, ook al is het gewichtsverlies gering. Als er geen aantoonbaar gewichtsverlies is, zal de effectiviteit van de leefstijlinterventie wel op een andere manier aangetoond moeten worden (bijvoorbeeld door het meten van lichamelijke activiteit).

2.c.3. Effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies in verschillende populaties

Effectiviteit per patiëntengroep

In deze paragraaf vatten we de conclusies samen rond de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie in verschillende groepen patiënten. Voor de gedetailleerde onderbouwing hiervan verwijzen wij naar bijlage 3.

Risicofactor en ziekte

De belangrijkste onderverdeling binnen de grote groep van personen met overgewicht resp. obesitas, is die tussen

patiënten met risicofactoren en die met manifeste ziektes. (Vooruitlopend op hoofdstuk 3 willen we overigens nu al aangeven dat het onderscheid tussen risico en ziekte niet altijd scherp te trekken is. DM 2 wordt bijvoorbeeld gekwalificeerd als ziekte, maar is tegelijkertijd een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten). Binnen de risicofactoren is de mate van het overgewicht een onderscheidend criterium voor de mate van het risico.

De patiëntengroepen

Grofweg onderscheiden we dan de volgende groepen :

- 1 personen met BMI tussen 25 en 30, met een risicofactor voor hart- en vaatziekten (zoals buikomvang, hoge bloeddruk);
- 2 personen met obesitas, dat wil zeggen $BMI \geq 30$;
- 3 personen met prediabetes (dat wil zeggen, gestoorde glucosewaarden, maar nog niet voldoende aan definities DM 2);
- 4 personen met manifeste DM 2;
- 5 personen met manifeste hart- en vaatziekten.

Deze groepen overlappen elkaar voor een groot deel. Zo heeft ca. 90% van de (pre)diabeten overgewicht /obesitas.

DM 2-incidentie

Voor deze groepen is de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventies uitvoerig onderzocht, merendeels met de uitkomstmaten gewichtsreductie, lichamelijke activiteit en cardiovasculaire risicofactoren. Uit wetenschappelijke studies blijkt dat gecombineerde leefstijlinterventies effectief zijn in het reduceren van het gewicht en het terugbrengen van de DM 2-incidentie en een gunstig effect hebben op de bloeddruk. Bij personen met manifeste DM 2 kunnen gecombineerde leefstijlinterventies de diabetes makkelijker hanteerbaar maken (soms wordt zelfs afbouw van de medicatie bereikt) en kunnen zij de cardiovasculaire risicofactoren verlagen.

Risico bij overgewicht resp. obesitas

De CBO-richtlijn beveelt de gecombineerde leefstijlinterventie aan bij personen met obesitas. Het risico op ziekte bij obesitas stelt de richtlijn gelijk aan het risico hierop bij overgewicht met een grote buikomvang (zie verder : hoofdstuk 3). Deze aanbeveling baseert het CBO op studies waarin dieet,

Vormgeving interventie

beweging en gedragstherapie onderling vergeleken worden en in verschillende combinaties. Het RIVM heeft recent een systematische review gepubliceerd over de literatuur rond de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie. De review concludeert dat reductie van de incidentie van DM 2 het meest opvallende effect van leefstijlinterventies bij personen met overgewicht is. (zie ook : paragraaf 2.c.5)

De studies gebruiken over het algemeen intermediaire uitkomstmaten. In de vorige paragraaf hebben wij uiteengezet, dat deze maten een krachtige voorspellende waarde hebben voor het optreden van morbiditeit en mortaliteit. Derhalve kan het CVZ de conclusies over de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie gebruiken voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ is van oordeel dat de gecombineerde leefstijlinterventie bij genoemde indicaties voldoet aan de eisen van de stand van de wetenschap en praktijk. Belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit is het toesnijden van de interventie op de situatie van de patiënt, dat wil zeggen :

- de risicocategorie;
- mogelijke comorbiditeit;
- (fysieke) mogelijkheden van de patiënt;
- psychosociale omstandigheden;
- ervaringen met en uitkomsten van behandelingen in het verleden (inclusief het inventariseren van mogelijke belemmerende factoren).

Zoals hierboven aangegeven zijn deze factoren van belang in de praktijk van de zorgverlening, om de precieze vorm van de interventie te bepalen. Bij het duiden van de interventie gaan we hier verder niet op in.

Actuele richtlijnen

2.c.4. Actuele richtlijnen

In Nederland zijn er vier actuele richtlijnen op het gebied van overgewicht en obesitas en de preventie van DM 2 en hart- en vaatziekten :

- 1 CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij*

- volwassenen en kinderen* (2008);
- 2 NHG-standaard *Diabetes Mellitus* (2007);
- 3 CBO-richtlijn/NHG-standaard *Cardiovasculair Risicomanagement* (2006);
- 4 *Vasculair risicomanagement* (Platform *Vitale vaten* - 2008).

Op het gebied van (preventie van) overgewicht en obesitas bij kinderen zijn er, op het snijvlak van individuele gezondheidszorg en public health, twee belangrijke documenten:

- 1 *Signaleringsprotocol overgewicht in de jeugdgezondheidszorg* (2004);
- 2 *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht* (Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg, 2005).

Op het *Signaleringsprotocol* komen we nog terug in hoofdstuk 3 over het hoog-risicobegrip.

Intensieve begeleiding

De richtlijnen gaan alle uit van een interventie die (advisering en begeleiding bij) *dieet – beweging – gedragsverandering* combineert. Uit de richtlijnen komt ook naar voren dat, wil de interventie succesvol zijn, deze in ieder geval intensief en goed gestructureerd moet zijn. Groepsessies lijken daarbij –bij gelijke kosten- succesvoller dan een individuele aanpak. Bij verandering van leefstijl gaat het vooral om het vasthouden van het nieuwe gedrag. Uit diverse studies blijkt dat langdurige begeleiding ('opfrissercontacten' na een intensieve, initiële behandelingsfase) essentieel is voor het beklijven van het effect. Langere-termijn follow-up na leefstijlinterventies laat zien dat gemiddeld 70% van het na 1 jaar bereikte effect beklijft in het tweede jaar. Dit lijkt af te hangen van het gewichtsverlies in het eerste jaar: een groter verlies gaat gepaard met relatief veel terugval. Langdurig voortzetten van behandeling/begeleiding leidt tot verder gewichtsverlies na het eerste jaar.

Interventie bij kinderen

Voor kinderen beveelt de CBO-richtlijn gecombineerde leefstijlinterventies aan waarbij de eet- en leefgewoonten van het hele gezin worden betrokken. De behandeling bij kinderen

kan gericht zijn op gewichtsverlies of gewichtsbehoud, afhankelijk van de leeftijd en het groeistadium, en op gezondheidswinst. Meer nog dan voor volwassenen geldt dat bij kinderen en jeugdigen nog veel onduidelijkheid bestaat over de optimale strategie. Het staat echter wel vast dat ook voor kinderen en jeugdigen langdurige, intensieve behandeling met een langdurige vervolfbegeleiding effectief is.

2.c.5. RIVM-onderzoek : (Kosten)effectiviteit beweeg- en dieetadvisering in de gezondheidszorg

In 2008 is het RIVM-rapport *(Kosten)effectiviteit beweeg- en dieetadvisering in de gezondheidszorg* verschenen. In dit rapport staan de bevindingen uit een literatuuronderzoek rond de (kosten) effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie en van dieetadvies voor mensen met (hoog risico) op DM 2. Doelgroepen van het onderzoek waren personen met :

- overgewicht (obesitas) : BMI > 25 kg/m² en < 40 kg/ m²;
- verstoorde glucosehuishouding (IGT);
- DM-2.

(Voor deze indicaties schrijven de desbetreffende richtlijnen leefstijlinterventies voor.)

De onderzochte interventies verschillen qua combinatie van dieet, beweging en gedragsverandering én verschillen qua intensiteit. De studiepopulatie bestond voornamelijk uit kaukasische deelnemers, ouder dan 19 jaar.

Kosteneffectiviteit

De onderzoekers concluderen dat een 'matig intensieve' gecombineerde leefstijlinterventie effectief is voor de indicaties overgewicht en obesitas (tot een BMI van 40), voor de indicatie prediabetes en voor patiënten met overgewicht (dus ook in combinatie met bijvoorbeeld hypertensie). Voor patiënten met een manifeste DM 2 zou het kunnen dat intensievere (en dus nog duurdere) leefstijlbegeleiding effectiever is dan de 'matig intensieve' variant (het gaat dan vooral om de component begeleiding bij gedragsverandering), maar trial data van hoge kwaliteit hierover ontbreken nog. De kosteneffectiviteit van de interventies is berekend aan de

hand van het Chronisch ziektemodel van het RIVM. De matig intensieve variant zou circa € 400 kosten (patiëntgebondenkosten) en is als kosteneffectief beoordeeld met name voor de groepen met overgewicht en obesitas.

2.c.6. Conclusie

Het voorgaande brengt het CVZ tot de volgende conclusies over de stand van de wetenschap en praktijk van gecombineerde leefstijlinterventies bij overgewicht en obesitas.

Primaire uitkomstmaat

1. Uit epidemiologisch onderzoek, de Finse DPS en de Amerikaanse DPP blijkt dat de gewichtsreductie na 1 jaar een acceptabele, primaire uitkomstmaat is voor de beoordeling van de effectiviteit van een gecombineerde leefstijlinterventie. Hieruit kunnen vervolgens klinische uitkomsten en lange-termijnseffectiviteit en kosteneffectiviteit worden afgeleid.

Vaste bouwstenen

2. Afhankelijk van de ernst van het overgewicht zijn verschillende interventies mogelijk, maar de basis is altijd een combinatie van dieet, beweging en gedragsverandering (gericht op het vasthouden van de nieuwe leefstijl). De precieze vormgeving is afhankelijk van verschillende parameters, namelijk : de ernst van de aandoening, eventuele comorbiditeit, mogelijke functionele beperkingen van de patiënt, de motivatie en mogelijkheden van de patiënt én van het beschikbare zorgaanbod.

Vormgeving interventie

3. De optimale vorm van de interventie kan verschillen afhankelijk van de mate van overgewicht/obesitas en de eventuele comorbiditeit. Zo ligt deze voor mensen met overgewicht en obesitas en prediabetes qua intensiteit lager dan voor mensen met diabetes. Afstemming van de intensiteit van de behandeling op de ernst van de aandoening is in overeenstemming met het stepped care-principe. Dat wil zeggen dat de behandeling altijd begint met de minst

'Matig intensief'

ingrijpende en de minst kostbare behandeling (gegeven de ernst van de aandoening). Als de eerste behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpender of intensievere behandelvorm. De interventie bij overgewicht/obesitas omschrijft het RIVM als 'matig intensief' en staat in patiëntenkosten gelijk aan een bedrag van € 400 per patiënt in het eerste jaar. Het zou kunnen dat voor patiënten met manifeste diabetes een intensievere aanpak kosteneffectiever is (vooral ook op het gebied van gedragsverandering), maar voor deze conclusie ontbreken nog trials van hoge kwaliteit.

**'Terugkom'-
begeleiding**

4.
Ter voorkoming van terugval dienen gecombineerde leefstijlinterventies gevolgd te worden door een langdurige ('terugkom') begeleiding. Groepsbegeleiding is over het algemeen effectiever - bij gelijke kosten - dan individuele begeleiding.

**Systeemaanpak
voor kinderen**

5.
De conclusies rond de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie gelden in principe zowel voor volwassenen, als voor kinderen. Voor kinderen geldt wél de voorwaarde van een systeemaanpak : het hele gezin moet participeren in de leefstijlverandering wil deze effectief kunnen zijn. De CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen* hanteert een stroomdiagram voor de behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen en jeugdigen. Dit diagram geeft aan dat bij comorbiditeit of verhoogde risicofactoren altijd verwijzing naar een kinderarts plaatsvindt.¹⁸

¹⁸ De huidige opvatting in de JGZ is dat alle kinderen met obesitas naar de kinderarts verwezen moeten worden om medische problematiek uit te sluiten. Het *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht* noemt in hoofdstuk 8 bij de aanbevelingen : 'Overleggen met huisartsen wat de beste methode is om een medische oorzaak of comorbiditeit bij obesitas uit te sluiten. Dit zou verwijzing naar de kinderarts kunnen zijn.'

2.d. Plegen te bieden-criterium

Na de beoordeling van de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie als geheel, toetsen we in deze paragraaf de afzonderlijke onderdelen aan het criterium 'plegen te bieden' en aan de overige wettelijke voorwaarden.

'Open' omschreven prestaties

Voor het begrip van de volgende paragrafen is een algemene toelichting op dit criterium nuttig. De inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties zijn wettelijk geregeld. De manier waarop de regelgever dit geeft gedaan, verschilt per zorgvorm. Sommige zorgvormen zijn in algemene termen beschreven (geneeskundige zorg), andere zijn meer en detail geregeld (hulpmiddelenzorg) en soms is zelfs sprake van een limitatieve opsomming (de farmacie kent een 'positieve lijst').

Plegen te bieden

Voor de meer in algemene termen beschreven zorgvormen heeft de regelgever gebruik gemaakt van de formulering 'plegen te bieden'. Zo is bijvoorbeeld bepaald dat geneeskundige zorg, zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1, Bzv). Deze omschrijving concretiseert de geneeskundige zorg door te verwijzen naar domeinen van zorgaanbieders. Er is nog wel steeds sprake van een functionele systematiek: de zorgverzekeraar kan in de polis bepalen welke, deskundige en bekwame, zorgaanbieder de zorg daadwerkelijk mag leveren.

De Memorie van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering zegt het volgende over dit criterium :

Het aanvaarde arsenaal

Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters.

en

(...) niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.

***Feitelijk én
normatief***

Uit de laatste zinsnede blijkt dat 'plegen te bieden' een feitelijke én een normatieve component kent. Deze normatieve component moet op een objectiveerbare manier beschreven zijn, wil het CVZ deze kunnen betrekken bij het beoordelen van een te verzekeren prestatie. Het CVZ beschouwt documenten als standaarden, richtlijnen, standpunten en visiedocumenten van beroepsgroepen als richtinggevend om de inhoud van 'het aanvaarde arsenaal' te bepalen en 'een professioneel juiste handelwijze' te kenschetsen. Het CVZ gaat dan ook bij dergelijke documenten te rade bij zijn beoordeling of het in concrete gevallen gaat om 'zorg zoals ... plegen te bieden'.

Met deze achtergrondinformatie gaan wij in de volgende paragraaf na, in hoeverre de componenten van de gecombineerde leefstijlinterventie voldoen aan het criterium 'plegen te bieden'.

2.d.1. Dieet - advisering en begeleiding

***Inhoud van
het dieet***

Een dieet wil zeggen dat de voeding (om medische redenen) afwijkt van de gebruikelijke voeding. Gewichtsreductie heeft op zich ook een medisch doel, maar een dieet (dat wil zeggen de inhoud, bijvoorbeeld maaltijdvervangers) gericht op gewichtsreductie valt niet onder de dekking van de Zvw. Ook al zijn er vele vormen van dieet om gewichtsreductie te bereiken (energiebeperkt; laag calorisch; laag vet; mediterraan), het gaat nog steeds om een dieet op basis van normale voeding. Maaltijdvervangers zijn geen voorwaarde voor effectief afvallen. Aan het volgen van een dieet zijn dan ook geen onvermijdelijke meerkosten verbonden, iedere burger moet de kosten dragen voor zijn dagelijkse voeding en er is dus geen reden om voor deze dieetkosten een beroep te doen op de solidariteit van de sociale ziektekostenverzekering.

Advisering en begeleiding

Bij de leefstijlinterventie 'dieet' komen vervolgens advisering en begeleiding bij het volgen van een dieet aan de orde. Deze onderdelen vallen onder de geneeskundige zorg. In eerste instantie komt dan de prestatie dieetadviesing (art. 2.6 lid 6 Bzv) in het zicht.

Artikel 2.6 lid 6 Bzv omschrijft 'dieetadviesing' als volgt:
voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden (tot een maximum van vier behandeluren per jaar).

Het *Besluit Opleidingseisen en Deskundigheidsgebied Diëtist*, Wet BIG, artikel 5, omschrijft deze zorg door diëtisten als volgt:

onderzoeken van de patiënt, gericht op het bepalen van diens voedingstoestand en op het vaststellen of lokaliseren van bepaalde voedingsgerelateerde ziektebeelden en op basis van verkregen gegevens opstellen van een behandelplan.

Vier behandeluren

Binnen de toegestane vier behandeluren per jaar is begeleiding mogelijk.

De dieetadviesing kan in de praktijk variëren van algemene adviezen over gezonde voeding en voorlichting over het belang van vermindering van energie-inname, tot een op het individu toegesneden dieet.

Dieetadviesing en de huisarts

Dieetadviesing en begeleiding bij het volgen van een dieet kunnen ook deel uitmaken van zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv) vooral als het gaat om algemene adviezen over gezonde voeding en gezond eetgedrag. Bij algemene klachten in verband met overgewicht of obesitas zal dan in eerste instantie de huisarts in beeld zijn. De NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement* gaat in op deze gezondheidsproblemen en noemt aanpassing van de leefstijl en het voedingspatroon onder de niet-medicamenteuze behandeling. Voor de effectiviteit van de behandeling is

intensieve ondersteuning belangrijk, aldus de standaard. In de huisartsenpraktijk kan deze aangeboden worden door praktijkondersteuners of gespecialiseerde verpleegkundigen ('nurse practitioners'), zo voegt de standaard toe. De wetenschappelijke literatuur geeft aanwijzingen dat begeleiding in groepsverband effectiever is dan individuele contacten. Ook blijkt dat vooral het langdurige continueren van contact tussen patiënt en behandelaar de effectiviteit van de interventie ten goede komt. In paragraaf 2.d.7. over de gedragsverandering en de ondersteunende interventies hierbij, bespreken we de inhoud van de begeleiding gedetailleerder.

Ook deze standaard benadrukt dat voor blijvend behoud van de gewichtsreductie louter het volgen van een dieet niet voldoende is. Hiervoor is de combinatie met lichamelijke activiteit en gedragsverandering een voorwaarde.

2.d.2. Conclusie dieet – advisering en begeleiding

1.

Inhoud van het dieet

Bij een dieet gericht op gewichtsreductie maakt de inhoud van het dieet (bijvoorbeeld maaltijdvervangers) geen deel uit van de te verzekeren prestaties binnen de Zvw.

2.

Adviseren en begeleiden

Adviseren over gezonde voeding, het opstellen van een individueel dieet en het begeleiden bij het volgen en volhouden van het dieet behoren tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw. Het gaat dan om geneeskundige zorg. De advisering en de begeleiding, specifiek en algemeen, valt onder de prestatie dieetadviesing, omschreven als zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, (art. 2.6 lid 6 Bzv). Algemene dieetadviesing en de begeleiding kan ook vallen onder zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen die plegen te bieden, (art. 2.4 lid 1 Bzv).

Omvang van de dieetadvisering	<p>3.</p> <p>De te verzekeren prestatie 'dieetadvisering' is beperkt tot vier behandeluren per kalenderjaar. De omvang van de huisartsenzorg is afhankelijk van individuele situatie van de patiënt en de mogelijkheden binnen de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld via de inzet van een praktijkondersteuner (POH'er of een 'nurse practitioner').</p>
Groepsverband	<p>Advisering en begeleiding in groepsverband valt ook onder de geneeskundige zorg: zowel onder dieetadvisering, zorg zoals diëtisten die plegen te bieden (art. 2.6 lid 6 Bzv), als onder zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv).</p>
Beweegadvisering	<p><i>2.d.3. Beweging - advisering en begeleiden</i></p> <p>Advisering over gezond bewegen maakt deel uit van de leefstijladviezen die onder de geneeskundige zorg te scharen zijn : zorg zoals huisartsen en ook verloskundigen, fysio- en oefentherapeuten, medisch-specialisten plegen te bieden (zie : onder andere NHG-standaard <i>Cardiovasculair risicomanagement</i>). Ook controle van de effecten van het bewegen is een normale geneeskundige taak die vaak binnen de huisartsenpraktijk zal plaatsvinden : controleren van het gewicht, cardiovasculaire gevolgen, blessurepreventie.</p>
Beweegbegeleiding	<p>De begeleiding bij het bewegen vergt een nadere beschouwing. De begrippen adviseren en begeleiden zijn niet altijd duidelijk te onderscheiden. Het opstellen van een beweegprogramma met inachtneming van de omstandigheden van een patiënt, het motiveren tot het volhouden van het programma en het bewaken van de voortgang kunnen, naar believe, onder adviseren en begeleiden geschaard worden. Begeleiden kan echter ook letterlijk 'vergezellen' inhouden. In die zin is er een verschil met 'adviseren'. Binnen de gecombineerde leefstijlinterventie vatten we de begeleiding bij het bewegen dan ook op als het <i>in levende lijve</i> door de zorgverlener instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen. Voor de goede orde : deze definitie van 'begeleiden' hanteren we om, specifiek bij bewegen, een</p>

onderscheid te kunnen maken met 'adviseren'. Dit betekent niet dat 'in levende lijve' in het algemeen inherent is aan begeleiding. Begeleiding bij het volgen van een dieet zal bijvoorbeeld zelden in levende lijve plaatsvinden.

Er zijn geen aanwijzingen in de praktijk of in de literatuur dat, in deze zin, 'begeleiding bij bewegen' onderdeel is van de zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten die plegen te bieden.

***Fysio- en oefen-
therapeuten***

Onder geneeskundige zorg, zoals beschreven in art. 2.4 lid 1 Bzv, valt ook de paramedische zorg. Deze wordt nader uitgewerkt in art. 2.6 Bzv. Lid 1 van dit artikel geeft aan dat de paramedische zorg onder andere fysiotherapie en oefentherapie omvat. Fysiotherapie en oefentherapie omvatten zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, aldus lid 2 bij art. 2.6 Bzv.

In het Besluit *Opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut* staat in artikel 5 als deskundigheidsgebied onder meer omschreven :

onderzoeken van de patiënt op de aanwezigheid van een belemmering of bedreiging van diens bewegend functioneren en de mate waarin daarvan sprake is, en op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan.

***Beweegpro-
gramma's***

Binnen de fysiotherapeutische praktijk worden tal van beweegprogramma's aangeboden gericht op specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld met chronische aandoeningen (COPD, Diabetes Mellitus 2, hart- en vaatziekten) ter uitvoering van het behandelplan. De fysiotherapeut leert de patiënt binnen deze programma's om het lichaam op de juiste manier, gezien zijn aandoening, te belasten en zijn complete gezondheidstoestand te verbeteren.

Voor patiënten met manifeste hartziekten zijn hartrevalidatieprogramma's beschikbaar. Deze programma's worden door een multidisciplinair team aangeboden, waarbij

fysiotherapeuten veelal de uitvoering op zich nemen. Doel van het programma is onder andere het optimaliseren van het inspanningsvermogen en het ontwikkelen van een actieve leefstijl (zie: *Richtlijn hartrevalidatie 2004*).

Gezien deze voorbeelden scharen we begeleiding bij het bewegen binnen de gecombineerde leefstijlinterventie onder de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Groepsverband

Voor de begeleiding geldt hetzelfde als we al bespraken in de paragraaf over het volgen van een 'dieet'. De wetenschappelijke literatuur geeft aanwijzingen dat begeleiding in groepsverband effectiever is dan individuele contacten. Ook blijkt dat vooral het langdurige continueren van contact tussen patiënt en behandelaar de effectiviteit van de interventie ten goede komt. In de paragraaf over de gedragsverandering en begeleidende interventies bespreken we de inhoud van de begeleiding gedetailleerder.

Advisering en begeleiding

2.d.4. Conclusie bewegen – adviseren en begeleiden

Advisering over gezond bewegen behoort tot de geneeskundige zorg (art. 2.4 Bzv lid 1) en wel de zorg zoals huisartsen, verloskundigen en medisch-specialisten die plegen te bieden. *Advisering* over, al dan niet in combinatie met *begeleiding* bij gezond bewegen behoort tot de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden (art. 2.6 Bzv lid 2). Onder begeleiding verstaan we in dit verband het in levende lijve bijstaan van de patiënt bij de uitvoering van de bewegingcomponent.

'Chronische lijst'

2.d.5. Overige wettelijke voorwaarden

Art. 2.6 lid 2 Bzv geeft aan dat de zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, beperkt is tot de behandeling van de aandoeningen die genoemd worden op de zogenaamde 'chronische lijst' (bijlage 1 bij het Bzv). Behandeling van overgewicht en obesitas komt niet voor op deze lijst. Deze lijst geldt zowel voor verzekerden boven de 18 jaar als onder de 18 jaar. Verder geldt voor verzekerden boven de 18 jaar, dat de eerste negen behandelingen van

aandoeningen die wél op ‘de chronische lijst’ voorkomen, niet onder de dekking van de basisverzekering vallen. Verzekerden tot 18 jaar kunnen maximaal achttien behandelingen krijgen voor aandoeningen die niet op de chronische lijst zijn vermeld.

**Leeftijdsgrens
18 jaar**

2.d.6. Conclusie – bewegen - begeleiden

Kortom, ook al schaaft het CVZ het adviseren over en begeleiden van bewegprogramma’s bij overgewicht en obesitas onder de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden, toch vallen deze niet onder de dekking van de basisverzekering voor verzekerden boven de 18 jaar omdat overgewicht en obesitas niet vermeld staan op de chronische lijst. Voor verzekerden tot 18 jaar behoort het adviseren over en begeleiden van bewegprogramma’s bij overgewicht en obesitas tot de te verzekeren prestaties.¹⁹

**Begeleiding
gedragsver-
andering**

2.d.7. Ondersteuning van gedragsverandering

De CBO-richtlijn over obesitas geeft aan dat gedragsverandering een belangrijke voorwaarde is om de gecombineerde effecten van dieet en beweging vast te houden. Gedragsverandering betekent overigens niet altijd dat een psychologische of psychotherapeutische interventie vereist is. Het gaat eerder om technieken die onderdeel kunnen uitmaken van de begeleiding. De richtlijn noemt de volgende technieken :

- *zelfmonitoring* van eetgedrag en fysieke activiteit;
- *zelfcontrole maatregelen* : het anders omgaan met prikkels die aanleiding kunnen zijn voor overmatig eten;
- *cognitieve herstructurering* : bijstellen onrealistische doelstellingen en inadequate overtuigingen rond gewichtsverlies, lichaamsbeeld en eten;
- *problem-solving* : beter omgaan met moeilijke situaties

¹⁹ Op verschillende plekken hebben we al aangegeven dat we in dit rapport niet ingaan op zorginhoudelijke uitwerkingen van de interventie die buiten het bestek van de ‘duiding’ van de te verzekeren prestaties vallen. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de speciale rol van de kinderfysiotherapeut bij het adviseren over en begeleiden van het bewegen van obese kinderen. Wat de ‘duiding’ betreft: de inzet van deze kinderfysiotherapeut valt onder de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden. De zorginhoudelijke uitwerking hiervan binnen de gecombineerde leefstijlinterventie is aan de beroepsgroep.

- rond eten en gewichtsverlies;
- *sociale ondersteuning* : de directe omgeving kan helpen de gedragsverandering te ondersteunen.

Ondersteunende technieken

Zoals we hiervoor al aangaven gaat het bij deze technieken voor gedragsverandering niet om psychologische of psychotherapeutische interventies in de zin van gestructureerde gesprekstherapie. Het gaat om praktische, ondersteunende technieken ter begeleiding van de primaire interventie (bijvoorbeeld *motivational interviewing*). Iedere zorgverlener die hierin getraind is, kan deze technieken in zijn begeleiding incorporeren. In de huisartsenpraktijk is bijvoorbeeld ook de praktijkondersteuner-GGZ een functionaris die dergelijke technieken kan uitvoeren. Het belang van begeleiding komt in de verschillende NHG-standaarden over leefstijlaandoeningen, ter sprake (*Diabetes Mellitus 2; Stoppen met roken; Cardio-vasculair risicomanagement*).

Educatie

In de NHG-standaard *Diabetes Mellitus 2* wordt de begeleiding onder de noemer 'educatie' te berde gebracht. Volgens de standaard is het effect van voorlichting beter wanneer die gecombineerd wordt met strategieën gericht op gedragsverandering. De ideale educatie bestaat uit een gedragsinterventie die praktisch en haalbaar is. Ook moet de educatie worden ingebed in een structurele vorm van zorg, aldus de standaard.

De NHG-standaard *Stoppen met roken* beschrijft de rol van de huisarts bij de ondersteuning van de gedragsverandering. De huisarts kan de patiënt die het roken wil afzweren, ondersteunen via een korte motivatie ondersteunende interventie

²⁰ In de toekomst kunnen ook nieuwe functionarissen hun intrede doen in de huisartsenpraktijk die hierbij een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld 'de leefstijladviseur' of de gespecialiseerd verpleegkundige preventieve zorg bij somatische aandoeningen. Deze verpleegkundige is een nieuwe zorgfunctionaris. Het College Specialismen Verpleegkunde heeft de eisen voor opleiding, registratie en herregistratie van deze verpleegkundige onlangs vastgesteld (instemming Minister VWS is gepubliceerd in de Staatscourant van 8 februari 2009).

(*Minimale Interventie Strategie*) of via een intensieve ondersteunende interventie.

Tenslotte, de NHG-standaard *Cardiovasculair risico-management* benadrukt het belang van ondersteuning bij verandering van de leefstijl. Hoe de patiënt het beste ondersteund kan worden hangt af van de behoefte van de patiënt en de lokale mogelijkheden. De standaard ziet daarbij ook een rol voor de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld via de inzet van de praktijkondersteuners (POH of POH-GGZ).²⁰ De standaard concludeert dat in het algemeen intensieve ondersteuning ter bevordering van een gezonde leefstijl effectiever is dan minder intensieve of geen ondersteuning.

***Geneeskundige
geestelijke
gezondheidszorg***

Er kan natuurlijk aanleiding zijn voor een zwaardere psychologische of psychotherapeutische interventie. Vanaf 2008 omvat de geneeskundige zorg uit de Zvw ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Artikel 2.4 lid 1 Bzv omschrijft deze zorg, als de zorg zoals klinisch psychologen en medisch-specialisten die plegen te bieden.

Eerstelijnspsychologische zorg

De geneeskundige GGZ omvat niet-gespecialiseerde, eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De eerstelijnspsychologische zorg richt zich op de behandeling van eenvoudige (niet zo ernstige) problematiek. De behandeling is monodisciplinair, generalistisch. Het gaat om aandoeningen op as I van DSM IV (stemmingsstoornissen; angststoornissen; somatoforme stoornissen; aanpassingsstoornissen). De gespecialiseerde GGZ richt zich op diagnostiek en specialistische behandeling van mensen met complexere en/of multipele stoornissen. Er is sprake van een stoornis op as I van DSM IV, maar daarnaast vaak ook een diagnose op de as II of meer dan één diagnose op as I. Behandeling vindt plaats na 'voorselectie', bijvoorbeeld een verwijzing door de huisarts. Zowel bij de eerstelijnspsychologische zorg als bij de specialistische GGZ gaat het dus om diagnoses op de assen I en/of II van DSM IV. Overgewicht en obesitas zijn op zich geen diagnoses die aan deze omschrijving voldoen. Daarvoor moet er sprake zijn van

additionele problematiek, bijvoorbeeld een depressie.

2.d.8. Conclusie – ondersteunen van gedragsverandering

Ondersteunende technieken

Praktische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering kunnen vervat zijn in de begeleiding bij een leefstijlprogramma, zoals beschreven in de standaarden voor huisartsenzorg. Ondersteuning bij gedragsverandering in deze zin maakt hiermee deel uit van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, maar kan bijvoorbeeld ook aan de orde zijn bij zorg zoals fysio- en oefentherapeuten of diëtisten die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv en art. 2.6 lid 2 Bzv).

DSM IV-diagnoses

De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg onder de Zvw (de zorg zoals klinisch-psychologen en medisch-specialisten die plegen te bieden) kan alleen een rol spelen bij de ondersteuning van leefstijlveranderingen als, naast de diagnose overgewicht of obesitas, een diagnose op de assen I en/of II van DSM IV gesteld wordt. Is een dergelijke DM IV-diagnose inderdaad gesteld, dan kan niet-gespecialiseerde, eerstelijns-psychologische zorg maximaal acht zittingen per kalenderjaar omvatten (artikel 2.4, lid 1, onder d, Bzv). Er is een eigen bijdrage verschuldigd.

2.e. Conclusies over de gecombineerde leefstijlinterventie

Te verzekeren prestatie ?

De gecombineerde leefstijlinterventie omvat advisering en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering. Onze voorgaande conclusies betekenen dat de gecombineerde leefstijlinterventie deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties onder de Zvw wat de stand van de wetenschap en praktijk en het criterium 'plegen te bieden' betreft. Dit is ook niet vreemd want de gecombineerde leefstijlinterventie combineert en organiseert bestaand zorgaanbod onder de Zvw. Voor onderdelen van de interventie kunnen echter nog andere wettelijke voorwaarden gelden. 'De begeleiding bij het bewegen' (in de zin van 'zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden') strandt op de voorwaarde van vermelding

op de ‘chronische lijst’ voor de fysiotherapie.²¹ De ‘chronische lijst’ kent namelijk de aandoeningen overgewicht en obesitas niet.

Begeleiding bij bewegen

Wat betekent het voorgaande voor de gecombineerde leefstijlinterventie als te verzekeren prestatie? Hiervoor hebben we aangegeven dat er geen standaard bestaat voor de vormgeving van deze interventie. De verschillende onderdelen kunnen variëren in duur en intensiteit, afhankelijk bijvoorbeeld van de ernst van de aandoening, de risicofactoren, eventuele co-morbiditeit, bewegingsmogelijkheden van de patiënt. Niettemin, in dit rapport duiden we de gecombineerde leefstijlinterventie en daarbij gaan we ervan uit dat adviseren én begeleiden bij dieet, beweging en gedragsverandering aan de orde is. In deze zin valt de gecombineerde leefstijlinterventie niet onder de te verzekeren prestaties, omdat de aandoeningen overgewicht en obesitas niet voorkomen op de ‘chronische lijst fysiotherapie’.

Leeftijdsgrens 18 jaar

Daarbij moet aangetekend worden dat de gecombineerde leefstijlinterventie, inclusief de begeleiding bij het bewegen, voor verzekerden onder de achttien jaar voor maximaal achttien behandelingen wel valt onder de te verzekeren prestaties.

Daarnaast geldt nog dat psychologische interventies, bijvoorbeeld in de zin van gestructureerde gesprekstherapie, onder de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vallen, waarvoor expliciete indicatievereisten gelden (DSM-IV-diagnostiek)

In hoofdstuk 4 gaan we in op de consequenties van deze conclusies over de gecombineerde leefstijlinterventie.

²¹ Binnen de gecombineerde leefstijlinterventie vatten we de begeleiding bij het bewegen op als het *in levende lijve* door de zorgverlener instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen (zie ook : par. 2.4.3).

2.f. Functionele systematiek en het zorgaanbod

Het zorgaanbod

2.f.1. Wie mag de gecombineerde leefstijlinterventie leveren

Deskundige en bekwame zorg- aanbieders

In deze paragraaf willen we in algemene zin ingaan op de functionele systematiek van de Zvw en de gecombineerde leefstijlinterventie. De functionele systematiek van de Zvw heeft als consequentie dat de zorgverzekeraar vrijheid heeft in de keuze van zorgaanbieders. De Zorgverzekering geeft immers aan 'wat' onder de dekking van de basisverzekering valt, de zorgverzekeraar kan bepalen 'wie' de zorg levert en 'waar' de zorg geleverd wordt. Bij de keuze van zorgaanbieder moet de zorgverzekeraar wel de grenzen die de wetgever stelt, in acht nemen. Wettelijke grenzen kunnen ontleend worden aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Het uitgangspunt van deze wet is dat het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, al dan niet beroepsmatig verricht, in principe vrij is (behoudens de zogenaamde voorbehouden handelingen en de titelbescherming die de Wet BIG biedt). Binnen de leefstijlinterventies zal er niet snel sprake zijn van voorbehouden handelingen of titelbescherming die de ruimte van de zorgverzekeraar inperken. Voor de praktijk betekent dit dat de gecombineerde leefstijlinterventie weliswaar is gekwalificeerd als geneeskundige zorg, omdat de interventie behoort tot de zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, diëtisten, fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden. De zorg kan echter vervolgens door iedere deskundige en bekwame zorgaanbieder geleverd worden. Bijvoorbeeld : de begeleiding bij het bewegen hebben wij voor de Zvw geïdentificeerd als zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden. Afhankelijk van de inrichting van het programma en de toestand van een patiënt, zou begeleiding ook door een sportinstructeur geleverd kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de dieetadviesing. Er zullen patiënten zijn die de specifieke deskundigheid van een diëtist nodig hebben, andere kunnen volstaan met algemene adviezen van huisarts of praktijkondersteuner (of nieuwe professionals, zoals 'de leefstijladviseur' en de gespecialiseerd verpleeg-

kundige preventieve zorg bij somatische aandoeningen. (Zie ook : hoofdstuk 4).

2.f.2. Beheersing van het zorgaanbod

Het zorgaanbod

De Wet BIG legt dus weinig beperkingen op aan het leveren van de interventie. De vraag is of er andere wettelijke criteria zijn, waaruit een beperking voortvloeit. In dit verband is de uitleg van het begrip 'plegen te bieden' van belang. De Memorie van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering merkt over 'plegen te bieden' het volgende op :

(...) niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.

Professioneel juiste zorg

In paragraaf 2.d gingen we hier al eerder op in: 'plegen te bieden' heeft kennelijk ook een normatief aspect : de opvattingen van beroepsbeoefenaren over 'goede zorg'. Al in eerdere standpunten heeft het CVZ uitgesproken dat bepaalde kenmerken of organisatorische aspecten van de zorg zodanig bepalend kunnen zijn voor de inhoud en omvang van deze zorg, dat zij hiermee onlosmakelijk verbonden geacht worden. Dit betekent dat er alleen sprake is van 'professioneel juiste zorg' als de zorg voldoet aan deze kenmerken of organisatorische aspecten. Dit betekent ook dat deze kenmerken of organisatorische aspecten gerekend moeten worden tot de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties onder de Zvw.²²

De professioneel juiste wijze moet het CVZ natuurlijk wel op een geobjectiveerde manier vaststellen. Richtlijnen, standaarden, visiedocumenten van beroepsgroepen bieden hiervoor de handvatten.

Een leefstijlinterventie is aangewezen, zodra en omdat er sprake is van een (risicofactor voor een) aandoening die samenhangt met overgewicht of obesitas. Dit betekent dat het

²² zie: *standpunt SOS-arts*: september 2008, CVZ. In dit standpunt ging het om de bepaling van de inhoud en omvang van de acute-huisartsenzorg

Onderdeel zorgpad gaat om een patiënt die (waarschijnlijk binnen de huisartsenzorg) gediagnosticeerd en geïndiceerd is voor een leefstijlinterventie. Het is bij overgewicht en obesitas heel goed mogelijk dat het dan gaat om meervoudige problematiek (overgewicht en verstoorde glucosetolerantie en/of hoge bloeddruk en/of dislipidemie). Deze aandoeningen kennen een zekere chroniciteit. De behandeling strekt zich uit over een langere periode, waarbij supervisie door de behandelende arts belangrijk is. De leefstijlinterventie is daarmee onderdeel van een breder zorgpad. De organisatie van de leefstijlinterventie moet dan ook niet los staan van de rest van de zorg. Aanbod van de leefstijlinterventie dichtbij en in samenspraak met de behandelende arts waarborgt de continuïteit van de zorg in overeenstemming met de (medische) achtergrond van de patiënt. De effecten van de interventie op het totale functioneren van de patiënt kan bewaakt worden (de voortgang en daaruit voortvloeiende veranderingen in de behandeling, bijvoorbeeld het bijstellen van geneesmiddelengebruik); eventuele complicaties kunnen gesignaleerd én, hopelijk, voorkomen worden.

Coördinatie van de zorg

Deze opvattingen ontleent het CVZ aan de verschillende standaarden en richtlijnen die actueel zijn rond overgewicht en obesitas: de CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*; de NHG-standaarden *Cardiovasculair Risicomanagement* en *Diabetes Mellitus 2*. De NHG-standaard *Diabetes Mellitus 2* geeft het expliciet aan: de diabeteszorg door de huisarts volgens de richtlijnen van deze standaard is alleen mogelijk als er sprake is van structurele samenwerking met POH-er, wijk- of diabetes-verpleegkundige, diëtist en internist en als er afstemming van zorg is met andere hulpverleners zoals podotherapeut en internist-nefroloog.

Inbedding binnen het zorgpad

Het voorgaande brengt het CVZ tot de volgende conclusie. Wil er sprake zijn van professioneel juiste zorg dan moet een leefstijlinterventie ingebed zijn binnen het totale zorgpad rond een patiënt. Deze 'inbedding binnen het totale zorgpad' krijgt in de praktijk vorm door een structurele afstemming en

samenwerking tussen de betrokken zorgverleners. Voor de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties betekent dit dat het CVZ de leefstijlinterventie alleen als geneeskundige zorg kwalificeert, in de zin van zorg zoals huisartsen, diëtisten, medisch-specialisten, fysiotherapeuten (en eventueel verloskundigen) die plegen te bieden, als deze gecombineerde interventie plaatsvindt in samenspraak met de primaire behandelaar (over het algemeen de huisarts) en 'ingebed' is binnen het totale zorgpad.

1. De BeweegKuur op hoofdlijnen

Het ministerie van VWS heeft door middel van haar kaderbrief 2007-2011 gezondheid en preventie een belangrijke positie gegeven. Deze ambities komen tot uiting in de BeweegKuur. Dit is een interventie gericht op mensen met (een hoog risico op) diabetes type 2. Middels ondersteuning op gebied van met name bewegen en voeding worden patiënten begeleid richting een actieve en gezonde leefstijl. In de BeweegKuur wordt een multidisciplinair team rond de patiënt geformeerd, bestaande uit o.a. een huisarts, leefstijladviseur, fysiotherapeut en diëtist. De BeweegKuur wordt schematisch weergegeven in figuur 1: Algemeen Stroomdiagram BeweegKuur.

Doel is om de BeweegKuur per 1 januari 2012 op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. In de periode 2009 t/m 2011 wordt dan ook samen met alle partners gewerkt aan de voorbereiding van landelijke implementatie van de BeweegKuur. Pijlers voor deze landelijke implementatie zijn: (kosten)effectiviteit, uitvoerbaarheid en haalbaarheid

In deze beschrijving van de BeweegKuur komen de volgende zaken aan de orde:

- 1.1 De ontwikkeling van de BeweegKuur
- 1.2 Inbedding en samenwerking in de ketenzorg
- 1.3 Lokale samenwerking
- 1.4 Integraal aandacht voor bewegen, voeding / gewichtbeheersing en gedragsverandering
- 1.5 Scholing van betrokken professionals
- 1.6 Instroom
- 1.7 Inclusiecriteria BeweegKuur
- 1.8 Exclusiecriteria BeweegKuur
- 1.9 Doel
- 1.10 Vaststellen Beweegprogramma
- 1.11 Begeleidingstraject
- 1.12 Duur van de BeweegKuur: uitstroom
- 1.13 Eigen verantwoordelijkheid

1.1 De ontwikkeling van de BeweegKuur

De BeweegKuur is het resultaat van een intensief ontwikkeltraject met simultaan aandacht voor zowel de wetenschappelijke inhoud als implementatie in de praktijk. Dit houdt in dat de BeweegKuur evidence- en practice-based ontwikkeld is.

De BeweegKuur is gedurende 1 jaar in 7 pilotregio's geïmplementeerd en getest. Het onderzoek naar de implementatie en de werkbaarheid van het protocol is uitgevoerd door de Universiteit Maastricht. De resultaten van het onderzoek van de Universiteit Maastricht zijn bij de inrichting van de definitieve versie van de BeweegKuur meegenomen.

1.2 Inbedding en samenwerking in de ketenzorg

De BeweegKuur is een multidisciplinaire interventie. Ze creëert samenhang in beweegactiviteiten, realiseert samenwerking tussen partners in zowel de eerstelijnszorg als de openbare gezondheidszorg en draagt daarmee bij aan de ontwikkeling van een solide (lokale) infrastructuur voor preventie. Goede contacten binnen het multidisciplinaire team zijn belangrijk. De patiënt moet ervaren dat er een team achter hem²³ staat, dat er betrokkenheid is en dat zijn zorgverleners dezelfde doelen nastreven. Het is cruciaal voor therapietrouw dat hulpverleners onderling eenduidige adviezen geven, elkaar ondersteunen, elkaar belangrijk vinden en elkaar kennen. De leefstijladviseur is de spil in de BeweegKuur. Zij is het aanspreekpunt voor de patiënt en schakelt, waar nodig, andere disciplines in zoals de fysiotherapeut, diëtist, maar ook lokale sport- en beweegbegeleiders. De leefstijladviseur faciliteert een eenduidige en vlotte communicatie in dit multidisciplinaire team. Daarnaast draagt de leefstijladviseur zorg voor de coördinatie van de afzonderlijke activiteiten binnen de BeweegKuur en afstemming met activiteiten buiten de keten (of eerstelijnszorg).

1.3 Lokale samenwerking

De samenwerking beperkt zich niet tot de verschillende professionals binnen de eerstelijnszorg, maar moet zich vooral ook richten op partners buiten de zorg, zoals lokale sport- en beweegaanbieders, sportraden en gemeenten. Juist door het leggen van een netwerk, een verbinding tussen

²³ Bij verwijzing naar personen wordt als vanzelfsprekend zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm bedoeld.

eerstelijnszorg, welzijn en openbare gezondheidszorg, wordt een structuur neergelegd die de uitvoering van de BeweegKuur ondersteunt en faciliteert. De ROS is, samen met andere lokale partners, verantwoordelijk voor het creëren van deze netwerken op lokaal niveau.

1.4 Integraal aandacht voor bewegen, voeding / gewichtbeheersing en gedragsverandering

Binnen de BeweegKuur vindt begeleiding bij het bewegen plaats door middel van een beweegprogramma. Er worden drie programma's onderscheiden die hoofdzakelijk verschillen in de mate van begeleiding die geboden wordt: 1) Zelfstandig Beweegprogramma 2) Opstartprogramma 3) Begeleid Beweegprogramma. In alle programma's vindt er begeleiding van de leefstijladviseur en de diëtist plaats. De fysiotherapeut wordt ingeschakeld in programma's 2 en 3.

Naast bewegen heeft het thema voeding een belangrijke rol in de BeweegKuur. Alle deelnemers aan de BeweegKuur worden, aansluitend bij de Zorgstandaard Diabetes en NGH-standaard, aan het begin van het traject doorverwezen naar de diëtist.

Een derde pijler in de BeweegKuur is de aandacht voor gedragsverandering. De kuur zal alleen effectief blijken als het gewenste gedrag langdurig wordt volgehouden. Door terugval in gedragsverandering vroegtijdig te signaleren tijdens de consulten bij de leefstijladviseur, diëtist en / of de fysiotherapeut, kan hier tijdig en effectief worden ingegrepen (terugvalpreventie). Binnen de BeweegKuur worden stappen in gedragsverandering goed gemonitord en begeleid.

1.5 Scholing van betrokken professionals

De BeweegKuur is een interventie voor een zeer specifieke doelgroep. Het takenpakket van de betrokken professionals bevindt zich hierbij niet alleen op de voor hen bekende werkterreinen (diabeteszorg, voeding, beweging etc.) maar ook op de voor deze doelgroep essentiële andere aspecten als gedragsverandering en achtergrondkennis van diabetes type 2. Voor een succesvolle behandeling van de patiënt binnen de BeweegKuur is het daarom noodzakelijk dat elke betrokken professional aanvullend geschoold is/wordt op het gebied van diabetes type 2 en de BeweegKuur. Voor de benodigde aanvullende beroepstaken zijn (aanvullende) functieprofielen ontwikkeld.

1.6 Instroom

Belangrijk kenmerk van de interventie is dat deze wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg. Wanneer een patiënt via de huisarts instroomt, bekijkt de huisarts of de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria om in te stromen in de BeweegKuur en verwijst daarna door naar de leefstijladviseur. Soms is het mogelijk om in te stromen via de fysiotherapeut (via directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF)). Wanneer een patiënt direct in wil stromen via de fysiotherapeut, vergewist de fysiotherapeut zich eerst bij een patiënt met een chronische ziekte of deze daarvoor adequaat onder behandeling is en verwijst zonodig direct door naar de huisarts. Wanneer de fysiotherapeut niet geschoold is in het aanbieden van de BeweegKuur volgt ook direct een doorverwijzing naar de leefstijladviseur. Indien wel geschoold, stelt de fysiotherapeut voor de patiënt een indicatie voor het type beweegprogramma binnen de BeweegKuur vast. De aanvullend geschoolde fysiotherapeut verwijst de patiënt ook door naar de leefstijladviseur voor het volgen van de overige onderdelen van de BeweegKuur en informeert de leefstijladviseur over de gestelde indicatie voor het te volgen beweegprogramma binnen de BeweegKuur. De leefstijladviseur bepaalt op basis van de algemene instroomcriteria of de patiënt in aanmerking komt voor de BeweegKuur, brengt de huisarts op de hoogte van deelname aan de BeweegKuur en stelt ook een indicatie voor het type beweegprogramma vast. Indien de indicatie (van leefstijladviseur én fysiotherapeut) Opstart- of Begeleid Beweegprogramma luidt, kan de patiënt het geïndiceerde beweegprogramma bij de fysiotherapeut volgen. Bij de indicatie Zelfstandig Beweegprogramma blijft de patiënt onder begeleiding bij de leefstijladviseur. Indien de indicatie voor het te volgen beweegprogramma van de leefstijladviseur afwijkt van de gestelde indicatie door de fysiotherapeut, vindt nader overleg plaats. In dit geval stelt de leefstijladviseur uiteindelijk de definitieve indicatie vast.

1.7 Inclusiecriteria BeweegKuur

1. Mensen met een gestoorde glucosetolerantie (en daardoor verhoogde kans op diabetes type 2):
 - Impaired Glucose Tolerance (IGT): een nuchtere glucosewaarde (in capillair volbloed) hoger dan of gelijk aan 5,6 maar lager dan of gelijk aan 6 mmol/l ($\geq 5.6 - \leq 6$). Of een nuchter plasma glucose hoger of gelijk aan 6.1 mmol/l en lager dan 6.9 mmol/l ($\geq 6.1 - \leq 6.9$)
 - Impaired Fasting Glucose (IFG): een niet nuchtere glucosewaarde hoger dan 7.8 maar lager dan 11 mmol/l ($>7.8 - <11.0$)

2. Mensen met diabetes type 2

De onderstaande criteria gelden voor alle deelnemers aan de BeweegKuur:

3. Gemotiveerd voor gedragsverandering
4. Een inactieve leefstijl (niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen → een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week)

1.8 Exclusiecriteria BeweegKuur

- Diabetes type 2 met drie of meer diabetes complicaties die het normaal functioneren beperken (hart-/vaatziekten, nefropathie, retinopathie, neuropathie, diabetische ulcus)
- Diabetes type 2 met ernstige polyfarmacie (>5 therapeutische klassen)
- Diabetes type 2 met hypertensie graad 3 (RR > 180/110 mmHg)
- Ernstige inspanningsbeperking (< 70% van de verwachte inspanningscapaciteit)
- Comorbiditeit die deelname aan een beweegprogramma onmogelijk maakt
- Cognitief disfunctioneren

Mensen die aan de exclusiecriteria voor de BeweegKuur voldoen worden op andere wijze behandeld volgens standaardzorg (eerst bloeddruk verlagen, complicaties behandelen etc.).

1.9 Doel

Het doel van de BeweegKuur is het realiseren van gezondheidswinst door middel van meer bewegen en een gezonde voeding voor personen met diabetes type 2 of een hoog risico op diabetes type 2 (gestoord nuchtere glucose of gestoord niet-nuchtere glucose).

In de BeweegKuur wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire patiëntendoelen. De primaire doelen gelden voor alle deelnemers. De secundaire doelen worden gekozen op basis van de fysieke gezondheidsparameters en wensen van de patiënt (bijvoorbeeld: ontwikkeling van diabetes tegengaan, middelomtrek verkleinen etc.). Het onderscheid tussen korte en lange termijn doelen maakt het BeweegKuur traject voor zowel professionals als deelnemers inzichtelijker. Door middel van het vaststellen van persoonlijke doelen ontstaat een beweegprogramma op maat. Ook na beëindiging van de BeweegKuur blijven de doelen op de agenda staan in de reguliere diabeteszorg.

Primaire doelen op korte en lange termijn:

- Verantwoord en gezond zelfstandig bewegen en een actieve, gezonde leefstijl aannemen.

Secundaire doelen op korte / middellange termijn:

- Het verbeteren van beïnvloedbare parameters uit het cardiovasculair risicoprofiel (glucosegehalte, BMI, middelomtrek, bloeddruk, cholesterolgehalte, roken)

Secundaire doelen op langere termijn:

- Preventie van het ontstaan van diabetes type 2 (bij hoog risico op diabetes type 2)
- Het verlagen van de kans op diabetes complicaties

1.10 Vaststellen beweegprogramma

Het vaststellen van het soort beweegprogramma waaraan de patiënt gaat deelnemen, gebeurt op basis van de volgende criteria:

1. Aanwezigheid van een startdrempel voor bewegen
2. Aanwezigheid van inspanningsbeperkingen volgens inspannings-ECG (voor het afnemen van een inspannings-ECG zijn criteria opgesteld)
3. Aanwezigheid van nevenpathologie
4. Aanwezigheid van bewegingsgerelateerde klachten

Indien geen van bovenstaande criteria 1 t/m 4 van toepassing zijn start de patiënt in het Zelfstandig Beweegprogramma. Als er sprake is van een startdrempel en / of een inspanningsbeperking tussen 90 en 100% van de verwachte inspanningscapaciteit wordt begonnen in het Opstartprogramma. Bij aanwezigheid van een inspanningsbeperking kleiner dan 90% van de verwachte inspanningscapaciteit en / of nevenpathologie en / of bewegingsgerelateerde klachten gaat de patiënt starten in het Begeleid Beweegprogramma.

1.11 Het begeleidingstraject

Gedurende de BewegingKuur is de leefstijladviseur het centrale punt waarmee de patiënt regelmatig contact heeft over de voortgang en voor (aanvullende) coaching en begeleiding. De leefstijladviseur stemt af met de huisarts. Afhankelijk van het soort beweegprogramma wordt er bewogen binnen het reguliere, lokale beweegaanbod of (tijdelijk) onder begeleiding van een fysiotherapeut. De fysiotherapeut baseert zijn begeleiding op de 'KNGF-standaard Beweginginterventie Diabetes Mellitus type 2'.

Ongeacht het soort beweegprogramma wordt door een diëtist aan elke patiënt voedingsadvies verstrekt. De focus ligt hierbij op de veranderende energiehuishouding als gevolg van bewegen, gewichtsvermindering en/of gewichtsbeheersing. Het dieetadvies wordt gebaseerd op de NDF Voedingsrichtlijnen Diabetes 2006 en de richtlijnen Goede Voeding 2006. Binnen de BeweegKuur wordt zo veel mogelijk gestreefd naar groepsvoorlichting op het terrein van voeding en naar beweegactiviteiten in groepsverband. Groepsbegeleiding heeft positieve effecten op de motivatie van deelnemers. Daarnaast spelen groepsdynamica en groepsbinding een belangrijke rol in de uiteindelijke gedragsverandering en gedragsbehoud. De BeweegKuur wordt op maat gemaakt door persoonlijke, secundaire doelen te benoemen en bij de keuze van de te verrichten beweegactiviteiten nauw aan te sluiten bij de wensen van de patiënt. Tevens wordt de hoeveelheid beweging waarnaar gestreefd moet worden voor het behalen van gezondheidswinst (de Beweegdosis) beschreven.

1.12 Duur van de BeweegKuur

Bij een duurzame, positieve verbetering van het beweeggedrag en verbetering van het gezondheidsprofiel (aansluitend bij de beweegdoelen), geldt het advies om de begeleiding van de patiënt af te bouwen. Patiënten die zichtbaar een jaar lang lichamelijk actiever zijn, zijn vaak zo intrinsiek gemotiveerd dat zij ook zonder begeleiding blijven bewegen. Definitieve uitstroom vindt plaats na 12 maanden. Het is voor het slagen van het hele traject van belang dat de praktijkondersteuner en huisarts, maar ook de andere betrokken eerstelijnsprofessionals zoals de fysiotherapeut en de diëtist, tijdens de controlebezoeken de gezonde leefstijl van de patiënt telkens op de 'agenda' zetten en daarmee blijven monitoren. Eventuele terugval kan zo vroegtijdig gesignaleerd en opgevangen worden.

1.13 Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

De BeweegKuur is er op gericht om deelnemers naar een zeker niveau van functioneren/actieve leefstijl te brengen, waarvan bekend is dat daardoor het daadwerkelijk risico op het verkrijgen van diabetes ofwel de complicaties van diabetes geminimaliseerd worden. Gedurende het hele traject staat de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt centraal. In het algemeen kan daarbij ook gesteld worden dat de bereidheid van de deelnemer om mee te werken in ieder geval noodzakelijk en derhalve een belangrijke voorwaarde voor succes is. De BeweegKuur is geen eindeloos traject maar dient duidelijk voorzien te zijn van een begin en een eind. De BeweegKuur duurt daarom ook niet langer dan een jaar. Na dit jaar kan het

borgen van de verandering in leefstijl plaatsvinden tijdens de follow-up momenten in de reguliere zorg. Ook in dit traject na afloop van de BeweegKuur is het de eigen verantwoordelijkheid van de deelnemer om het behaalde niveau te onderhouden.

Bijlage 5

Overzicht inhoudelijke deskundigen

Van 19 december 2008 tot en met 26 januari 2009 hebben we het concept-rapport voorgelegd aan inhoudelijk deskundigen. Van de volgende inhoudelijk deskundigen hebben we een reactie gekregen.

	Naam	Organisatie
1	Mw. Dr. E. Anten-Kools,	arts M&G bestuurslid Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
2	Dhr. M. Bouwmans	Zorgverzekeraars Nederland (ZN) Coördinator modernisering eerstelijns
3	Mw. drs. M. de Booy	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) Teammanager Kwaliteit
4	Mw. dr. I. de Weerd	Nederlands instituut voor sport en bewegen (NISB) Projectleider Beweging
5	Dr. E.G.A.H. van Mil	kinderarts - endocrinoloog vakgroep kindergeneeskunde Jeroen Bosch Ziekenhuis
6	Mw. C. Aarsen	Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) Teamleider Preventie en Voorlichting, Projectleider Kijk op Diabetes
7	Dhr. H. Redeker	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) Beleidsmedewerker
8	Drs. G. van Hoof	Zorgverzekeraar CZ arts M&G/verzekeringsarts Medisch Advies Groep
9	Mw. W. Remijnse	Nederlandse Vereniging van Diëtisten Beleidsadviseur Kwaliteit
10	Prof.dr. R.A.HiraSing	Hoogleraar Jeugd gezondheidszorg VuMc
11	Dr. A.J.M. Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Senior wetenschappelijk medewerker Preventie & Patiëntenvoorlichting
12	Mw. M. van Spanje	Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV)
13	Mw. Dr ir. W.J.E Bemelmans	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) Centrum voor Preventie en Zorg Onderzoek
14	Mw. dr. C.A. Baan	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) Centrum voor Preventie en Zorg Onderzoek Senior onderzoeker/epidemioloog
15	Mw. dr. M. Bloemers	ZonMw, Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie Secretaris implementatie preventie programmasecretaris Disease management

		chronische ziekten
16	Prof.dr.ir. J.C. Seidell, mede namens Mw. drs. J. Halberstadt	Hoogleraar Voeding en Gezondheid VU Voorzitter Partnerschap Overgewicht Nederland
		Mw. drs. J. Halberstadt, Klinisch psycholoog VuMc Projectleider Partnerschap Overgewicht Nederland