

Rapport

Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie

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

Publicatienummer

<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>	29014727
<i>Afdeling</i>	Pakket - Geschillen - Innovatie - Verantwoording & Signalering
<i>Auteur</i>	mw. F.M. van der Meer; mw.dr. G. Ligtenberg; mw.mr. P.A. Staal in samenwerking met : mw. drs. B.T.L.E. Couwenbergh; mw. mr. M. van Drooge-Van Loon; mw. drs. M.J.A. van Eijndhoven; drs. J.J. Enzing; mw. mr. C.V. Roos
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 8659
<i>Bestellingen</i>	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	
2	1.a. Overgewicht en obesitas en de preventie van daaraan gerelateerde aandoeningen	
3	1.a.1. Wanneer is sprake van overgewicht en van obesitas?	
4	1.a.2. Gezondheidsrisico's van overgewicht en obesitas	
4	1.a.3. Interventies ter bestrijding van overgewicht en obesitas	
5	1.a.4. De duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie en het wettelijk kader	
7	2. DE GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE	
7	2.a. Inleiding	
7	2.b. Beschrijving gecombineerde leefstijlinterventie	
9	2.c. Stand van de wetenschap en praktijk	
9	2.c.1. Algemeen	
10	2.c.2. Uitkomstmaten	
11	2.c.3. Effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies in verschillende populaties	
13	2.c.4. Actuele richtlijnen	
14	2.c.5. RIVM-onderzoek : (Kosten)effectiviteit beweeg- en dieetadvisering in de gezondheidszorg	
15	2.c.6. Conclusie	
16	2.d. Plegen te bieden-criterium	
17	2.d.1. Dieet - advisering en begeleiding	
18	2.d.2. Conclusie dieet - advisering en begeleiding	
19	2.d.3. Beweging - advisering en begeleiden	
21	2.d.4. Conclusie bewegen - adviseren en begeleiden	
21	2.d.5. Overige wettelijke voorwaarden	
21	2.d.6. Conclusie - bewegen - begeleiden	
22	2.d.7. Ondersteuning van gedragsverandering	
23	2.d.8. Conclusie - ondersteunen van gedragsverandering	
24	2.e. Conclusies over de gecombineerde leefstijlinterventie	
25	2.f. Functionele systematiek en het zorgaanbod	
25	2.f.1. Wie mag de gecombineerde leefstijlinterventie leveren	
26	2.f.2. Beheersing van het zorgaanbod	
28	3. OVERGEWICHT EN OBESITAS EN HET HOOG-RISICOBEGRIIP	
28	3.a. Inleiding	
28	3.b. Bepaling hoogrisicogroep	

32	3.c. Het hoog risico bij kinderen
33	4. CONSEQUENTIES VOOR REGELGEVING, ZORGAANBOD EN ZORGVERZEKERING
33	4.a. Consequenties voor de regelgeving
34	4.b. Een zorgstandaard
36	4.c. De leefstijladviseur
37	4.d. De zorgverzekeraars
38	4.e. Kostenconsequenties
39	4.f. Preventie: gezondheidszorg en andere schakels in de keten

Bijlage(n)

41	1. Overzicht inhoudelijk deskundigen
43	2. De BeweegKuur op hoofdlijnen
47	3. Gecombineerde leefstijlinterventies: de stand van de wetenschap en praktijk

Samenvatting

In dit rapport beschrijven en duiden we de gecombineerde leefstijlinterventie. We geven verder aan voor welke hoogrisicogroepen deze interventie geschikt is en beschrijven de consequenties voor regelgeving, zorgpraktijk en zorgpolissen van een brede introductie van deze interventie.

drie componenten De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit drie componenten: advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering. Deze interventie wordt als het belangrijkste wapen gezien om aandoeningen te bestrijden die samenhangen met overgewicht en obesitas.

effectiviteit In dit rapport concluderen we 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 zijn we uitgegaan van de interventie als geheel.

geneeskundige zorg 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 en obesitas komen niet voor op deze lijst.

'aparte' prestatie Omdat het hier zorg betreft die voldoet aan de stand van 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 en obesitas op de 'chronische lijst';
- opnemen van de gecombineerde leefstijlinterventie als aparte, te verzekeren prestatie in art. 2.4 Bzv.

hoog-risicogroep Bij deze interventie wordt de hoogrisicogroep gevormd door :

- personen met een BMI tussen 25 kg/m² en 30 kg/m² in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen).

De inzet van de interventie valt onder de noemer 'geïndiceerde preventie'.

De interventie is verder aangewezen bij :

- personen met een BMI van 25 tot 30 kg/m², met een normale buikomvang, in combinatie met comorbiditeit

(hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor DM 2, hetzij manifeste ziektes zoals DM 2);

- vanaf een BMI = 30 kg/m² (ook met 'normale' buikomvang). Voor de laatste groep geldt dat deze mate van overgewicht over het algemeen als 'obesitas' gekwalificeerd wordt.

De inzet van de gecombineerde leefstijlinterventie valt in deze gevallen onder de noemer 'zorggerelateerde preventie' (of 'behandeling').

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 interventie 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 en obesitas 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 meer duidelijkheid is én over andere kostenparameters, zal het CVZ rapporteren over de kostenconsequenties.

1. INLEIDING

preventie in de Zorgverzekerings- wet

De minister van VWS heeft in 2007 gereageerd op het CVZ-rapport *Van preventie verzekerd*.¹ In dit rapport ging het CVZ in op de plaats van preventie binnen de basisverzekering. De minister heeft in zijn reactie op het rapport aangegeven erop te rekenen, dat het CVZ aangeeft welke preventieve zorg via de Zorgverzekeringswet kan worden gefinancierd. De prioriteiten uit de Preventienota 2006 zouden daarbij leidend moeten zijn, aldus de minister. Het onderwerp van dit rapport, de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas, betreft één van de speerpunten uit de VWS-preventienota en is ook als vervolgrapport aangekondigd in *Van preventie verzekerd*. De componenten *dieet – beweging – gedragsverandering* vormen tezamen de gecombineerde leefstijlinterventie. Deze interventie wordt momenteel als het belangrijkste wapen gezien bij overgewicht en obesitas en de preventie van aandoeningen die daarmee samenhangen. In dit rapport beschrijven we en ‘duiden’ we deze interventie. Duiden is de term die het CVZ hanteert, om aan te geven of een interventie onder de dekking van de zorgverzekering valt.

de gecombineerde leefstijlinterventie

andere interventies bij overgewicht

Naast de gecombineerde leefstijlinterventie bestaan er nog andere interventies op dit gebied. Deze zijn vooral bestemd voor de groepen met ernstiger vormen van obesitas, waarbij de leefstijlinterventies geen of onvoldoende soelaas kunnen bieden. Het gaat dan om geneesmiddelen en chirurgische ingrepen. Over deze interventies heeft het CVZ al eerder standpunten ingenomen (bijvoorbeeld bariatrische chirurgie en de geneesmiddelen orlistat, sibutramine, rimonabant). Deze interventies komen in dit rapport daarom niet aan bod.

leeswijzer

De opbouw van dit rapport is als volgt. In het vervolg van dit hoofdstuk belichten we de aandoeningen overgewicht en obesitas van verschillende kanten: epidemiologische gegevens, classificatie van het overgewicht, de gezondheidsrisico's en de beschikbare interventies. In hoofdstuk 2 beschrijven we en duiden we de gecombineerde leefstijlinterventie. Hoofdstuk 3 gaat in op overgewicht en obesitas én de preventie hiervan. In dit hoofdstuk komt ook het hoog-risicobegrip aan de orde. In hoofdstuk 4 gaan we in op de consequenties van de duiding voor de regelgeving en de praktijk van de zorg en de zorgverzekering.

kinderen en volwassenen

Zowel bij de aandoening als bij de interventie zijn er verschillen aan te wijzen tussen kinderen en volwassenen. De verschillen zijn echter vaak zorginhoudelijk. Hoe belangrijk ook, voor de afbakening van de te verzekeren prestatie zijn ze dan vaak niet van belang. Omdat deze afbakening de strekking is van dit rapport, zullen we op deze zorginhoudelijke

¹ 2007, publicatienr. 250

verschillen dan ook niet te diep ingaan.

**consultatie
inhoudelijk
deskundigen**

Het CVZ heeft een concept van het standpunt voorgelegd aan inhoudelijk deskundigen. In bijlage 1 vindt u een overzicht van de deskundigen die gereageerd hebben en een beschrijving van hun reacties op hoofdlijnen.

**1.a. Overgewicht en obesitas en de preventie van
daaraan gerelateerde aandoeningen**

1.a.1. Epidemiologie

epidemiologie

Veel Nederlanders eten te veel en bewegen te weinig. Het voedsel is gemiddeld te energierijk en lichaamsbeweging te energiearm. De onvermijdelijke consequentie van deze combinatie is overgewicht. Overgewicht vormt een steeds groter probleem voor de gezondheidssituatie in Nederland. De *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2006* meldde dat in de voorafgaande 25 jaar het aantal mensen met overgewicht was toegenomen van een derde tot bijna de helft van de bevolking.

obesitas

De ziekelijke vorm van overgewicht is obesitas. In 2008 is de multidisciplinaire CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen* gepubliceerd. De richtlijn hanteert de volgende definitie van obesitas:

Obesitas is een chronische ziekte waarbij een zodanige overmatige vetopstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's.²

**toename bij
volwassenen**

Ook hierbij zien we een gestage toename: sinds 1980 is het percentage van de volwassen bevolking met obesitas verdubbeld van 5% naar 11% (mannen: 9,8%; vrouwen: 11,7%).³ In de categorie van 45 tot 65-jarigen is obesitas de meest voorkomende chronische ziekte.

toename bij jeugd

Bij kinderen en jongeren komt overgewicht ook in toenemende mate voor. In 2002-2004 was het percentage jongens van 4 tot en met 15 jaar met overgewicht gemiddeld 13,5%, bij meisjes was dit 16,7%. In diezelfde periode en leeftijdsklasse kwam obesitas bij 2,9% van de jongens en 3,3% van de meisjes voor. *De Landelijke Jeugdmonitor 2008* van het CBS meldt dat in 2006 10,2% van jongens en meisjes in de leeftijdsklasse van 9 tot en met 17 jaar overgewicht had.⁴

**gezondheidspro-
blemen**

Overgewicht kan zowel op korte als op lange termijn tot directe gezondheidsproblemen leiden. De stijging van overgewicht op dit moment bepaalt voor een deel de volksgezondheid(sproblemen) in de toekomst. Vandaar dat de

² WHO; www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html

³ CBS, 2007

⁴ CBS, 2008; www.jeugdmonitor.cbs.nl

bestrijding van overgewicht een speerpunt is binnen het preventiebeleid van de overheid.

Body Mass Index (BMI)

1.a.2. Wanneer is sprake van overgewicht en van obesitas?

Wat is overgewicht? Het *Nationaal Kompas Volksgezondheid* omschrijft overgewicht als gewicht dat niet past bij de lichaamslengte. De Body Mass Index (BMI) is een internationaal erkende maat voor de verhouding tussen gewicht en lengte. Voor overgewicht is er een consensus over de grenswaarde: een gezond gewicht veronderstelt een BMI die ligt tussen 18,5 en 25. Bij een BMI van 25 en hoger is sprake van overgewicht. Deze waarden gelden voor volwassenen. Voor het vaststellen van (ernstig) overgewicht bij jongeren gelden leeftijds-specifieke grenswaarden van de BMI. Deze grenswaarden zijn per leeftijdsjaar gespecificeerd én apart voor jongens en meisjes vastgesteld. Boven de 70 jaar is de relatie tussen BMI en gezondheid niet meer zo duidelijk. Omdat de BMI bij kinderen minder goed correleert met de hoeveelheid lichaamsvet dan bij volwassenen, hanteert de Jeugdgezondheidszorg als aanvullende criteria: lichaamsbouw, etniciteit, puberteit en vetverdeling.⁵

BMI en buikomvang Overigens zegt de BMI nog niet alles. De BMI geeft een eerste indicatie van de vetopslag, maar een relatief hoge BMI hoeft niet per se hand in hand te gaan met een overmatige vetopslag. Anderzijds, een gezond gewicht sluit niet uit dat er sprake is van ongezonde vetophopingen (bijvoorbeeld mensen met een gezond gewicht én een buikje). De vetverdeling over het lichaam is een belangrijk aanvullend criterium, waarbij vet in de buikholte tot een hoger risico op chronische aandoeningen leidt dan vet op de billen of de heupen. Aanvullend diagnostisch criterium is dan ook de buikomvang of middelomtrek. BMI in combinatie met buikomvang of middelomtrek geeft een goede indicatie van de mate van vetopslag. De grenswaarde voor een gezonde buikomvang is voor vrouwen 88 cm, voor mannen 102 cm.

De classificatie van overgewicht en obesitas bij volwassenen is als volgt:

Classificatie	BMI (kg/m²)
Normaal gewicht	18,5-24,9
Overgewicht	25-29,9
Obesitas	
- niveau I	30-34,9
- niveau II	35-39,9
- niveau III	≥40

tabel 1 : Classificatie overgewicht

⁵ *Signaleringsprotocol overgewicht in de jeugdgezondheidszorg*, VUmc Amsterdam, 2004

de gezondheidsrisico's

1.a.3. Gezondheidsrisico's van overgewicht en obesitas

Uit de definitie van obesitas blijkt, dat het bij deze aandoening gaat om de gezondheidsrisico's die voortvloeien uit een 'overmatige vetstapeling'. De gezondheidsrisico's behelzen het volgende. Overgewicht en met name obesitas kunnen gepaard gaan met het optreden van gerelateerde risicofactoren en ziektes, vooral diabetes mellitus type 2 (DM 2), cardiovasculaire risicofactoren zoals hypertensie, dislipidemie, verschillende vormen van kanker, galziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Naarmate de BMI stijgt, neemt de kans op comorbiditeit toe. Overgewicht in combinatie met inactiviteit zijn de twee belangrijkste risicofactoren voor DM 2 én voor hart- en vaatziekten.

(medicamenteuze) behandelingen

De toegenomen prevalentie van glucose-intolerantie en DM 2 als gevolg van overgewicht en obesitas, ook al op kinderleeftijd, is zorgwekkend. Obesitas brengt daarnaast vaak psychische en sociale problemen en een verminderde kwaliteit van leven met zich mee. De met obesitas -en in mindere mate met overgewicht- gepaard gaande morbiditeit leidt tot veel (medicamenteuze) behandelingen. Dit leidt tot hoge kosten binnen de gezondheidszorg en, buiten de gezondheidszorg, tot kosten in verband met arbeidsongeschiktheid. Er is dus zeker aanleiding om overgewicht en obesitas tegen te gaan, om zo het optreden van daaraan gerelateerde ziekten te voorkomen.

1.b. Interventies ter bestrijding van overgewicht en obesitas

meervoudig doel

De interventies ter bestrijding van overgewicht en obesitas dienen een meervoudig doel, 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

**dieet - beweging -
gedragsverandering**

volgt. Voor gewichtsverlies is een negatieve energiebalans een vereiste. Een dieet kan dit bewerkstelligen. Lichamelijke beweging vermeerderd het energiegebruik 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.

1.c. De duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie en het wettelijk kader

Een te verzekeren prestatie ?

In dit rapport duiden we de gecombineerde leefstijlinterventie: valt deze gecombineerde interventie onder te verzekeren prestaties binnen de Zvw?

In het volgende hoofdstuk beschrijven wij de gecombineerde leefstijlinterventie en geven wij aan hoe de inhoud hiervan zich verhoudt tot de te verzekeren prestaties op dit gebied. 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 2.1.2 Bzv regelt 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.

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*.

Op basis van deze wettelijke bepalingen toetsen wij de gecombineerde leefstijlinterventie in de volgende paragrafen achtereenvolgens aan de volgende criteria:

- gaat het om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk?
- gaat het om geneeskundige zorg, dat wil zeggen 'zorg zoals 'beroepsbeoefenaren' die plegen te bieden'?
- overige wettelijke voorwaarden.

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 inadequaat 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. ⁶

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. ⁷

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. Om te bepalen of de componenten van de interventie (dieet,

⁶ 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*).

⁷ 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***

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.⁸ 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.

⁸ Hill et al., 2005 (zie: CBO-richtlijn)

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 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

langere termijn- gegevens

follow-up werd (nog) geen verschil gevonden in het optreden van cardiovasculaire events, maar de follow-up wordt nog minstens vijf jaar gecontinueerd.

***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 patiënten-
groepen***

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 over-
gewicht 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, 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

***vormgeving
interventie***

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.

2.c.4. Actuele richtlijnen

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 dieetadvies in de gezondheidszorg

In 2008 is het RIVM-rapport *(Kosten)effectiviteit beweeg- en dieetadvies 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 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’-***

4. Ter voorkoming van terugval dienen gecombineerde leefstijlinterventies gevolgd te worden door een langdurige

begeleiding ('terugkom') begeleiding. Groepsbegeleiding is over het algemeen effectiever – bij gelijke kosten - dan individuele begeleiding.

steemaanpak 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 steemaanpak : 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.⁹

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 :

⁹ 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.'

**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'.

**inhoud van
het dieet**

2.d.1. Dieet - advisering en begeleiding

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 dieetadvisering (art. 2.6 lid 6 Bzv) in het zicht.

Artikel 2.6 lid 6 Bzv omschrijft 'dieetadvisering' als volgt:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden (tot een maximum van vier behandelingen 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 behandelingen

Binnen de toegestane vier behandelingen per jaar is begeleiding mogelijk.

De dieetadvisering 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.

dieetadvisering en de huisarts

Dieetadvisering 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.

<i>inhoud van het dieet</i>	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.
<i>adviseren en begeleiden</i>	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 kan ook vallen onder zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen die plegen te bieden, (art. 2.4 lid 1 Bzv).
<i>omvang van de dieetadviesing</i>	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').
<i>groepsverband</i>	Advisering 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).
<i>bewegadviesing</i>	<i>2.d.3. Beweging - advisering en begeleiden</i> 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 (<i>zie : onder andere NHG-standaard 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.
<i>bewegbegeleiding</i>	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 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.

Voor de begeleiding geldt hetzelfde als we al bespraken in de

groepsverband	<p>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.</p>
advisering en begeleiding	<p><i>2.d.4. Conclusie bewegen – adviseren en begeleiden</i></p> <p><i>Advisering</i> 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. <i>Advisering</i> over, al dan niet in combinatie met <i>begeleiding</i> 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 beweegcomponent.</p>
‘chronische lijst’	<p><i>2.d.5. Overige wettelijke voorwaarden</i></p> <p>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.</p>
leeftijdsgrens 18 jaar	<p><i>2.d.6. Conclusie – bewegen - begeleiden</i></p> <p>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.¹⁰</p>

¹⁰ 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.

**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 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 leefstijl-aandoeningen, 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 (*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).¹¹ 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 multiple 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.

***ondersteunende
technieken***

2.d.8. Conclusie – ondersteunen van gedragsverandering

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).

¹¹ 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).

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.¹² 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 dé 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

¹² 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).

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.

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 geduid 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 dieetadvisering. 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 verpleegkundige 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.¹³

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

onderdeel zorgpad

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 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

coördinatie van

¹³ zie: *standpunt SOS-arts*: september 2008, CVZ. In dit standpunt ging het om de bepaling van de inhoud en omvang van de acute-huisartsenzorg

de zorg

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.

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.

3. OVERGEWICHT EN OBESITAS EN HET HOOG-RISICOBEGRIJF

3.a. Inleiding

In de Inleiding gaven we aan dat het CVZ dit rapport uitbrengt als vervolg op het rapport *Van preventie verzekerd* (2007). In dit rapport beschouwde het CVZ preventieve activiteiten die onder de dekking van de zorgverzekering kunnen vallen.

preventie

Het rapport trok de volgende conclusies. Een zorgverzekering biedt in beginsel dekking voor (de vergoeding van kosten van) zorg die gericht is op behandeling van een opgetreden ziekte of het opheffen van opgetreden lichamelijke beperkingen. De volgende preventieve activiteiten vallen hier onder:

- zorg die gericht is op het voorkomen van complicaties en verergering van de opgetreden ziekte of lichamelijke beperking. Dit wordt ook wel aangeduid met de term 'zorggerelateerde preventie'; de gangbare term is natuurlijk 'behandeling';
- zorg die gericht is op het voorkómen van een ziekte of een lichamelijke beperking, indien er sprake is van een hoog risico hierop. Dit wordt aangeduid met de term: 'geïndiceerde preventie'.

de te verzekeren prestaties

Hiervoor hebben we de gecombineerde leefstijlinterventie beschreven en geconcludeerd dat deze voor verzekerden boven de achttien jaar, niet onder de dekking van de basisverzekering valt. Gezien deze conclusie kunnen we ons afvragen of het wel nog zin heeft in te gaan op een risicodrempel. Wij menen van wel. Ook al strandt de gecombineerde leefstijlinterventie op het onderdeel 'begeleiding bij het bewegen', varianten van de gecombineerde leefstijlinterventie kunnen tot de te verzekeren prestaties behoren. Menige verzekerde zal ook al, bijvoorbeeld via zijn huisarts, zorg genoten hebben in verband met overgewicht en obesitas. Het stepped care-principe gaat ervan uit dat in eerste instantie naar de minst intensieve interventie gegrepen wordt die past bij de ernst van de aandoening. Ook met het oog op dat principe is het zinnig om in te gaan op het 'hoge risico', want wanneer is een gecombineerde leefstijlinterventie aangewezen en wanneer nog niet?

3.b. Bepaling hoogrisicogroep

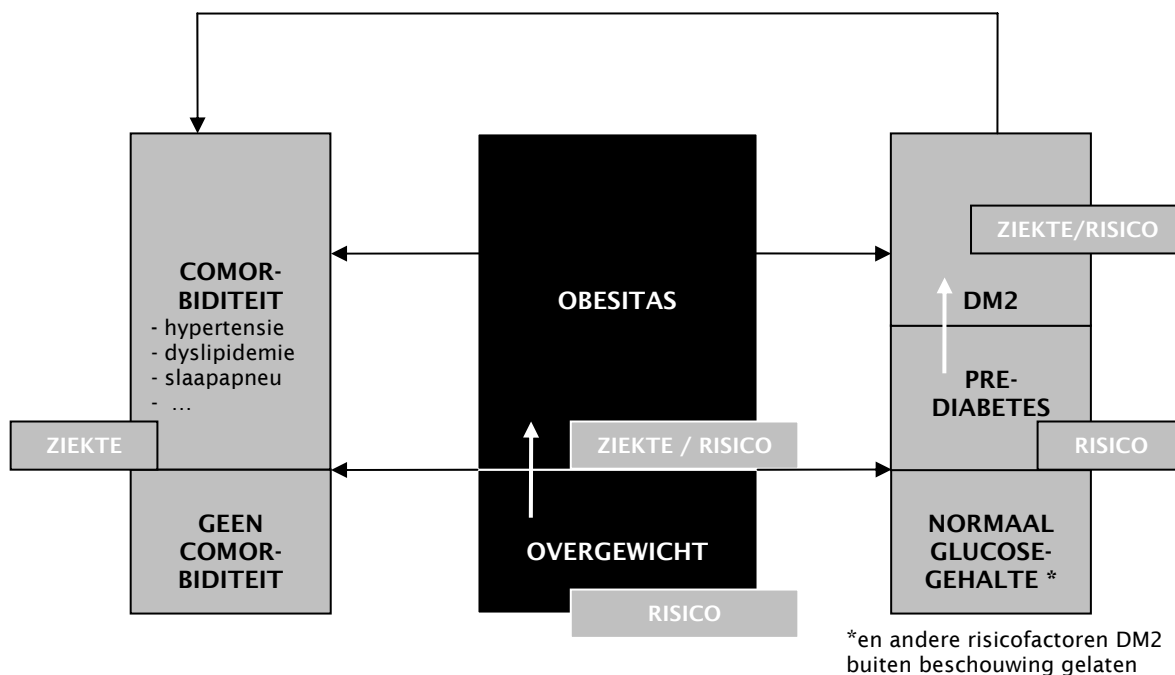
hoog risico

De omschrijving van een hoogrisicogroep veronderstelt dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen risicofactor en ziekte, tussen preventie en behandeling. Bij overgewicht en obesitas en de daaraan gerelateerde aandoeningen gaan risicofactor en ziekte vaak hand in hand. Wat obesitas betreft: in hoofdstuk 2 gaven we aan dat obesitas als 'chronische ziekte' wordt gekwalificeerd. Obesitas is echter tegelijkertijd een risico voor onder andere cardiovasculaire aandoeningen en

risicofactor en ziekte

DM 2. Ook voor manifeste diabetes geldt overigens dat de aandoening als ziekte wordt gekwalificeerd, maar dat de ernst van de ziekte voornamelijk voortvloeit uit het risico op cardiovasculaire aandoeningen. Overgewicht is een risicofactor voor het ontwikkelen van obesitas en andere aandoeningen. Overgewicht kan echter (al) gepaard gaan met comorbiditeit die onder de noemer 'ziekte' valt, zoals hypertensie; dislipidemie en DM 2. Deze comorbiditeit vergt behandeling en die zal over het algemeen ook het overgewicht omvatten.

Het onderscheid tussen risicofactor en ziekte (niet alleen de grens, maar in dit geval dus ook de kwalificatie) is bij overgewicht en obesitas niet altijd scherp te trekken; dit betekent dat ook de grens tussen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (dat is immers 'behandeling') niet altijd scherp te trekken valt (zie : tabel 2).



tabel 2 : overgewicht / obesitas / comorbiditeit / DM2 : samenhang risico - ziekte

Als we het over een zuivere hoogrisicogroep hebben, dan richten we ons in feite op de groep met overgewicht (maar nog geen obesitas), die geen comorbiditeit kent en een normaal glucosegehalte¹⁴ (of hoogstens prediabetesverschijnselen, in de zin van een gestoord (nuchter) glucosegehalte. Prediabetes in deze zin is immers een risicofactor voor het ontstaan van DM 2). Hoe bakemen we deze groep af?

¹⁴ in een klein aantal gevallen kan ook bij een normaal glucose sprake zijn van een verhoogd risico op DM 2 vanwege de aanwezigheid van meerdere afzonderlijke risicofactoren zoals genoemd in de Diabetes Risicotest. We gaan op die situaties in dit rapport niet verder in, omdat dit specifiek het risico op DM2 betreft. Het CVZ brengt afzonderlijk een rapport uit over de preventie van DM 2 waarin het risico op DM 2 wordt uitgewerkt

BMI-categorieën

In 1998 is door het National Institute of Health (NIH) een classificatiesysteem geïntroduceerd waarbij de mate van gezondheidsrisico's werd omschreven aan de hand van een BMI-categorie. Het NIH onderscheidde zes klassen BMI : ondergewicht, normaal gewicht, overgewicht, obesitas I, II en III. Deze klassen koppelde het aan twee categorieën buikomvang: hoog en laag. Deze indeling is gebaseerd op de wetenschap dat een toename van BMI een verhoging van het risico op DM 2 en cardiovasculaire aandoeningen oplevert. Het mee laten wegen van de buikomvang is daarbij van belang, omdat abdominale vetophoping (appelvorm) tot een hoger risico leidt, dan vetophoping rond de heupen (peervorm).

relatie BMI en risicofactoren

Aanvankelijk vormden klinische ervaringen de belangrijkste bron voor de relatie tussen BMI en buikomvang enerzijds en het risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM 2 anderzijds. Latere studies bevestigden deze samenhang op basis van statistische gegevens. Op basis van deze gegevens zijn vervolgens de risico's op hypertensie, dislipidemie en metabool syndroom berekend (relatieve risico's).

De risico-indeling die hieruit volgt, is weergegeven in tabel 3. Deze tabel geeft dus het risico op comorbiditeit aan bij de genoemde categorieën overgewicht en obesitas.

BMI CLASSIFICATIE	Normale buikomvang M : < 102 cm V : < 88 cm	Grote buikomvang M : ≥ 102 cm V : ≥ 88 cm
	Overgewicht 25,0 – 29,9	Licht verhoogd risico
Obesitas I 30,0 – 34,9	Hoog risico	Zeer hoog risico
Obesitas II 35,0 – 39,9	Zeer hoog risico	Zeer hoog risico
Obesitas III 40 of hoger	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico

tabel 3 : Classificatie van overgewicht en obesitas en de bijbehorende gezondheidsrisico's (Bron : CBO; NICE)

Hiervoor gaven we al aan dat de aandoeningen die onder comorbiditeit vervat zijn (zoals hypertensie, dislipidemie en DM 2), onder de noemer 'ziekte' vallen. De hoogrisico-kwalificatie in bovenstaande tabel kunnen we daarmee gelijkstellen aan een hoog risico op ziekte in de zin van de Zvw.

geïndiceerde preventie

Gezien deze overwegingen concludeert het CVZ dat de gecombineerde leefstijlinterventie is geïndiceerd voor de hoogrisicogroep (in de zin van de Zvw) :

- een BMI van 25 tot 30 kg/m² in combinatie met een buikomvang > 102 cm voor mannen en > 88 cm voor vrouwen. In dit geval is er sprake van geïndiceerde preventie.

zorggerelateerde preventie

Daarnaast hebben ook de volgende groepen een indicatie voor de gecombineerde leefstijlinterventie :

- een BMI van 25 tot 30 kg/m², met een normale buikomvang, in combinatie met comorbiditeit (hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor DM 2, hetzij manifeste ziektes zoals DM 2)
- een BMI \geq 30 kg/m² (ook met 'normale' buik-omvang). Voor de laatste groep geldt dat deze mate van overgewicht over het algemeen als 'obesitas' gekwalificeerd wordt.

De inzet van de gecombineerde leefstijlinterventie valt in deze gevallen onder de noemer 'zorggerelateerde preventie' (of 'behandeling').

hoog risico en effectiviteit

Deze hoogrisicogroepen corresponderen met de groepen waarvoor we in hoofdstuk 2 hebben aangegeven dat de gecombineerde leefstijlinterventie effectief is, namelijk :

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 nuchtere glucosewaarden, maar er wordt nog niet voldaan aan definities DM 2);
4. personen met manifeste DM 2;
5. personen met manifeste hart- en vaatziekten.

vormgeving interventie

Op verschillende punten in dit rapport hebben we al beschreven dat er geen standaard bestaat 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.

'stepped care'

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

- *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).
- effectiviteit per patiëntengroep**
- 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).

De zorginhoudelijke uitwerking van de interventie ('welke vorm van de interventie past welke groep patiënten') valt buiten het bestek van deze duiding. Het CVZ bakent in dit rapport immers 'alleen' de grenzen van de te verzekeren prestatie af. Het Partnerschap Overgewicht bereidt een zorgstandaard voor waarin deze uitwerking aan de orde is. In het volgende hoofdstuk gaan we nog verder op deze zorgstandaard in.

reguliere huisartsenzorg

- Bij deze conclusies willen we nog wel benadrukken dat de volgende groep :
- BMI van 25 tot 30 kg/m², met een normale buikomvang, zonder comorbiditeit, niet uitgesloten is van zorg onder de basisverzekering. Zoals we hierboven al aangaven, heeft iedere verzekerde met overgewichtsverschijnselen toegang tot de reguliere huisartsenzorg (en, eventueel, de diëtist).

3.c. Het hoog risico bij kinderen

hoog risico en kinderen

Bovengenoemde hoogrisicowaarden gelden voor volwassenen (> 21 jaar). Voor kinderen geldt een andere vaststelling van het hoge risico. In hoofdstuk 2 gaven we al aan dat voor kinderen een leeftijds- en geslachtsspecifieke BMI-tabel is vastgesteld, met grenswaarden voor overgewicht en obesitas. Als aanvullende criteria hanteert de Jeugdgezondheidszorg daarbij: lichaamsbouw; puberteitsstadium; etniciteit; verdeling van vet over het lichaam. Voor de bepaling van het hoge risico bij kinderen geldt dat deze ligt bij de tabelwaarde voor overgewicht (gezien de leeftijd en het geslacht van het betrokken kind) in combinatie met de criteria lichaamsbouw enz.¹⁵

¹⁵ Zie het *Signaleringsprotocol voor overgewicht in de jeugdgezondheidszorg*, VUmc, 2004

4. CONSEQUENTIES VOOR REGELGEVING, ZORGAANBOD EN ZORGVERZEKERING

4.a. Consequenties voor de regelgeving

In de vorige hoofdstukken hebben we de gecombineerde leefstijlinterventie beschreven, deze interventie geduid en aangegeven voor welke groepen patiënten deze interventie aangewezen zou zijn. De belangrijkste conclusie van het duiden 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 en obesitas komen namelijk niet voor op de lijst van chronische aandoeningen voor fysiotherapie.

instroom interventie ?

Wat betekent dit voor het vervolg? Het CVZ kan de uitkomst van een duiding laten volgen door een advies over de mogelijke instroom van een interventie in het pakket. Is een dergelijk advies nu aan de orde? Het CVZ meent van niet en wel om de volgende redenen. De gecombineerde leefstijlinterventie vormt een gestructeerde, gecombineerde aanpak van overgewicht en obesitas. De beoordeling van de effectiviteit is gebeurd voor de interventie als geheel. Dit was niet voor niets. Het RIVM gaf in zijn rapport al aan dat alle drie de componenten essentieel zijn binnen de interventie en dat niet te bepalen is welke component welke bijdrage levert aan de effectiviteit. Na de vaststelling van de effectiviteit, dwingt de systematiek van de wet ons tot het ontrafelen van de totale interventie in de componenten *dieet - beweging - gedragsverandering*, om deze vervolgens te toetsen aan het 'plegen te bieden'-criterium en overige wettelijke voorwaarden. We zouden echter 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.

opzet 'chronische lijst'

Daarnaast zou dit voorbijgaan aan de wijze waarop de 'chronische lijst' is opgesteld. Leidend principe is daarbij vooral de stand van de wetenschap en praktijk. De lijst is namelijk ooit opgezet in een periode toen er sprake van was fysiotherapie uit te sluiten van de ziekenfondsverzekering. Aanleiding was een gestage toename van de kosten die hand in hand ging met twijfel over de effectiviteit van fysiotherapeutische behandelingen in veel gevallen. Een lijst met chronische aandoeningen is toen opgesteld, omdat

daarbij de vraag naar de effectiviteit minder omstreden was.¹⁶

Het alternatief zou zijn om de totale interventie te toetsen aan de pakketcriteria. Dit zou echter enigszins paradoxaal zijn en wel om de volgende redenen :

- zonder een andere aanleiding dan de opzet van de 'chronische lijst fysiotherapie', beoordelen we de gecombineerde leefstijlinterventie aan de hand van de pakketcriteria, terwijl deze interventie behoort tot de geneeskundige zorg binnen de Zvw;
- de gecombineerde leefstijlinterventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, met andere woorden is als effectief beoordeeld;
- de 'chronische lijst' is zelf op basis van het criterium effectiviteit.

***twee oplossingen
mogelijk***

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

1. Vermelding van de aandoeningen 'overgewicht' en 'obesitas' 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.
2. Vermelding van de gecombineerde leefstijlinterventie als 'totaalinterventie' 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).

4.b. Een zorgstandaard

In hoofdstuk 2 gaven we aan dat de opvattingen van de beroepsbeoefenaren over 'professioneel juiste zorg' ertoe leiden, dat de gecombineerde leefstijlinterventie als interventie

¹⁶ De 'chronische lijst' is overigens op het ogenblik 'onder reconstructie'. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervoeren namelijk veel problemen met de lijst (de inhoud; de procedure; de financiering; de uitvoerbaarheid; de toetsbaarheid en de context). De kritiek op de samenstelling van de lijst betrof voornamelijk het langzamerhand enigszins willekeurige karakter hiervan. Er is nu een ontwikkelplan uitgestippeld voor een systematische doorlichting van de 'chronische lijst'. Toetsing aan de stand van de wetenschap en praktijk maakt daarvan onderdeel uit.

<i>indicatievereiste</i>	binnen een breder zorgpad gezien moet worden. Deze overweging leidde tot de conclusie dat de interventie niet los van de primaire behandelaar gegeven moet worden (over het algemeen de huisarts). Dit betekent dat het ook de primaire behandelaar zal zijn die het risico van de patiënt diagnoseert en hem of haar indiceert voor de gecombineerde leefstijlinterventie. Een dergelijke indicatie is niet alleen een medisch-inhoudelijke voorwaarde, maar ook een wettelijke. De verzekerde moet immers, om in termen van het Bzv te spreken, ‘naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de interventie. (art. 2.1 Bzv lid 3).
<i>inhoud interventie</i>	Dit indicatievereiste heeft ook gevolgen voor de inhoud van de te verlenen interventie. Hoewel de bouwstenen van de interventie vaststaan, is de daadwerkelijke vormgeving afhankelijk van de mate van het overgewicht, de aanwezige risicofactoren, eventuele comorbiditeit en mogelijke functionele beperkingen van de patiënt. Zo is het heel wel mogelijk dat een verzekerde met een BMI tussen 25 en 30 en een grote buikomvang een advies krijgt voor een beweegprogramma en deze vervolgens zelfstandig uitvoert. Een verzekerde met een BMI \geq 30, een langdurig inactief verleden, prediabeet en met cardiovasculaire risicofactoren zal eerder geïndiceerd zijn voor een beweegprogramma met begeleiding.
<i>individueel behandelplan</i>	Iedere verzekerde moet dus een individueel behandelplan krijgen, waarin indicatie en interventie op elkaar afgestemd zijn en waarin ook de mogelijkheden en motivatie van de patiënt aan bod komen. Dit behandelplan zal opgesteld moeten worden door een functionaris binnen het programma. Het is belangrijk dat in de toekomst hiervoor duidelijke protocollen en/of zorgstandaarden beschikbaar zijn die eenduidige handvatten bieden voor de vormgeving van de gecombineerde leefstijlinterventie.
<i>Partnerschap Overgewicht Nederland</i>	Een zorgstandaard kan hierbij een belangrijk instrument zijn. Het <i>Partnerschap Overgewicht Nederland</i> faciliteert de ontwikkeling van een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas. Deze zorgstandaard geeft een praktische uitwerking van de CBO-obesitas-richtlijn. Het gaat daarbij onder andere om proces- en uitkomstindicatoren voor de behandeling van patiënten en eisen ten aanzien van de competenties en deskundigheden van de beroepsbeoefenaren. Het Partnerschap Overgewicht zal zich ook buigen, in overleg met andere betrokken partijen, over de vertaling van de interventie naar de indicaties van de individuele patiënt en een koppeling

¹⁷ Het Partnerschap Overgewicht Nederland is op 15 april 2008 gestart op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het partnerschap is bedoeld om een groot aantal partijen dat betrokken is bij de zorg voor mensen met overgewicht en obesitas, samen te laten werken. Het partnerschap heeft nu 17 partners (waaronder koepels van zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland).

leggen tussen de vormgeving van de interventie en zaken als de risicocategorie, comorbiditeit, (fysieke) mogelijkheden van de patiënt. Ook zaken als de duur van de interventie en de gewenste follow-upduur kunnen hierin nader uitgewerkt worden. De streefdatum voor de zorgstandaard is eind 2010.

Verder heeft het Nederlands Huisartsengenootschap een standaard in voorbereiding die een aanvulling en afgeleide vormt van de CBO-richtlijn, voor de huisartsenpraktijk. Streefdatum voor deze standaard is eind 2009/begin 2010.¹⁷

4.c. De leefstijladviseur

'nieuwe' zorgfunctionarissen

De zorgstandaard kan ook belangrijke handvatten bieden voor de competenties van functionarissen als de leefstijladviseur. De leefstijladviseur is een nieuwe beroepsbeoefenaar die bijvoorbeeld in de BeweegKuur (zoals nu beschreven) een centrale rol gaat spelen. De taken van de adviseur zijn gericht op het coachen, informeren en adviseren van de patiënt binnen de BeweegKuur. Dit betekent ook dat hij zorgdraagt voor de coördinatie van de zorg binnen en buiten het programma.

de leefstijladviseur

In 2008 heeft de *Nieuwe Praktijk* een publicatie uitgebracht over leefstijl en bewegen in de eerstelijns, *Handreikingen voor een multidisciplinaire aanpak*.¹⁸ Ook in deze publicatie komen de taken van de leefstijladviseur aan de orde : adviseur, coach, coördinator.

functieprofiel

Voor de leefstijladviseur zijn, vooralsnog, formeel, geen competenties, deskundigheids- en opleidingsvereisten vastgelegd. Dit is natuurlijk wel nodig, wil de kwaliteit van deze beroepsbeoefenaar gewaarborgd zijn. Het functieprofiel van de leefstijladviseur binnen de BeweegKuur geeft een aanzet voor een formele beschrijving van de competenties van deze adviseur. Volgens de BeweegKuur moet de leefstijladviseur beschikken over de competenties zoals de LHV deze heeft beschreven in de huidige *Competenties en Eindtermen van de Praktijkondersteuner*. Daarnaast omschrijft het functieprofiel nog een aantal aanvullende beroepstaken. Deze beroepstaken gezamenlijk moeten de patiënt ondersteunen bij het adopteren en vasthouden van het gezonde gedrag.

Het functieprofiel geeft ook aan dat integratie van de leefstijladviseur in de huisartsen-praktijk nodig is, wil hij optimaal kunnen functioneren. Op deze manier kan hij zorgen voor een optimale afstemming tussen de gecombineerde

¹⁸ De *Nieuwe Praktijk* is een initiatief waarin huisartsen elkaar en andere eerstelijnszorgverleners stimuleren tot vernieuwingen. De nieuwe praktijk is voor en door huisartsen; het is een platform waarop huisartsen goede voorbeelden kunnen uitwisselen. De Nieuwe Praktijk is een initiatief van de LHV, NHG en het Ministerie van VWS

leefstijlinterventie en de rest van het zorgpad van de patiënt. Deze taak loopt parallel met de conclusies van het CVZ over de plek van de gecombineerde leefstijlinterventie binnen het totale zorgpad van de patiënt.

4.d. De zorgverzekeraars

de zorgstandaard

Zorgverzekeraars hebben erop gewezen dat het belangrijk is om de gecombineerde leefstijlinterventie zo duidelijk mogelijk te omschrijven. In de praktijk zullen zich vragen voordoen over de indicatievereisten, de duur van de interventie en de follow-up. Niet voor iedere patiënt zal de interventie een succes blijken te zijn. Betekent dit dat de interventie herhaald kan worden en, zo ja, hoe vaak? Zoals we hierboven aangaven zou de zorgstandaard die in 2010 zijn beslag zal krijgen, op dergelijke zorginhoudelijke vragen een antwoord moeten kunnen geven.

de polis

Ook de zorgverzekeraars kunnen overigens bijdragen aan de stroomlijning van het zorgaanbod. De functionele systematiek wil immers zeggen dat het aan de zorgverzekeraar is om in de polissen het 'wie' en 'waar' van het zorgaanbod te bepalen.

Het CVZ pleit ervoor dat de zorgverzekeraars in hun polis de voorwaarde van een verwijzing door de primaire behandelaar (over het algemeen de huisarts) voor de gecombineerde leefstijlinterventie opnemen. Op deze wijze komt de zorgverzekeraar tegemoet aan de opmerkingen van het CVZ in par. 2.f over de plaats van de interventie binnen een breder zorgpad. De voorwaarde van een verwijzing kan formeel alleen op het niveau van de Zvw geregeld worden (vergelijk art. 14 Zvw waarin de verwijzing voor medisch-specialistische zorg is geregeld). De polis is hiervoor ook een instrument.

contractering

Bij de contractering kunnen zorgverzekeraars afspraken maken over allerhande aspecten van de interventie, bijvoorbeeld

- welke zorgaanbieders welke onderdelen van de interventie mogen leveren (bijvoorbeeld fysiotherapeut én sportinstructeur);
- de organisatie van de interventie;
- de (meting van de) kwaliteit;
- toepasselijkheid van behandelingsprotocollen.

Deze afspraken vinden vervolgens hun weerslag in de polissen waarin zorgverzekeraars hun voorwaarden voor het aanbod van de interventie kenbaar maken aan hun verzekerden.

eigen bijdrage ?

Er zijn geluiden bij zorgverzekeraars om een eigen bijdrage te verbinden aan de inzet van de interventie of 'prestatiecontracten' in te voeren. Een dergelijk instrument zou de motivatie tot deelname (en volhouden) kunnen verhogen, menen zij. Het CVZ wijst erop dat instrumenten als een eigen bijdrage en prestatiecontracten alleen ingezet

kunnen worden, als hiervoor een basis in de wet te vinden is. De meningen over de wenselijkheid van een eigen bijdrage lopen onder de geconsulteerde partijen overigens uiteen (de *Nederlandse Obesitas Vereniging* (NOV) laat weten geen principiële bezwaren hiertegen te hebben, in tegenstelling tot de *Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie* (NPCF)).

Vanaf 2009 is het voor een zorgverzekeraar mogelijk om –kort gesteld– een verzekerde het eigen risico kwijt te schelden als deze een programma volgt, dat door de zorgverzekeraar is aangewezen. Deze optie gaat niet uit van een eigen bijdrage, maar van een beloning. Zorgverzekeraars wijzen erop dat voor veel verzekerden deze optie in praktijk niet aan de orde is, omdat het eigen risico al betaald is in verband met andere zorgconsumptie.

4.e. Kostenconsequenties

omvang doelgroep	In hoofdstuk 1 somden we een aantal epidemiologische gegevens op rond overgewicht en obesitas. Duidelijk is dat de doelgroep groot is, zij het dat het niet waarschijnlijk is dat alle potentiële deelnemers ook daadwerkelijk gebruik zullen 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 en obesitas en daarmee gerelateerde aandoeningen (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 meer kosten 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 verminderd, 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.

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.

4.f. Preventie: gezondheidszorg en andere schakels in de keten

collectieve en selectieve preventie

In dit rapport hebben we de gecombineerde leefstijlinterventie geduid als preventieve interventie bij overgewicht en obesitas. De interventie heeft als doel, aandoeningen die aan overgewicht en obesitas gerelateerd zijn, te voorkomen bij groepen die een hoog risico hierop hebben. Het gaat dus niet om de preventie van overgewicht en obesitas op zich. Vanzelfsprekend is het verstandig (dreigende) gewichtsproblemen zo vroeg mogelijk te lijf te gaan (en een persoon met overgewicht loopt natuurlijk het risico obesitas te ontwikkelen). Het voorkomen van overgewicht vergt in die zin wel preventieve activiteiten, maar die vallen in principe niet binnen het domein van de Zorgverzekeringswet. Deze benadering heeft het CVZ al uiteengezet in zijn rapport *Van preventie verzekerd*.¹⁹ In dit rapport hebben we toegelicht dat preventie tot het domein van de Zvw behoort, zodra er sprake is van een verzekerd risico, dat wil zeggen een hoog risico op ziekte (volgens de geldende medische inzichten) of behandeling van een opgetreden ziekte. Personen met overgewicht zonder dat er sprake is van een additionele risicofactor schaarst het CVZ niet onder een hoogrisicogroep. Mensen die qua lichaamsgewicht nog niet in de gevarenzone zitten, vallen al helemaal niet onder een hoogrisicogroep. Het blijft natuurlijk in ieder opzicht zinvol om iedere vorm van overgewicht te bestrijden en preventie van overgewicht kan dus niet vroeg genoeg beginnen.

'laatste redmiddel'

Het is wel goed om te benadrukken dat de gezondheidszorg in dit opzicht een 'laatste redmiddel' vormt. Er zijn schakels in de preventieketen die aan de gezondheidszorg voorafgaan. In dit verband heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de *Raad voor Volksgezondheid en Zorg*, de *Onderwijsraad* en de *Raad voor het Openbaar Bestuur* om een geïntegreerd advies gevraagd waarin zij aangeven hoe het lokaal bestuur en het onderwijs kunnen bijdragen aan gezondheidswinst. Gezondheidswinst vindt immers slechts ten dele plaats binnen het collectieve domein van de

¹⁹ 2007, publicatienr. 250

gezondheidszorg, zo stelt de minister in zijn adviesaanvraag. In het advies wordt ook een bijdrage van de *Sociaal Economische Raad* geïncorporeerd die dezelfde vraag is gesteld over de rol die bedrijven hierbij kunnen spelen.

Convenant Overgewicht

De overheid probeert al maatregelen te stimuleren die gezond gedrag bevorderen, zoals onder andere neergelegd in de doelstellingen van het *Convenant Overgewicht* :

- mensen en organisaties op een positieve wijze stimuleren iets aan overgewicht te doen;
- de kennis over overgewicht en de bestrijding ervan uitbreiden;
- de gezonde keuze voor individuen mogelijk én makkelijk maken.

Het *Convenant Overgewicht* noemt in dit verband een breed scala aan activiteiten, die kunnen verschillen qua setting en doelgroepen : algemene voorlichtingscampagnes, openbare ruimte geschikt maken voor bewegen, sportvelden in de nabijheid van de woonomgeving, gezonde-keuze-informatie op voedingsmiddelen, ruim assortiment in gezonde producten in het bedrijfsrestaurant, het stimuleren van het gebruik van de fiets in het woon-werkverkeer. Ook gemeentes zouden op basis van de Wet Publieke Gezondheidszorg een belangrijke rol kunnen spelen bij het te lijf gaan van de problemen rond overgewicht. Vooral bij de overgewichtproblemen bij kinderen kan hun rol van groot belang zijn.

schakels in de keten

Het is niet onze bedoeling met dit rapport een uitputtend overzicht te geven van de (selectieve en collectieve) preventie-activiteiten rond overgewicht en obesitas binnen schakels voorafgaand aan de gezondheidszorg. Dat valt buiten het bestek van dit rapport. Van belang is wel dat de schakels een keten moeten vormen, ondanks de verschillende posities en rollen van de ketenpartners.

We hopen dat in dit rapport duidelijk is geworden wanneer het hoge risico op aandoeningen verbonden aan overgewicht en obesitas, relevant is voor de Zvw én wat de plek van de gecombineerde leefstijlinterventie kan zijn bij (geïndiceerde) preventie en behandeling.

College voor zorgverzekeringen

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

mw. H.B.M. Grobbink CCMM

Bijlage 1

OVERZICHT REACTIES INHOUDELIJK 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. C. Aarsen	Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) Teamleider Preventie en Voorlichting, Projectleider Kijk op Diabetes
2	Mw. dr. E. Anten-Kools	Arts M&G Bestuurslid Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
3	Mw. dr. C.A. Baan	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) Centrum voor Preventie en Zorg Onderzoek Senior onderzoeker/epidemioloog
4	Mw. dr. ir. W.J.E Bemelmans	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) Centrum voor Preventie en Zorg Onderzoek
5	Mw. dr. M. Bloemers	ZonMw, Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie Secretaris implementatie preventie Programmasecretaris Disease management chronische ziekten
6	Mw. drs. M. de Booys	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) Teammanager Kwaliteit
7	Dhr. M. Bouwmans	Zorgverzekeraars Nederland (ZN) Coördinator modernisering eerstelijns
8	Dhr. dr. A.J.M. Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Senior wetenschappelijk medewerker Preventie & Patiëntenvoorlichting
9	Mw. drs. J. Halberstadt	Klinisch psycholoog VuMc Projectleider Partnerschap Overgewicht Nederland
10	Dhr. prof. dr. R.A. HiraSing	Hoogleraar Jeugd gezondheidszorg VuMc
11	Drs. G. van Hoof	Zorgverzekeraar CZ Arts M&G/verzekeringsarts Medisch Advies Groep
12	Dhr. dr. E.G.A.H. van Mil	Kinderarts - endocrinoloog Vakgroep Kindergeneeskunde Jeroen Bosch Ziekenhuis
13	Dhr. J.N. Redeker	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) Beleidsmedewerker
14	Mw. T.A. Remijnse	Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV)
15	Prof. dr. ir. J.C. Seidell, mede namens mw. drs. J. Halberstadt	Hoogleraar Voeding en Gezondheid VU Voorzitter Partnerschap Overgewicht Nederland
16	Mw. M. van Spanje	Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV)
17	Mw. dr. I. de Weerd	Nederlands instituut voor sport en bewegen (NISB) Projectleider Beweegkuur

REACTIES OP HOOFDLIJNEN

Uit de reacties blijkt het volgende. We kunnen concluderen dat we de uitkomsten van onze duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie kunnen handhaven, zij het dat we - gezien de opmerkingen - een aantal begrippen die we hanteren duidelijker moeten omschrijven (bijvoorbeeld: wat verstaan we precies onder stepped-care, wat onder begeleiding bij beweging?). Deze begrippen hebben we verduidelijkt.

Verder vragen verschillende deskundigen om meer aandacht te besteden aan jeugdigen met overgewicht/obesitas-problemen. Wij onderschrijven de aparte positie die jeugdigen bij dit probleem innemen. Van belang is wel te realiseren dat voor het duiden van de te verzekeren prestaties dit zorginhoudelijke verschil vaak niet relevant is. De duiding geeft de grenzen van de te verzekeren prestatie aan; binnen deze grenzen kunnen zorginhoudelijke verschillen optreden afhankelijk van verschillende

factoren (hetzij wat de patiënt betreft, hetzij wat de zorg betreft). Op verschillende plaatsen hebben we dit aangegeven. Voorzover de positie van de jeugdigen wel tot specifieke overwegingen leidde bij de duiding, hebben we dit vermeld.

Verschillende beroepsorganisaties vonden dat hun rol binnen het aanbod van de gecombineerde leefstijlinterventie niet duidelijk over het voetlicht kwam. Wij hebben dit verduidelijkt, maar we moeten hierbij wel aantekenen dat de door hen gewenste duidelijkheid niet altijd strookt met de vrijheid die voortvloeit uit de functionele systematiek van de Zvw.

Van verschillende kanten is er steun uitgesproken voor de optie om de gecombineerde leefstijlinterventie afzonderlijk, als totaalprogramma, op te nemen in de regelgeving. Deze optie wordt ondersteund omdat zij het samenhangende karakter van de interventie onderstreept. Zorgverzekeraars geeft deze optie de mogelijkheid, om de interventie als één te verzekeren prestatie te contracteren.

De belangrijkste opmerking bij het hoofdstuk over de consequenties van de nieuwe interventie in de praktijk, heeft betrekking op de omvang van de groep. Men vraagt aandacht voor het feit dat het aantal verzekerden dat gebruik zou kunnen maken van de interventie groot is en dat het kostenbeslag dus aanzienlijk zal zijn.

Tot slot merken we nog op dat de reacties (op één na) het uitgangspunt ondersteunen dat de behandeling van de omschreven hoogrisicogroepen, waarbij nog geen sprake is van daadwerkelijke ziekte, thuishoort in de basisverzekering. Ook ondersteunen de reacties (op één na) de conclusies van het CVZ over de effectiviteit van leefstijlinterventies.

Bijlage 2

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 hem²⁰ 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).

²⁰ Bij verwijzing naar personen wordt als vanzelfsprekend zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm bedoeld.

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 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 bewegingsprogramma 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 bewegingsprogramma 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 bewegingsprogramma

Het vaststellen van het soort bewegingsprogramma 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 BeweegKuur 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 3

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 perifere 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 termijns 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 beklijven 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 beklijft 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 werkwijze¹⁸).

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 hiervan 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.² 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 (prediabeten, 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 bewerkstellingen 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.

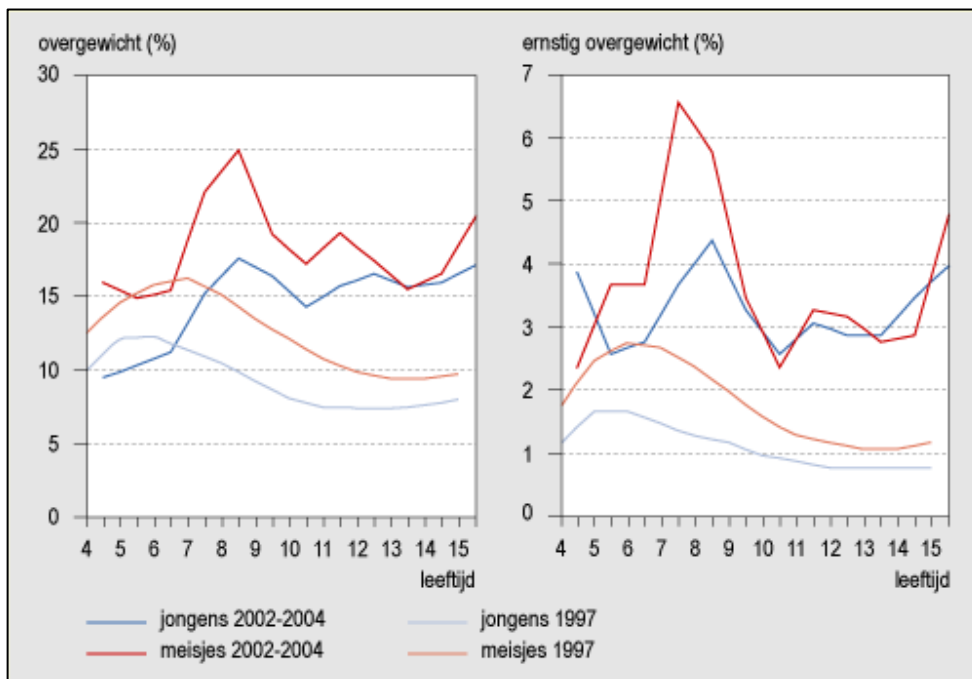
En voor de volgende **indicaties**:

- 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-advies, 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 risicomangement 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.uptodate.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.uptodate.com
25. McCulloch DK. Initial management of blood glucose in type 2 diabetes mellitus. Uptodate version 16.3 oktober 2008. www.uptodate.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.