



Zorginstituut Nederland

De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken

Addendum bij de duiding van het Zorginstituut van 2009

Datum 21 februari 2018
Status Definitief

Colofon

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| Volgnummer | 2017053061 |
| Contactpersoon | mw. J.M. Latta +31 (0)20 797 86 41 |
| Auteur(s) | mw. J.M. Latta, mw. F.M. van der Meer |
| Afdeling Team | Zorg I Zorg Thuis |
| Uitgebracht aan | Minister voor Medische Zorg en Sport |

Inhoud

Colofon—1

1 Inleiding—7

1.1 Leeswijzer—8

2 Passende zorg—9

2.1 De gecombineerde leefstijlinterventie geduid—9

2.2 Duur en intensiteit van de gecombineerde leefstijlinterventie—9

2.3 Minimaal vereiste deskundigheid—10

2.4 Nadere eisen aan de inhoud van een interventie?—11

2.5 Samengevat—12

3 Gecombineerde Leefstijlinterventie—13

3.1 Inhoud en indicaties—13

3.2 Triage en diagnostiek in de huisartsenpraktijk—14

3.2.1 Indicatiestelling voor de GLI—14

3.2.2 Indicatiestelling zorg in aanvulling op de GLI—15

3.2.3 ‘Ingebed in de huisartsenzorg’—15

3.3 Intake door zorgaanbieder van de GLI—15

3.4 Zorg binnen en buiten de GLI: bewegen, voedingsadvies op maat, psychologische ondersteuning en sociaal-maatschappelijke problematiek—16

3.4.1 Begeleiden bij bewegen—16

3.4.2 Voedingsadvies op maat—16

3.4.3 Psychologische ondersteuning—16

3.4.4 Sociaal-maatschappelijke problematiek—17

3.5 De GLI in termen van de Zorgverzekeringswet: competenties—17

3.5.1 Wie kan een GLI aanbieden?—17

3.5.2 Monodisciplinair en samenwerkingsverbanden zijn mogelijk—17

3.5.3 Minimale kwaliteitseis—17

3.5.4 Register voor de GLI?—18

3.6 Coördinatiekosten—18

3.7 Indirecte tijd—18

3.8 Welke GLI kan de zorgverzekeraar inkopen?—18

3.9 Verplicht eigen risico of niet?—19

3.10 Monitoring en evaluatie—19

4 Consultatie—21

4.1 Gemeenschappelijke reactie LHV, NHG, KNGF, NVD—21

4.2 Psychologische ondersteuning binnen de GLI—22

4.3 Groepsbehandeling van het PON—22

4.4 Reactie InEen—23

4.4.1 Generieke benadering en indicatiecriteria—23

4.4.2 Competenties en registratie—23

4.4.3 Organisatie en ondersteuning en VER—23

4.4.4 Budget-impactanalyse en budgettair kader voor de GLI—23

4.5 Reactie Patiëntenfederatie: inzicht in aanbod en Samen Beslissen—23

4.6 Reactie PON: monitoring—24

4.7 Reactie Care for Obesity: zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas—24

5 De groepsbehandeling (PON)—25

- Bijlage 1** TABEL Diagnostiek onderliggende oorzaken obesitas
- Bijlage 2** Factsheet addendum Gecombineerde leefstijlinterventie
- Bijlage 3** Ontvangen reacties in de consultatie

1 Inleiding

In 2009 heeft het Zorginstituut de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) geduid en geconcludeerd dat de GLI effectieve zorg is bij gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico's (GGR) en tot de te verzekeren zorg van het basispakket behoort. Deze duiding beschreef de GLI op hoofdlijnen. In de praktijk was er nog onduidelijkheid over bijvoorbeeld de duur en het benodigde aantal contactmomenten. Daarnaast was niet duidelijk welke competenties vereist zijn voor het verlenen van een GLI. Kortom, het ontbrak zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog aan voldoende duidelijkheid omtrent inhoud en omvang van een GLI om tot een daadwerkelijk zorgaanbod te kunnen komen. Ook een passende Wmg-prestatieomschrijving ontbrak nog. Gevolg is dat de huisarts, als poortwachter tot de zorg, geen zorgaanbod heeft in de eerste lijn voor zijn patiënten bij wie een GLI is geïndiceerd. De tweede lijn beschikt overigens evenmin over een structureel, goed georganiseerd aanbod.

Met dit addendum willen wij een bijdrage leveren aan het wegnemen van deze onduidelijkheden en een basis bieden voor de totstandkoming van de Wmg-prestatiebeschrijving voor de gecombineerde leefstijlinterventie.

Wij baseren ons hierbij op

- ♣ Zorgstandaard Obesitas;
- ♣ NHG-standaard Obesitas;
- ♣ het rapport van het Zorginstituut van 2009: *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*;
- ♣ RIVM-rapport *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2*;
- ♣ de beschrijving van de groepsbehandeling van het Partnerschap Overgewicht Nederland van de gecombineerde leefstijlinterventie;
- ♣ het rapport met resultaten van het implementatieonderzoek *Coaching op Leefstijl (Cool)*;
- ♣ het rapport *Een jaar Beweegkuur, en dan?*

Na het verschijnen van het rapport van het Zorginstituut in 2009 heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een zorgmodule leefstijl gepubliceerd¹. Deze module gaat in op een aantal aspecten van leefstijl: alcohol, bewegen, roken en voeding. De module adresseert de behoefte aan ondersteuning vanuit de eerste lijn om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. De NHG-standaard Obesitas geeft aan bij welke mate van overgewicht/obesitas en co-morbiditeit een gecombineerde leefstijlinterventie is geïndiceerd. Kortom, de behoefte aan een leefstijlinterventie binnen de eerstelijnszorg is duidelijk.

In dit addendum gaan wij nog niet expliciet in op de GLI's voor kinderen. We doen dit niet om verschillende redenen. Care for Obesity (C4O) faciliteert momenteel de implementatie van de ketenaanpak voor overgewicht en obesitas bij kinderen in proeftuinen. Resultaat hiervan is een landelijk gedragen model over de ketenaanpak voor kinderen. Dit C4O-model beslaat de volledige keten voor kinderen, waarin de inzet van de GLI slecht een onderdeel is. Conform het C4O-model en ook de Zorgstandaard Obesitas (2010) is een brede anamnese nodig, op basis waarvan ingeschat wordt welke stappen in de behandeling en begeleiding wenselijk en nodig zijn. Bij een deel van de kinderen is de directe inzet van een GLI, zoals omschreven

¹ NHG, Zorgmodule leefstijl, 2015

in dit addendum, niet passend. De inzet van een GLI is namelijk altijd gebonden aan een bepaalde volgordelijkheid, waarbij primair gekeken moet worden naar de thuissituatie, behoefte aan psychosociale ondersteuning en vermogen tot zelfmanagement. Pas wanneer deze factoren geen belemmering vormen voor leefstijlverandering, kan aanvullend worden gekeken naar inzet van een GLI. Daar komt bij dat het financieringsstelsel bij kinderen anders is vormgegeven dan bij volwassenen met de WPG, Jeugdwet en Zvw. Verder zijn kinderen in relatie tot volwassenen afhankelijk van ouders of opvoeders. Gezien de bovengenoemde ontwikkelingen en uitgangsprincipes voor kinderen is dit addendum voor volwassenen expliciet niet toepasbaar voor kinderen. Jeugdigen vanaf 16 jaar kunnen een uitzondering vormen als er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschoeid.

Samengevat, rond de inhoud en omvang van de GLI spelen twee vragen:

1. wat is de duur en intensiteit van een GLI²
2. wat is de benodigde minimale deskundigheid voor een GLI?

In dit addendum gaan we op deze vragen in.

1.1

Leeswijzer

We geven in hoofdstuk 2 kort de inhoud van de duiding van het Zorginstituut van 2009 weer. Vervolgens geven we in datzelfde hoofdstuk aan dat er effectieve laagdrempelige leefstijlprogramma's zijn die in de eerste lijn aangeboden kunnen worden. In hoofdstuk 3 beschrijven we kenmerken van deze GLI en voorwaarden voor de implementatie. In hoofdstuk 4 doen we verslag van de consultatie en in hoofdstuk 5 schetsen wij onze visie ten aanzien van de groepsbehandeling zoals het PON die heeft beschreven.

² De Zorgstandaard geeft weliswaar de duur van de behandel-, begeleidings- en onderhoudsfase aan, maar daarmee is nog niets gezegd over de specifieke vormgeving van het programma qua opbouw, contactmomenten etc.

2 Passende zorg

2.1 De gecombineerde leefstijlinterventie geduid

De Zorgstandaard Obesitas omschrijft een GLI als:

interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering.^{3 4}

De Zorgstandaard Obesitas noemt naast het lichaamsgewicht als uitkomstmaat, andere uitkomstmaten die als effect van de behandeling in kaart kunnen worden gebracht:

- Co-morbiditeit en risicofactoren
- gedragsverandering m.b.t. lichamelijke activiteit, voedingspatroon en slaap
- kwaliteit van leven (met name ook verbetering in algemeen dagelijks functioneren (ADL))
- psychisch en lichamelijk welbevinden
- overige in de diagnostische fase naar voren gekomen aandachtspunten.

In 2009 heeft het Zorginstituut het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie* uitgebracht. In dit rapport concludeerde het Zorginstituut dat een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) de effectieve interventie bij overgewicht en obesitas is. Het ZIN stelde vast dat de GLI voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, dat de verschillende componenten van de interventie tot de geneeskundige zorg behoren en concludeerde dat de gecombineerde interventie onder de Zvw valt, behoudens het begeleiden bij daadwerkelijk bewegen of, met andere woorden het bewegen onder supervisie. Begeleiden bij bewegen kan immers alleen onder de geneeskundige zorg geschaard worden en daarmee onder de Zvw als er sprake is van een ernstige beweegbeperking of een andere medisch relevante beperking waardoor begeleiden bij bewegen medisch noodzakelijk is (zie ook 3.4.).⁵

2.2 Duur en intensiteit van de gecombineerde leefstijlinterventie

Om de vraag naar de duur en intensiteit van een gecombineerde leefstijlinterventie te beantwoorden zijn we teruggegaan naar ons standpunt uit 2009 en naar de epidemiologische studies die daaraan ten grondslag lagen. Het RIVM-rapport *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadviesering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2*⁶ vormde een belangrijke bron voor de onderbouwing van het standpunt. Dit rapport is opgesteld in 2008 op verzoek van de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het rapport beantwoordt de vraag of leefstijlbegeleiding kosteneffectief en evidence based is. Daarvoor is uitgebreid literatuuronderzoek gedaan inclusief gestandaardiseerde kostenberekeningen van

³ PON, *Zorgstandaard Obesitas*, 2010, pag 20

⁴ Hieronder vallen bijvoorbeeld:

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

⁵ Deze begeleiding staat los van het adviseren over en het aanzetten tot een gezond beweegpatroon. Dit zijn wel onderdelen van een gecombineerde leefstijlinterventie. Binnen de Zvw gelden voor het bewegen onder supervisie de voorwaarden rond de inzet van 'zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden'.

⁶ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadviesering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2*. 2008

bijna 70 interventietrials. Met het RIVM Chronisch Ziekten Model zijn de totale kosten, de gezondheidswinst en de kosteneffectiviteit van verschillende pakketten leefstijlbegeleiding berekend. De kosteneffectiviteit van de leefstijlbegeleiding is in de berekening afgezet tegen het 'huidig basispakket'.⁷

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat effect op het gewicht toeneemt naarmate de intensiteit van de begeleiding toeneemt. Daarmee nemen vanzelfsprekend ook de kosten van de interventie toe.⁸ De vraag wordt dan welke mate van effectiviteit tegen welke kosten redelijk wordt geacht binnen het domein van een sociale ziektekostenverzekering. Het RIVM-rapport laat veel bewijs zien dat kwalitatief goede leefstijlprogramma's (kosten)effectief zijn. Dit geldt voor mensen met:

- ♣ overgewicht: BMI < 40kg/m²;
- ♣ verstoorde glucosetolerantie (IGT)
- ♣ DM2 (zonder inspanningsbeperking).⁹

'Kwalitatief goed' wil zeggen, aldus het RIVM, dat de leefstijlbegeleiding advisering rondom gezonde voeding en gezond bewegen combineert en elementen uit de gedragstherapie toepast om de gezonde leefstijl te laten beklijven. Daarbij geldt ook dat groepsbegeleiding tot meer gewichtsverlies leidt dan individuele consulten bij gelijke kosten.^{10 11 12} Uit de studies blijkt verder dat het effect van de interventie beter beklijft door terugvalpreventie te organiseren in het tweede jaar. Het blijkt namelijk dat door terugvalpreventie te organiseren 50 tot 100% van het effect van de interventie beklijft in het tweede jaar. Het rapport voegt hieraan toe, dat de resultaten uit de RCT's alleen gelden voor gemotiveerde mensen.^{13 14}

Voor de zorginkoop van een laagdrempelige leefstijlinterventie in de eerste lijn is dit een belangrijk gegeven. Het RIVM onderbouwt in zijn rapport overtuigend dat interventies van ca € 400¹⁵ in het eerste jaar met aanvullende terugvalpreventie in het tweede jaar klinisch relevante uitkomsten kunnen bewerkstelligen. Dit bedrag kan een leidraad vormen bij de keuze voor een effectieve leefstijlinterventie binnen de eerste lijn. Het ligt immers voor de hand dat uit een rijkgeschakeerd aanbod van gecombineerde leefstijlinterventies die interventie(s) gekozen wordt(en) die bewezen effectief is (zijn) tegen redelijke kosten.

2.3 Minimaal vereiste deskundigheid

Vanuit de Zvw kunnen we de vraag wie de gecombineerde leefstijlinterventie mag leveren niet beantwoorden. De Zvw laat zich hier niet over uit. De basisverzekering kent immers een functionele systematiek: iedere zorgverlener die bekwaam en bevoegd is om bepaalde zorg te leveren, mag deze leveren onder de Zvw. De vereiste competenties kunnen we alleen afleiden uit de interventie zelf. Een

⁷ Het 'huidig basispakket' is niet hetzelfde als 'gebruikelijke' huisartsenzorg. Als 'proxy' voor het 'huidig basispakket' is de interventie uit het GOAL-project genomen: Groningen Overweight and Lifestyle-studie. In deze interventie geeft de praktijkondersteuner advies op maat waarbij deze gebruik maakt van motiverende gesprekstechnieken. De praktijkondersteuner gebruikt daarbij een geprotocolleerde leefstijlmodule (software). De interventie omvatte in het eerste jaar 4 consulten en 1 telefonisch consult; in jaar 2 en 3, 1 consult en 2 telefonische consulten.

⁸ RIVM, o.a. pp 10 en 12

⁹ Idem, pag 16

¹⁰ Idem, pag 60

¹¹ Idem, pag 56. De toegepaste elementen uit de gedragstherapie zijn: stimuluscontrole, oplossen problemen, sociale steun, stellen van doelen, vervangen van negatief denken, voorkomen van terugval, sociale ondersteuning, zelf monitoring, belonen van gedrag, stress management.

¹² Idem, pag 56

¹³ Idem, pag 59

¹⁴ De evidence is voornamelijk gebaseerd op buitenlandse trials, maar de twee projecten die in Nederland zijn uitgevoerd (SLIM en GOAL) vallen binnen de range van de te verwachten effecten, aldus het RIVM (pag 10).

¹⁵ Prijspeil 2008. De NZa komt voor 2019 vooralsnog uit op een tarief van € 800,-.

bewezen effectieve gecombineerde leefstijlinterventie vormt dan ook het uitgangspunt voor de zorgverlening en de contractering onder de Zvw. Daarbij bepaalt de inhoud van de interventie de minimaal vereiste deskundigheid voor het verlenen van de interventie. Het is dan ook wenselijk dat een programma voor een gecombineerde leefstijlinterventie functioneel omschrijft welke competenties vereist zijn om de interventie naar behoren uit te voeren of dit moet in ieder geval af te leiden zijn uit de beschrijving van de interventie. Dit is ook van belang voor een doelmatige inzet van beschikbare zorgverleners bij leefstijlinterventies. In de praktijk zijn er immers diverse functionarissen die in principe de kwalificaties hebben om een leefstijlinterventie, hetzij alleen hetzij in samenwerking met andere zorgverleners, te verlenen: POH-ers, diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, leefstijlcoaches. Het is niet logisch om de interventie voor te behouden aan een specifieke beroepsgroep, zonder dat de inhoud van de interventie dit eist. Dit betekent dus dat niet de competentie van de zorgverleners de inhoud van de interventie bepaalt, maar de inhoud van de interventie de vereiste competenties. Deze benadering is in lijn met de functionele systematiek van de Zvw. Een ieder die bevoegd en bekwaam is om een interventie te doen, mag dit doen onder de Zvw.

Deze benadering vanuit het perspectief van de Zvw sluit aan bij de Zorgstandaard Obesitas. Het voorwoord schrijft:

'De zorgstandaard beschrijft echter niet wie de zorg verleent maar gaat uit van de daarvoor noodzakelijke competenties. Het is denkbaar dat de zorg uit de zorgstandaard in de toekomst efficiënter en doelmatiger wordt aangeboden dan momenteel mogelijk is waarbij andere zorgverleners, die over de vastgestelde competenties beschikken, een rol kunnen spelen.'¹⁶

2.4

Nadere eisen aan de inhoud van een interventie?

In Nederland is een aantal implementatiestudies rond het aanbod van gecombineerde leefstijlinterventies uitgevoerd. Wij noemen hier twee:

- ♣ *Een jaar Beweegkuur, en dan?*¹⁷:

De vraagstelling voor het onderzoek spitst zich toe op volgehouden gedragsverandering, verankering van interventieonderdelen in de organisatiestructuur en inbedding van de interventie in de 2e kring: Ros-en, gemeenten, GGD-en en sportorganisaties.

- ♣ *Pilot Coaching op Lifestyle (Cool)*¹⁸, een samenwerking tussen zorgverzekeraar CZ en de Universiteit van Maastricht:

Het doel van de Cool-interventie was niet om de gezondheidswinst van een leefstijlinterventie opnieuw te onderzoeken maar te kijken of de leefstijlcoach een aanwinst is in het zorgnetwerk en of deelnemers baat hebben bij de leefstijlinterventie. Er werd onder andere gekeken naar bereik, deelname, zorgpad, waardering, implementatie en veranderingen bij de deelnemers.

Uit de studies kwamen de volgende aandachtspunten naar voren voor het aanbod van een leefstijlinterventie:

- ♣ Binnen de interventie moet er (een functionaris met) kennis zijn van de sociale kaart van de gemeente en connecties met het sociale domein. Dit is belangrijk om meerdere redenen. Onder de Zvw valt niet het begeleiden bij bewegen zonder dat er sprake is van een medische indicatie (zie paragraaf 3.4.1.). Gemeentes organiseren vaak beweegaanbod voor hun burgers. Uit *Een jaar Beweegkuur, en dan?* blijkt dat deelnemers teveel in het (para)medische circuit

¹⁶ PON, Zorgstandaard Obesitas, 2010

¹⁷ Helmink, J.H.M., Meis, J.J.M. & Kremers, S.P.J. (2010). *Een jaar Beweegkuur, en dan?* Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende contextuele factoren. Universiteit Maastricht.

¹⁸ Leefstijl coaching (Gecombineerde Leefstijlinterventie, GLI). Samenvatting eindresultaten Cool: implementatie- en monitoringstudie

blijven hangen, als er te weinig doorverwezen wordt naar gemeentelijk beweegaanbod. Daarnaast blijkt uit vele studies dat sociaaleconomische problemen vaak hand in hand gaan met een ongezonde leefstijl. Ook bij gemotiveerde mensen kunnen deze problemen het succes van de leefstijlinterventie belemmeren. Het is goed als vanuit de interventie de betrokkene gewezen kan worden op de mogelijkheid van ondersteuning op dit vlak door gemeentelijke instanties.

- ♣ Geringe betrokkenheid van de huisartsen belemmert de implementatie van de interventie.
- ♣ Beide studies vragen aandacht voor voldoende ruimte voor niet-patiëntgebonden activiteiten en indirecte tijd.

Deze punten hebben we verwerkt in het volgende hoofdstuk.

2.5

Samengevat

Op basis van de functionele systematiek van de Zvw mag iedere zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om bepaalde zorg te leveren, deze zorg leveren onder de Zvw. Zorg die op basis van epidemiologische studies als effectief kan worden beoordeeld, valt in principe onder de Zvw. Het RIVM heeft in het rapport *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2*, aangegeven dat er kwalitatief goede en effectieve laagdrempelige leefstijlprogramma's zijn die in de eerste lijn aangeboden kunnen worden. Uit deze effectieve interventies kunnen we afleiden welke competenties nodig zijn voor deze GLI. Immers, als de interventie gebleken effectief is, zijn de competenties klaarblijkelijk voldoende. Het RIVM is tot zijn conclusies gekomen voor de volgende patiëntengroepen:

- ♣ overgewicht/obesitas tot een BMI < 40 kg/m²;
- ♣ verstoorde glucosetolerantie;
- ♣ DM2 (zonder inspanningsbeperking).

Wat betekent deze conclusie? Kunnen GLI's nu ingekocht worden en welke kenmerken hebben zij? Hoe is de GLI ingebed in de eerstelijnszorg, en hoe verhoudt de GLI zich tot andere te verzekeren prestaties en het sociale domein. Dit bespreken we in het volgende hoofdstuk.

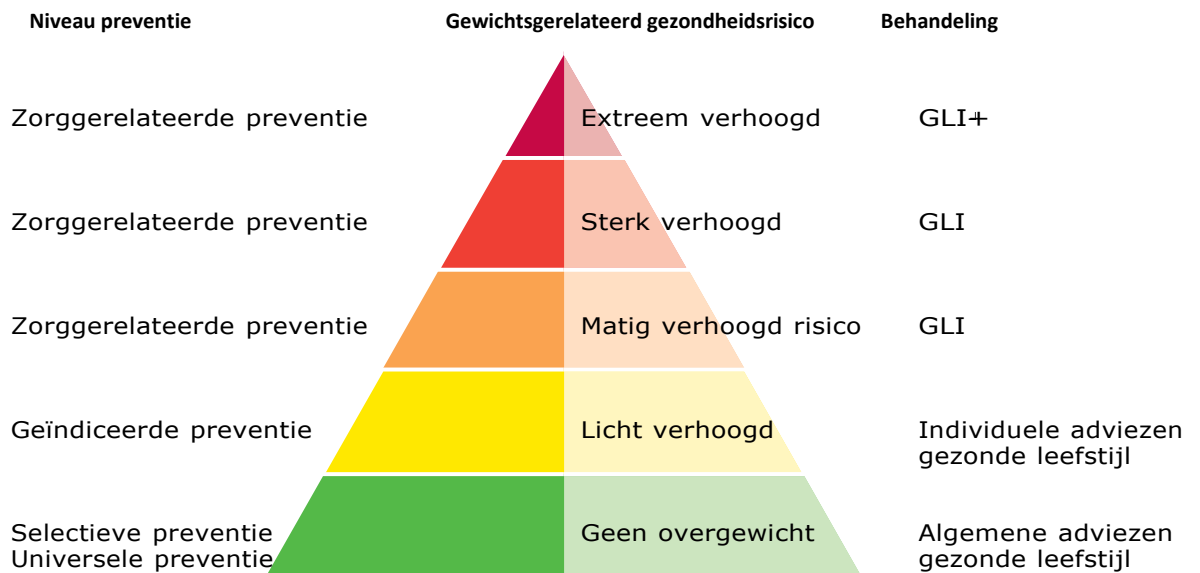
3 Gecombineerde Leefstijlinterventie

3.1 Inhoud en indicaties

Een effectieve GLI is het uitgangspunt voor vergoeding onder de Zvw. De effectiviteit wordt in eerste instantie afgemeten aan de behaalde gewichtsreductie. Daarnaast is de blijvende gedragsverandering rond de gezonde leefstijl belangrijk (voedingspatroon, lichamelijke activiteit en slaap), het effect op comorbiditeit en risicofactoren en de kwaliteit van leven. Dit uitgangspunt betekent dat in de praktijk een GLI nog steeds verschillende vormen kan aannemen. Uit oogpunt van de Zvw is dit geen probleem, zolang maar voldaan is aan de algemene vereisten van de zorgstandaard en de interventie effectief is. Dit uitgangspunt brengt ook met zich mee dat in de praktijk alleen programma's voor contractering door de zorgverzekeraar in aanmerking zouden moeten komen, waarvan de effectiviteit ook daadwerkelijk is vastgesteld.

Om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor een GLI gelden de indicatiecriteria zoals genoemd in de NHG-richtlijn Obesitas en in de Zorgstandaard Obesitas, dat wil zeggen vanaf een matig verhoogd GGR: zie de volgende figuren ontleend aan de Zorgstandaard Obesitas.

Piramide preventie met bijbehorende niveaus van GGR en behandeling



Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

| BMI kg/m ² | Geen verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ en DM2 | Verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ of DM2 door risicofactoren* | Comorbiditeit(en)** |
|-----------------------|--|--|---------------------|
| ≥ 25 BMI < 30 | Licht verhoogd | Matig verhoogd | Matig verhoogd |
| ≥ 30 BMI < 35 | Matig verhoogd | Matig verhoogd | Sterk verhoogd |
| ≥ 35 BMI < 40 | Sterk verhoogd | Sterk verhoogd | Extreem verhoogd |
| BMI ≥ 40 | Extreem verhoogd | Extreem verhoogd | Extreem verhoogd |

Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij volwassenen

* Aanwezigheid 10-jaarsrisico van overlijden aan risicofactoren voor HVZ > 5% of aanwezigheid gestoord nuchtere glucose

** Aanwezigheid van DM2, HVZ, slaapapneu en/of artrose.

Bron: Partnerschap Overgewicht Nederland, Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, november 2010

De ernstgraad van het GGR wordt uitgedrukt in vier niveaus

3.2 Triage en diagnostiek in de huisartsenpraktijk

3.2.1

Indicatiestelling voor de GLI

De huisarts is de poortwachter voor de zorg. Vóór het aanbieden of starten van een GLI vindt diagnostiek via de huisarts plaats. De Zorgstandaard Obesitas geeft de indicatiecriteria voor de verwijzing naar een GLI. Dit zijn de patiënten vanaf een matig verhoogd GGR¹⁹, zoals in de vorige paragraaf is aangegeven.

In het GGR zijn de risico's die samenhangen met overgewicht en obesitas verwerkt. Het is hierbij van belang de oorzaak van het overgewicht te achterhalen en/of contra-indicaties vast te stellen. Obesitas kan bijvoorbeeld een genetische oorzaak hebben en sommige medicijnen hebben als bijwerking dat ze de eetlust of het gewicht verhogen. In bijlage 1 hebben we een tabel opgenomen met een overzicht van onderliggende oorzaken.²⁰ Een GLI zonder aandacht voor deze specifieke problematiek kan dan minder effectief zijn. Het is wenselijk dat de diagnostiek uniform plaatsvindt, bijvoorbeeld aan de hand van een vragenlijst met in- en

¹⁹ Indien nodig zou ook een medisch specialist (bijvoorbeeld de internist) kunnen verwijzen naar de GLI. Bekeken zal moeten worden welke afspraken hiervoor gemaakt moeten worden, bijvoorbeeld over wie het aanspreekpunt is gedurende het traject.

²⁰ Obesitas in de spreekkamer. Wat helpt?

Eline S. van der Valk, Mesut Savas, Jan Steven Burgerhart, Maaïke de Vries, Erica L.T. van den Akker, E.F.C. (Liesbeth) van Rossum. Ned Tijdschr Geneeskd, 2017; 161:D2310

exclusiecriteria en contra-indicaties en die kan worden uitgevoerd door de huisarts en/of de POH-er.

3.2.2 *Indicatiestelling zorg in aanvulling op de GLI*

Ook is het van belang dat de huisarts vaststelt of er indicaties zijn voor aanvullende zorg op de GLI. Het kan goed mogelijk zijn dat er een indicatie is voor een specialistisch dieetadvies naast de GLI of dat de inspanningsbeperking of psychische problematiek van de betrokkene eerst aandacht vergt voordat er met een GLI begonnen kan worden. Bij mensen vanaf een matig verhoogd GGR komt er immers vaak co-morbiditeit voor die leidt tot additionele zorgvragen. De GLI sluit deze zorg niet uit, ook niet als het diëtetiek en/of fysio- en oefentherapie en/of psychologische hulp betreft. Deze zorg kan verleend worden naast en in aanvulling op een GLI, conform de bestaande professionele richtlijnen en conform de geldende voorwaarden van de Zvw.²¹ In 3.4 gaan we hier nog verder op in. Als de zorg op meerdere vlakken plaatsvindt zou het goed zijn als dit wordt vastgelegd in een behandelplan.

Verwijzingen voor aanvullende zorg tijdens de GLI gebeuren door de huisarts. Het is de professionele verantwoordelijkheid van degene die de GLI aanbiedt om te bepalen wanneer de problematiek van zijn cliënt plaatsvindt op een gebied waarop hij niet bekwaam is en wiens zorgvraag zijn deskundigheid te boven gaat.

3.2.3 *'Ingebed in de huisartsenzorg'*

De GLI is weliswaar ingebed in de huisartsenzorg, maar dat wil niet zeggen dat de huisarts zelf de GLI aanbiedt of dat de zorgaanbieder die de GLI aanbiedt fysiek in de huisartsenpraktijk aanwezig is of moet zijn. Met 'ingebied in de huisartsenzorg' bedoelen wij dat de zorgaanbieder van de GLI, regelmatig zorginhoudelijk moet afstemmen met en terugkoppelen naar de huisarts. De huisarts is immers voor volwassenen het eerste medische aanspreekpunt-behandelaar en heeft kennis van de medische geschiedenis van de betrokkene, van eventuele co-morbiditeiten en medicatiegebruik.

Indicatiestelling, verwijzing door en de terugkoppeling naar de huisarts geeft aan dat de betrokkenheid van de huisartsen bij de leefstijlinterventie cruciaal is. Dit vraagt goede samenwerkingsafspraken tussen de aanbieders van de GLI en de betrokken huisartsen.

3.3 **Intake door zorgaanbieder van de GLI**

Na de verwijzing door de huisarts verzorgt de zorgaanbieder van de GLI de intake. De intake heeft tot doel inzicht te krijgen of iemand deel kan nemen aan de (groeps)behandeling. Belangrijk onderdeel van de intake is een toelichting op de GLI en een toetsing van de wens tot deelname aan en afronding van het complete leefstijlprogramma. Door de hulpvraag en doelen van de deelnemer in kaart te brengen, kan worden beoordeeld of de GLI hierop kan aansluiten.

De motivatie van de deelnemer speelt een belangrijk rol bij de deelname en afronding van het programma. De motivatie bepaalt mede de effectiviteit van de interventie. Om deze reden is het belangrijk de motivatie regelmatig te bespreken, zowel bij de intake als gedurende de behandel fase(s).

²¹ Voor verzekerden van 18 jaar of ouder vallen de fysiotherapiebehandeling bij aandoeningen die voorkomen op de zogenaamde chronische lijst, behoudens de eerste twintig behandelingen, onder de Zvw. Bijlage 1 bij het Bzv vermeldt de aandoeningen waarbij de zorg onder de dekking van artikel 2.6 'zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden', kan vallen. Ook voor psychologische zorg en ondersteuning bestaan er specifieke voorwaarden.

3.4 **Zorg binnen en buiten de GLI: bewegen, voedingsadvies op maat, psychologische ondersteuning en sociaal-maatschappelijke problematiek**

3.4.1 *Begeleiden bij bewegen*

In het standpunt van 2009 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat het begeleiden bij bewegen niet onder de Zvw valt, tenzij er sprake is van een medische indicatie (zie ook 2.1). Dit betekent dat begeleiden bij het alledaags bewegen, bijvoorbeeld sporten, buitenactiviteiten en sociaal aanbod buiten de GLI vallen.

Dit is ook het uitgangspunt van dit Addendum: mensen die aangewezen zijn op een GLI moeten een gezond beweeggedrag gaan realiseren in hun eigen woon-/leef-omgeving, bijvoorbeeld in de natuur, bij sportverenigingen of bij een beweegaanbod in het sociale domein. Het is dan ook van belang dat de GLI aansluit bij de mogelijkheden die er lokaal zijn en die het sociale domein biedt (mogelijk ook voor specifieke doelgroepen).

De NHG-standaard Obesitas zegt hierover het volgende:

'Voor begeleiding bij verhogen van de lichamelijke activiteit kan de huisarts verwijzen naar een lokaal of via het werk georganiseerd beweegprogramma, indien mogelijk afgestemd op de doelgroep, zoals vrouwen van Marokkaanse of Turkse herkomst.'

3.4.2 *Voedingsadvies op maat*

Op het gebied van voeding en eetgewoontes kan meer gespecialiseerde zorg nodig zijn dan de GLI kan bieden.

De NHG-standaard Obesitas zegt hierover het volgende:

'De huisarts verwijst voor een voedingsadvies op maat naar een diëtist, indien blijvende gewichtsvermindering en/of -behoud niet lukt of de patiënt een intensievere begeleiding nodig heeft. Een dieet afgestemd op het individu, zowel wat betreft energiebeperking als eet- en leefgewoonten en cultuur, en met inachtneming van co-morbiditeit is dan aangewezen.'

3.4.3 *Psychologische ondersteuning*

De Zorgstandaard Obesitas zegt het volgende over de psychologische ondersteuning binnen de GLI

'interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering.'

De NHG-standaard Obesitas zegt het volgende over de ondersteuning bij de gedragsverandering:

'De huisarts legt uit dat (*cognitieve*) *gedragstherapie* een gunstig effect heeft bij mensen met obesitas, vooral in combinatie met dieet en bewegen. Start bij emotionele en externe eters allereerst met therapie, waarin bijvoorbeeld emotionele eters hun emoties leren reguleren in een emotieregulatie therapie. De therapie kan in de huisartsenpraktijk plaatsvinden, indien hiervoor kennis aanwezig is en het de volgende elementen bevat: zelfmonitoring van eetgedrag en fysieke activiteit, zelfcontrolemaatregelen, cognitieve herstructurering, *problem solving* en sociale ondersteuning. Indien de juiste kennis afwezig is of er behoefte is aan gespecialiseerde hulp, verwijst de huisarts een hiervoor gemotiveerde patiënt naar een hulpverlener die de therapie kan toepassen.'

De aanbieder van een GLI beschikt dus over en maakt gebruik van psychologische basisprincipes (elementen uit de gedragstherapie) op het gebied van motivatie en coaching teneinde een blijvende gedragsverandering op het gebied van een gezonde leefstijl te bereiken. In de passage hierboven worden voorbeelden hiervan genoemd.

Zoals we in 3.2 schreven, kan er psychologische zorg en ondersteuning nodig zijn in aanvulling op de gedragsondersteuning binnen de GLI. Dit is mogelijk binnen de Zvw, maar hiervoor gelden wel specifieke voorwaarden, waarbij vooral het onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornissen (conform de DSM 5) bepalend is voor welke zorg onder de basisverzekering kan vallen. Interventies bij psychische klachten vinden in de huisartsenpraktijk plaats, bijvoorbeeld via de POH GGZ. De 'gespecialiseerde GGZ', bijvoorbeeld zorg door klinisch psychologen en psychiaters, is onder de Zvw toegankelijk voor zorg bij psychische stoornissen.

3.4.4 *Sociaal-maatschappelijke problematiek*

Bij eventuele problemen van de patiënt die het maatschappelijk werk van de gemeente regarderend, kan de zorgverlener verwijzen naar gemeentelijke instanties. Denk hierbij bijvoorbeeld aan schuldsanering.

3.5 **De GLI in termen van de Zorgverzekeringswet: competenties**

3.5.1 *Wie kan een GLI aanbieden?*

In hoofdstuk 2 hebben we beschreven dat een effectieve gecombineerde leefstijlinterventie het uitgangspunt vormt voor de vergoeding van de GLI onder de basisverzekering. Deze effectieve interventie bepaalt de benodigde competenties. In dit addendum beschrijven we een GLI die in termen van de Zvw te scharen valt onder de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Een dergelijke GLI kan in principe aangeboden worden door verschillende beroepsgroepen waaronder leefstijlcoaches, diëtisten en fysio-/oefentherapeuten, POH'ers, mits zij over de competenties beschikken die het programma vereist ²².

3.5.2 *Monodisciplinair en samenwerkingsverbanden zijn mogelijk*

Deze GLI kan ook geleverd worden door bijvoorbeeld een samenwerkingsverband van een diëtist en fysio-/oefentherapeut. Ook al beschikken deze beroepsbeoefenaren over meer gespecialiseerde kennis binnen hun eigen deskundigheidsgebied en ook al kan er sprake zijn van een samenwerkingsverband, dit betekent niet dat de aard van deze GLI verandert. Het blijft een GLI die we scharen onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dat de betrokken beroepsbeoefenaren mogelijk over meer kennis beschikken dan noodzakelijk is om deze GLI verantwoord en effectief te bieden, verandert het karakter van de GLI niet in termen van de Zvw (en in termen van de Wmg-prestatiebeschrijving).

3.5.3 *Minimale kwaliteitseis*

Om te voorkomen dat deze GLI aangeboden wordt door onvoldoende deskundige aanbieders, menen wij dat het goed zou zijn als zorgverzekeraars eisen rond de kwaliteit opnemen in hun polis. Wij menen dat deze eisen minimaal op het niveau van een gekwalificeerde leefstijlcoach zouden moeten liggen, dat wil zeggen dat de aanbieder minimaal moet voldoen aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach.

²² Wij gaan ervan uit dat een psycholoog niet structureel deel hoeft uit te maken van een GLI, zolang er voldoende kennis en deskundigheid aanwezig is binnen de interventie is om de genoemde technieken van de cognitieve gedragstherapie toe te passen. Ook hier geldt dat een verwijzing mogelijk is naar zwaardere (psychologische) zorg als dit nodig is.

3.5.4 *Register voor de GLI?*

Het is wenselijk dat betrokken beroepsgroepen een methode ontwikkelen, waardoor het voor de zorgverzekeraars mogelijk is om na te gaan of de betrokken zorgverlener over de vereiste competenties beschikt. Een mogelijkheid is bijvoorbeeld een aantekening in het eigen register van de betrokken beroepsgroep. Het zou ook een register voor GLI-aanbieders kunnen zijn dat door de relevante beroepsgroepen gezamenlijk wordt beheerd. Een besluit hierover laten we graag over aan de beroepsgroepen.

3.6 **Coördinatiekosten**

We hebben gezien dat een patiënt met een verhoogd GGR vaak co-morbiditeit heeft en derhalve met verschillende zorgverleners te maken kan hebben. Binnen de GLI moet een zorgaanbieder in ieder geval de contacten onderhouden met de huisarts en met het sociale domein. De connecties met het sociale domein vindt het Zorginstituut zelfs zo belangrijk dat we het als voorwaarde hebben gekwalificeerd voor een vergoeding van een GLI onder de basisverzekering. Een conclusie uit het implementatie-onderzoek *Coaching op Leefstijl* is dat de zorgaanbieder van de GLI een belangrijke rol kan vervullen als verbindend element tussen zorgverleners en domeinen.

Dit betekent dat er ruimte binnen de interventie moet zijn om invulling te geven aan deze aspecten, dit geldt zowel voor de beschikbare tijd als voor infrastructurele zaken (ICT e.d.). De kosten die hieraan verbonden zijn kunnen onder de Zvw vallen. Coördinatie en organisatie vormen echter geen aparte te verzekeren prestaties binnen de Zvw. Coördinatie en organisatie zowel binnen als buiten de zorg, zijn inherent aan 'goede zorg' en aan multidisciplinaire zorg. In die zin zijn 'coördinatie en organisatie' onderdeel van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' binnen de Zvw. Deze te verzekeren prestatie vormt de basis voor de vergoeding van de kosten die hiermee samenhangen.²³

Met 'coördinatie en organisatie' doelen we niet per se op een functionaris als de centrale zorgverlener. Een centrale zorgverlener coördineert en organiseert inderdaad, maar heeft ook andere taken. De coördinatie en organisatie kan een specifieke interventie betreffen, maar ook een traject voorafgaand of aansluitend hieraan. De financiering van een centrale zorgverlener is afhankelijk van de taken van de functionaris en diens plek binnen het gehele zorgtraject. Per geval moet bekeken worden hoe de financiering van de centrale zorgverlener vorm moet krijgen.

3.7 **Indirecte tijd**

Uit de implementatieonderzoeken blijkt dat er voldoende ruimte moet zijn binnen de interventie voor de voorbereiding van de groepsbehandelingen en individuele afstemming met deelnemers naast de groepsbehandeling.

3.8 **Welke GLI kan de zorgverzekeraar inkopen?**

Voor de contractering, voor het zorgaanbod en voor de verzekerde is het van belang dat er duidelijkheid is over welke GLI's bewezen effectief zijn. Een overzicht hiervan bij een onafhankelijke partij zou behulpzaam kunnen zijn. Het Zorginstituut meent dat het Loket Gezond Leven van het RIVM hierbij een rol zou kunnen spelen. Een Erkenningscommissie van het Loket toetst interventies op kwaliteit en effectiviteit vóór publicatie op het Loket Gezond Leven. Het Loket zou hiermee voor

²³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2009/09/21/zorgstandaarden-ketenzorg-voor-chronische-aandoeningen-en-de-te-verzekeren-prestaties-zvw>, pag 23 e.v.)

zorgverleners en zorgverzekeraars een onafhankelijke informatiebron voor effectief beoordeelde leefstijl-interventies van goede kwaliteit kunnen zijn. Het Zorginstituut is nu met het RIVM in overleg hoe dit vorm te geven. Het gaat dan vooral om de vraag of de beoordeling door het RIVM en die van het Zorginstituut (beoordeling stand van de wetenschap en praktijk op basis van de GRADE) voldoende met elkaar overeenstemmen.

3.9 **Verplicht eigen risico of niet?**

Artikel 2.17 lid 1 sub b Bzv stelt dat het verplichte eigen risico niet van toepassing is op, onder andere, 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit geldt voor de zorg van de huisarts zelf en voor zorgverleners binnen zijn praktijk, zoals een POH-er, diabetesverpleegkundige etc.²⁴ Ketenzorg bij chronische aandoeningen zoals diabetes type 2, COPD en cardiovasculair risicomanagement valt ook buiten het verplicht eigen risico (artikel 2.17 lid 1 sub d).

Wij duiden de GLI in dit addendum als 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Uit dit oogpunt valt de GLI buiten het verplicht eigen risico. Deze conclusie strookt met de bepaling rond ketenzorg en de vrijstelling van het verplicht eigen risico. De GLI zal juist bij aandoeningen als diabetes type 2 en cardiovasculair risicomanagement onderdeel kunnen zijn van de ketenzorg.

Mochten de minister en/of de politiek het verplicht eigen risico wel toepasselijk willen verklaren, dan hebben zorgverzekeraars nog de bevoegdheid om zelf te besluiten dat bepaalde vormen van gecontracteerde (preventieve) zorg buiten het verplicht eigen risico vallen voor hun eigen verzekerden. Die vrijstelling is dan afhankelijk van de polis van de desbetreffende verzekerde. Deze mogelijkheid is geregeld in artikel 2.17 lid 2 Bzv.

3.10 **Monitoring en evaluatie**

Dit Addendum moet bijdragen aan een structureel aanbod van de GLI in de eerste lijn. Dit betekent een aanbod van een 'nieuwe' interventie. In dit Addendum gaan we uit van een beschrijving van de interventie en indicatiecriteria in de verschillende standaarden. Het zou goed zijn als er nu al registratie-afspraken gemaakt worden om het aanbod van de zorg te monitoren, zowel wat de inhoud betreft als de indicatiecriteria. Daarmee beschikken betrokken partijen mettertijd dan over voldoende gegevens om tot een evaluatie te komen van het aanbod en van de indicatiecriteria.

²⁴ Kosten voor diagnostiek aangevraagd door de huisarts en verricht buiten zijn praktijk door derden vallen echter weer wel binnen het verplicht eigen risico.

4 Consultatie

Aan dit Addendum is overleg voorafgegaan met de volgende partijen:

- ♣ Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
- ♣ Care for Obesity (C4O);
- ♣ Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- ♣ Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- ♣ Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- ♣ Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- ♣ Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- ♣ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- ♣ Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)
- ♣ Patiëntenfederatie Nederland
- ♣ Stichting Over Gewicht
- ♣ Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
- ♣ Zorgverzekeraar CZ
- ♣ Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Met een aantal partijen heeft het Zorginstituut bilateraal overleg gevoerd (BLCN; Care for Obesity; LHV; NHG; KNGF; NVD): daarnaast zijn er twee consultatie-bijeenkomsten georganiseerd met de hierboven genoemde partijen gezamenlijk (de LHV was hierbij niet aanwezig). Tenslotte hebben we het concept-Addendum voorgelegd in een schriftelijke ronde.

Wij hebben van alle betrokken partijen een schriftelijke reactie ontvangen, behalve van de NZa en Stichting Over Gewicht. Met de NZa en Stichting Over Gewicht is gedurende de totstandkoming van dit addendum wel veelvuldig contact geweest, onder andere via de Technische Overleggen van de NZa.

In dit hoofdstuk geven we de grote lijn weer van de inhoudelijke reacties. De reacties behelsden ook vaak tekstuele suggesties. Hiervan hebben we, waar aangewezen, graag gebruik gemaakt.

4.1 **Gemeenschappelijke reactie LHV, NHG, KNGF, NVD**

Op 20 november 2017 zonden de LHV, NHG, KNGF en NVD een gezamenlijke brief aan het ZIN waarin zij hun zorgen uitten over de 'generalistische GLI die het ZIN toegankelijk wil maken' binnen de basisverzekering. Inderdaad spraken wij in een eerdere versie van dit Addendum over een generalistische GLI. Deze generalistische GLI sloot nog sterk aan bij het Cool (Coaching op Leefstijl)-project van zorgverzekeraar CZ, een project onder de beleidsregel Innovatie van de NZa. In dit project werd onderzoek gedaan naar de implementatie binnen de eerste lijn van een gecombineerde leefstijlinterventie uitgevoerd door leefstijlcoaches. Het ZIN was hierbij betrokken omdat het moet aangeven of de zorg die aangeboden wordt onder de beleidsregel Innovatie al of niet onder de basisverzekering kan vallen.

Kort samengevat kwamen de bezwaren van de partijen op het volgende neer:

- ♣ een generalistische GLI hoort thuis in het publieke domein niet in de zorg;
- ♣ zij zien geen heil in de introductie van een leefstijlcoach binnen de eerste lijn als aanbieder van een GLI;
- ♣ partiële financiering van de interventie via de gemeente of de burger zelf, namelijk voor begeleiding bij bewegen, vinden de partijen onwenselijk;
- ♣ 'een en ander' past niet binnen het basistakenpakket van de huisarts.

Het Cool-project heeft aan de basis gestaan van dit Addendum. Gaandeweg zijn wij ons ervan bewust geworden, dat er generieke uitspraken nodig zijn om het aanbod van de GLI binnen de eerste lijn onder de Zvw vorm te geven. Voor deze generieke uitspraken hanteren we in het Addendum nu de volgende uitgangspunten:

- ♣ de generieke omschrijving van een gecombineerde leefstijlinterventie in de Zorgstandaard Obesitas;
- ♣ specifieke programma's die voldoen aan deze generieke omschrijving en bewezen effectief zijn;
- ♣ een medische indicatie voor de gecombineerde leefstijlinterventie conform Zorgstandaard Obesitas en de NHG-standaard Obesitas;
- ♣ de functionele systematiek van de Zvw die niet aangeeft wie de zorg mag of moet leveren, zolang de uiteindelijke aanbieder(s) bevoegd en bekwaam is (zijn);
- ♣ een advies aan de zorgverzekeraars om in hun polissen een minimale kwaliteitseis op te nemen voor het aanbieden van de GLI, namelijk competenties op het niveau van een HBO-leefstijlcoach;
- ♣ begeleiden bij bewegen valt niet onder de Zvw als er geen sprake is van een medische indicatie. Als er sprake is van een medische indicatie gelden verder binnen de Zvw de voorwaarden van 'zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden';
- ♣ de conclusies uit het RIVM over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van leefstijlinterventies in de eerste lijn.

Deze uitgangspunten zouden, naar onze mening, de bezwaren moeten kunnen wegnemen van LHV, NHG, KNGF en NVD. Niettemin hebben zij deze bezwaren herhaald in hun reactie van 11 januari 2018.

Wij hebben nog nader overleg gevoerd met de KNGF en NVD omdat de herhaling van hun bezwaren ons verbaasde. Dit heeft geresulteerd in aanvullingen en verhelderingen van de tekst. Wij hopen dat wij hiermee de misverstanden uit de weg hebben kunnen ruimen.

In bijlage 2 hebben we een factsheet opgenomen waarin we de uitgangspunten van de GLI in dit Addendum nog eens op een rijtje zetten.

4.2 Psychologische ondersteuning binnen de GLI

Het PON en het NIP vragen speciaal aandacht voor de plek van de psychologische ondersteuning binnen de GLI. Aan de hand van hetgeen de NHG-standaard Obesitas zegt over ondersteuning bij de gedragsverandering hebben wij dit verduidelijkt in hoofdstuk 3. Uit die omschrijving blijkt dat een GZ- psycholoog of cognitieve gedragstherapeut niet standaard onderdeel hoeft te zijn van de GLI die wij in dit Addendum beschrijven. Als deze zorg toch nodig is dan zou via de huisarts een verwijzing kunnen komen naar een dergelijke zorgverlener.

In de volgende paragraaf gaan we in op de groepsbehandeling van het PON en de beoordeling hiervan voor een plek binnen de basisverzekering. Van deze GLI is psychologische ondersteuning wel een vast bestanddeel.

4.3 Groepsbehandeling van het PON

Verschillende reacties gaan in op de GLI die het PON heeft beschreven, de zogenaamde groepsbehandeling (het PON beschrijft twee varianten: een 'standaard' en een intensieve variant). Ter onderscheiding van de GLI die wij in dit addendum beschrijven, hadden we voor deze groepsbehandeling in vorige versies de term 'gespecialiseerde GLI' gebruikt. Deze term heeft tot veel onduidelijkheid geleid.

We hebben de tekst aangepast indachtig de gemaakte opmerkingen. In het volgende hoofdstuk 5 schetsen wij onze visie ten aanzien van de groepsbehandeling vanuit het perspectief van de sociale ziektekostenverzekering.

4.4 Reactie InEen

4.4.1 Generieke benadering en indicatiecriteria

InEen benoemt in haar reactie een aantal aandachtspunten voor een goede implementatie van de GLI. Een aantal maken deel uit van de uitgangspunten zoals we die nu verwoord hebben in het Addendum: een generieke benadering waardoor alle bewezen effectieve programma's onder de basisverzekering aangeboden kunnen worden en een duidelijke afbakening doelgroep. Wat het laatste betreft gaan we nu uit van de indicatiecriteria uit de Zorgstandaard Obesitas en NHG-standaard Obesitas. Naarmate er meer ervaring komt met het aanbod van de GLI in de praktijk, kunnen we ons voorstellen dat er een verfijning komt van indicatiecriteria.

4.4.2 Competenties en registratie

InEen pleit er ook voor om de beschrijving en registratie van competenties en opleidingsvereisten goed te regelen alvorens de nieuwe prestatie voor de GLI te introduceren. De meest betrokken beroepsgroepen, namelijk leefstijlcoaches, diëtisten en fysio-/oefentherapeuten overleggen nu om de competenties binnen hun respectievelijke beroepsgroepen te vergelijken. Ook zullen er afspraken gemaakt worden over een wijze waarop aan zorgverzekeraars inzichtelijk gemaakt kan worden welke zorgaanbieders over de competenties voor het aanbieden van een GLI beschikken.

4.4.3 Organisatie en ondersteuning en VER

InEen vraagt aandacht voor een aantal zaken die we inderdaad al adresseren in het Addendum, namelijk voldoende ruimte binnen de Wmg-prestatie voor organisatie en ondersteuning en een pleidooi voor vrijstelling van het VER voor de GLI.

4.4.4 Budget-impactanalyse en budgettaire kader voor de GLI

De beschikbaarheid van voldoende budgettaire ruimte is een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle implementatie van de GLI, aldus InEen. InEen pleit dan ook voor een zorgvuldige impactanalyse om tot een goede inschatting van de verwachte kosten te komen en zij adviseren een afzonderlijk budgettair kader voor de GLI.

4.5 Reactie Patiëntenfederatie: inzicht in aanbod en Samen Beslissen

De Patiëntenfederatie is verheugd dat er nu stappen gezet zijn waarmee het voor patiënten duidelijk wordt waaraan het zorgaanbod van de GLI dient te voldoen. Naast een aantal punten die ook in andere reacties naar voren komen, vraagt de Patiëntenfederatie aandacht voor:

- organisatie van het zorgaanbod en inzicht voor de patiënt in de kwaliteit van het aanbod;
- aandacht voor Samen Beslissen, het goede gesprek bij de start van de GLI.

Wij onderschrijven graag het belang van deze punten voor het welslagen van (het aanbod) van deze zorg. Inzicht in de kwaliteit van het aanbod zal gaandeweg ontwikkeld moeten worden. Dat is nu nog niet te geven, domweg omdat er nog geen structureel aanbod is. Het Samen Beslissen zal van meet af aan vorm moeten krijgen. Bij deze interventie is dit zeker het geval omdat de motivatie van de patiënt en het aansluiten bij de persoonlijke kenmerken en voorkeuren het succes van de interventie zeer ten goede komen.

4.6 Reactie PON: monitoring

Het PON vraagt aandacht voor monitoring om de indicatiestelling van de GLI die dit Addendum beschrijft en hun groepsbehandeling ('standaard' en intensief) in de toekomst te kunnen vaststellen. Wij hebben in hoofdstuk 3 een paragraaf gewijd aan de wenselijkheid van monitoring en evaluatie.

4.7 Reactie Care for Obesity: zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas

C4O gaat, indachtig hun taken, voornamelijk in op de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas. Hun tekstsuggesties op dit punt hebben we grotendeels overgenomen, vooral ook de passage waarom dit Addendum niet de goede basis vormt voor de doelgroep kinderen.

In bijlage 3 zijn de inhoudelijke reacties opgenomen.²⁵

²⁵ Zorgverzekeraars Nederland en zorgverzekeraar CZ hebben opmerkingen geplaatst in het consultatie-document. Deze zijn niet in de bijlage opgenomen.

5 De groepsbehandeling (PON)

In vorige versies van het Addendum benoemden we ook een 'gespecialiseerde' GLI en wij doelden hiermee op de groepsbehandeling beschreven door het PON. Door de toevoeging 'gespecialiseerd' wilden we de GLI in dit Addendum onderscheiden van de groepsbehandeling. Het gebruik van de term gespecialiseerd heeft tot onduidelijkheid geleid, omdat deze term niet aansluit bij de terminologie uit de Zorgstandaard Obesitas. De Zorgstandaard Obesitas beschrijft immers een GLI en daarnaast een GLI+.

In deze versie van het addendum sluiten wij aan bij deze terminologie en spreken wij niet meer van een gespecialiseerde GLI.

Dit brengt ons op de GLI die het PON heeft beschreven: de groepsbehandeling. De groepsbehandeling is geïndiceerd bij een sterk verhoogd GGR, aldus het PON. Het PON beschrijft hiervan ook een intensieve variant, een GLI+, die in te zetten is bij een extreem verhoogd GGR. (Ter vergelijking: de GLI in dit Addendum kan worden ingezet *vanaf* een matig verhoogd GGR. De indicaties overlappen dus deels.)

Wij hebben de groepsbehandeling in vorige versies van het Addendum gekarakteriseerd als 'gespecialiseerd' omdat zij standaard uitgaat van de inzet van specifieke disciplines (een diëtist, fysiotherapeut en psychosociaal hulpverlener respectievelijk (GZ-)psycholoog). Een precieze opgave van de kosten hebben wij niet beschikbaar, maar uit een toelichting blijkt dat de groepsbehandeling duurder is dan de GLI die wij in dit Addendum adresseren. Het kostenverschil hangt samen met de intensiteit van de interventie en de in te zetten disciplines. De duur en intensiteit van de GLI kan de effectiviteit bevorderen. De behaalde gewichtsreductie behaald bij een intensievere interventie kan hoger zijn dan de gewichtsreductie bij een minder intensieve interventie. Als een minder intensieve interventie echter op de lange termijn goede, houdbare resultaten realiseert, dan is het gerechtvaardigd binnen een sociale ziektekostenverzekering in eerste instantie de minder intensieve interventie aan te bieden.

Wij menen dat de betrokken beroepsgroepen duidelijk moeten maken welke overwegingen binnen de groep sterk verhoogd GGR een indicatie kunnen vormen voor de groepsbehandeling, als zwaardere GLI ten opzichte van de GLI die wij in het Addendum beschrijven. Wij denken dan bijvoorbeeld aan bepaalde co-morbiditeiten en/of individuele, psychologische kenmerken. Het zou ook kunnen zijn dat deze GLI een plek zou moeten krijgen binnen de medisch specialistische zorg. Wij laten het echter over aan de beroepsgroepen om dit nader uit te werken. Het Zorginstituut wil wel betrokken blijven bij deze uitwerking om de zorg bij obesitas voor alle groepen te optimaliseren.

Zorginstituut Nederland

Lid Raad van Bestuur

Sjaak Wijma