



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de slag met de gecombineerde leefstijlinterventie



Leeswijzer

Op Loketgezondleven.nl vindt u het [Wat werkt dossier over de gecombineerde leefstijlinterventie gericht op de behandeling van overgewicht bij volwassenen](#). De achtergronden van het ‘aan de slag gedeelte’ van bij dit dossier leest u in dit document. Hoofdstuk 1 geeft allereerst achtergrondinformatie over de gecombineerde leefstijlinterventie en feiten en cijfers over overgewicht bij volwassenen in Nederland. In hoofdstuk 2 leest u hoe partijen in gemeentes aan de slag kunnen gaan met de implementatie van deze leefstijlinterventies. Wilt u meer weten over de werkzame elementen? Deze zijn beschreven in de publicatie [Werkzame elementen gecombineerde leefstijlinterventies](#). De publicatie sluit af met de beschrijving van de methode van onderzoek en de literatuurlijst.

1. Achtergrondinformatie over de gecombineerde leefstijlinterventie en overgewicht bij volwassenen in Nederland

De interventie

Een gecombineerde leefstijlinterventie richt zich op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en duurzame gedragsverandering, met als doel overgewicht te verminderen.

Aan de basis van de gecombineerde leefstijlinterventie staan de Finse Diabetes Prevention Study [1] en het Amerikaanse Diabetes Prevention Program [2]. Die toonden overtuigend aan dat mensen met een verstoorde glucose-huishouding en overgewicht veel minder kans hadden op diabetes mellitus type 2 (DM-2) nadat zij deze leefstijlprogramma's volgden. De (kleinere) Nederlandse SLIM-studie bevestigde deze resultaten.

Kosteneffectiviteitsonderzoek naar de Beweegkuur liet vervolgens zien dat leefstijlbegeleiding op maat een aanzienlijke gezondheidswinst opleverde bij mensen met overgewicht en dat deze begeleiding kosteneffectief was [3].

Vergoeding uit de basisverzekering

Per 1 januari 2019 wordt de gecombineerde leefstijlinterventie, onder voorwaarden, vergoed vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er is geen eigen risico van toepassing. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelde de tarieven voor vergoeding van de interventie voor 2019 vast in de [beleidsregel Gecombineerde Leefstijlinterventie](#).

Om in aanmerking komen voor vergoeding geldt dat een interventie minimaal de erkenning ‘Eerste aanwijzingen voor effectiviteit’ moet hebben vanuit het [erkenningstraject](#) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Verder moet de interventie passen binnen de beschrijving van de gecombineerde leefstijlinterventie (zie [addendum](#) van het Zorginstituut Nederland (ZIN)) en voldoen aan de voorwaarden van de NZa-[beleidsregel](#). ZIN en Zorgverzekeraars Nederland bepalen vervolgens of een erkende interventie voldoet aan de voorwaarden van de NZa en opgenomen kan worden in de basisverzekering.

ZIN en Zorgverzekeraars Nederland bepaalden eind 2018 dat de programma's [CoolL](#), [SLIMMER](#) en de [Beweegkuur](#) voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking komen. Mogelijk volgen er meer programma's.

Wat wordt vergoed?

De gecombineerde leefstijlinterventie heeft de vorm van een programma. De beleidsregel Gecombineerde Leefstijlinterventies onderscheidt de volgende onderdelen die horen bij het zorgprogramma: de intake, een behandel-fase met een duur van maximaal twaalf maanden en een onderhoudsfase met een duur van maximaal twaalf maanden. Er is ook een vergoeding voor coördinatie en afstemming. Dit maakt het mogelijk dat er meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij de uitvoering van het zorgprogramma (zie paragraaf 2.1).

Tabel 1: Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij volwassenen[5]

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

* Aanwezigheid 10-jaarsrisico van overlijden aan risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ) > 5% of aanwezigheid gestoord nuchtere glucose

** Aanwezigheid van diabetes mellitus type 2 (DM2), hart- en vaatziekten (HVZ), slaapapneu en/of artrose.

Binnen de gecombineerde leefstijlinterventie krijgt een deelnemer advies en begeleiding bij:

- gezonde voeding en het aanleren van eetgewoontes,
- gezond gaan bewegen conform de richtlijn Gezond bewegen en hoe dit in te passen in het dagelijks bestaan, en
- benodigde gedragsverandering realiseren om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden.

Het daadwerkelijke bewegen realiseert de deelnemer in de eigen woon-/leefomgeving en maakt geen onderdeel uit van de interventie [4].

Wie komen in aanmerking?

Volwassenen met overgewicht en een extra risicofactor en volwassenen met obesitas komen in aanmerking voor een gecombineerde leefstijlinterventie. Bij deze mensen is het 'gewichtsgelateerd gezondheidsrisico' (GGR) matig, sterk of extreem verhoogd (zie tabel 1).

Er is sprake van overgewicht bij een Body Mass Index (BMI) ≥ 25 kg/m². Er is sprake van obesitas of ernstig overgewicht bij een BMI ≥ 30 kg/m². Bij een extra risicofactor gaat het om de aanwezigheid van risicofactoren voor Hart en Vaatziekten (HVZ), Diabetes Mellitus Type 2 (DM2) of de aanwezigheid van slaapapneu of artrose. Toelating tot de gecombineerde leefstijlinterventie vindt plaats na doorverwijzing van de huisarts of medisch specialist.

Als de gecombineerde leefstijlinterventie niet succesvol is kan deze ondersteund worden met medicatie¹ indien dit volgens het oordeel van een zorgverlener wenselijk is. Bij een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico kan medicatie ter ondersteuning van de gecombineerde leefstijlinterventie al vroeg in de behandeling ingezet worden. Het betreft een behandelspectrum dat per individu door de zorgverlener goed in de gaten gehouden moet worden [5].

¹ Er zijn voorwaarden aan de vergoeding van deze medicatie uit de basisverzekering.

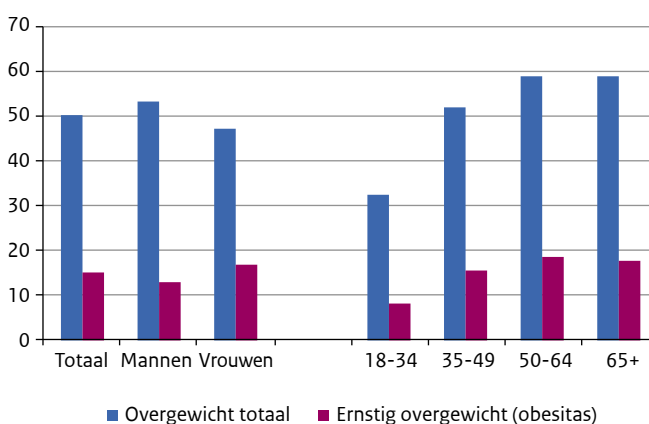
Prevalentie van overgewicht en trend over de tijd

In 1990 had één op de drie volwassen Nederlanders (35,1%) overgewicht. Sindsdien is het aantal Nederlanders met overgewicht sterk gestegen tot de helft van alle volwassenen (50,2%) in 2018. Het percentage mensen met obesitas is in dezelfde periode verdubbeld van 6,2 tot 15%. De laatste jaren is de sterke stijging wat afgevlakt (Volksgezondheidszorg.info).

Aantal Nederlanders dat in aanmerking komt

Een budget impact analyse van de gecombineerde leefstijlinterventie becijfert dat 28% van de bevolking tussen 18 en 75 jaar in aanmerking komt voor verwijzing naar deelname aan deze leefstijlinterventie. Het gaat om een groep van rond de 3,5 miljoen Nederlanders [6].

Grafiek 1: volwassenen met overgewicht en obesitas 2018



Verschillen in de prevalentie van overgewicht

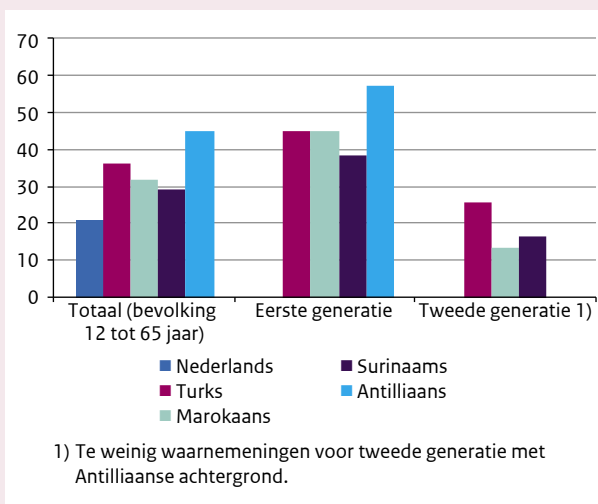
Naar opleiding

Overgewicht komt vaker voor bij mensen met een lage opleiding (66%) dan bij hoog opgeleide mensen (41%). Ook obesitas komt vooral voor onder de laag opgeleiden en minder vaak onder de hoog opgeleiden (23 versus 8,6%) (Volksgezondheidzorg.info).

Naar Migratieachtergrond

Overgewicht en obesitas komen vaker voor bij mensen van Turkse, Antilliaanse, Marokkaanse en Surinaamse herkomst dan bij mensen zonder migratieachtergrond. Dit speelt vooral onder ouderen en onder de eerste generatie [7] [CBS].

Grafiek 2: Obesitas naar achtergrond en generatie, 2013/2017



Stoppen met roken

Mensen die stoppen met roken komen gemiddeld tussen de vier en vijf kilogram aan; het meest in de eerste drie maanden na de stopdatum. Zestien procent van de ex-rokers komt meer dan tien kilogram aan en hetzelfde percentage ex-rokers is twaalf maanden na de stopdatum juist gewicht verloren [8] [9] .

Na zwangerschap

Het behoud van gewicht na zwangerschap en bevalling draagt aanzienlijk bij aan overgewicht en obesitas onder vrouwen. Tweederde van de vrouwen weegt zes maanden na de bevalling meer dan vóór de bevalling. Bij moeders met een laag inkomen is tot 75% van de vrouwen 1 jaar na de bevalling zwaarder dan hun gewicht vóór de zwangerschap[10]. Op de langere termijn vergroot het onvermogen om terug te keren naar het gewicht van vóór de zwangerschap het risico op het ontwikkelen van obesitas [10].

Regionale verschillen

Het percentage inwoners met overgewicht onder personen van 19 jaar en ouder varieert tussen gebieden, zoals in onderstaand kaartje is te zien.

Figuur 1: Percentages overgewicht per gemeente 2016



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 GGD'en, CBS en RIVM

Medische gevolgen van overgewicht

Overgewicht kan zowel op korte als op lange termijn tot directe gezondheidsproblemen leiden. Mensen met overgewicht en met name obesitas hebben een grotere kans op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2 (DM 2), een hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterol. Ook is de kans op hart- en vaatziekten groter, evenals de kans op verschillende vormen van kanker, galziekten, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en slaapapneu. Naarmate de BMI stijgt, neemt de kans op het tegelijkertijd hebben van twee of meer aandoeningen (comorbiditeit) toe. Verder is de kans op een spontane zwangerschap kleiner en gaan zwangerschap en geboorte vaker gepaard met complicaties[8].

Obesitas speelt een grote rol bij het verlies van gezondheid en kwaliteit van leven. Het zorgt voor een verlies van 3,0 levensjaren en 5,1 gezonde jaren. Mensen met overgewicht verliezen minder gezondheid (2,1 gezonde levensjaren) dan mensen met obesitas (Volksgezondheidzorg.info). Het sterfterisico is verhoogd vanaf een BMI van 25 kg/m² en stijgt verder als de BMI toeneemt. Obesitas is verantwoordelijk voor 5% van de sterfgevallen [11].

Het ontstaan van overgewicht

Het ontstaan van overgewicht hangt samen met diverse factoren. Deels zijn dat individuele factoren zoals een langdurige onevenwichtigheid in de energiebalans, een zittende leefstijl, chronische stress, korte slaapduur en genetische aanleg. Deels gaat het om omgevingsfactoren zoals een obesogeen voedselaanbod, prijsbeleid, de gewoonten in een gezin en culturele verschillen [13].

Ongeveer 50-80% van de variatie in lichaamsgewicht is genetisch bepaald. Echter, ook bij een genetische aanleg slaat een lichaam alleen energie op als de inname groter is dan het verbruik. Genetische aspecten verklaren deels het verschil in aanleg om dik te worden, maar verklaren niet de toename in overgewicht en obesitas van de afgelopen decennia. In deze relatief korte periode is ons genetisch materiaal immers nauwelijks veranderd. De leefomgeving is in die periode wel verder veranderd. Hoogcalorisch eten is ruim beschikbaar, er is een afnemende noodzaak tot fysieke activiteit [14], een toename van stress en een afname van slaapduur [15, 16].

Ook een aantal ziektebeelden (zoals hypothyreoïdie, syndroom van Down, syndroom van Cushing en monogenetische vormen van obesitas) gaan gepaard met gewichtstoename. De eetstoornis binge eating disorder kan bijdragen aan het ontwikkelen en/of in stand houden van obesitas. Ook psychologische factoren, zoals emotioneel eten (eten als reactie op negatieve gebeurtenissen), kunnen een rol spelen bij het ontstaan van obesitas. Seksueel misbruik of andere vormen van geweld en affectieve verwaarlozing bij kinderen zijn eveneens geassocieerd met obesitas op volwassen leeftijd [8]. Verder gebruikt de helft van de patiënten die hulp zoeken vanwege obesitas medicatie met een dikmakende of dikhoudende bijwerking [17].

Kosten van overgewicht en obesitas

De met obesitas - en in mindere mate met overgewicht - gepaard gaande gezondheidsproblemen leiden tot veel (medicamenteuze) behandelingen. Dit leidt tot hoge kosten binnen de gezondheidszorg en buiten de gezondheidszorg, tot kosten in verband met arbeidsongeschiktheid [8].

Sociale gevolgen van overgewicht

Mensen met overgewicht en obesitas hebben vaak veel last van het sociale stigma dat aan overgewicht kleef. Ook hebben zij vaak veel last van functionele beperkingen, zoals niet achter je kind kunnen aanrennen of veters kunnen strikken [12]. Overgewicht en obesitas brengen ook vaak psychische en sociale problemen, een verminderde kwaliteit van leven, lagere kans op werk, arbeidsongeschiktheid en frequenter verzuim van werk met zich mee [8].

2. Aan de slag met de implementatie van de gecombineerde leefstijlinterventie

In dit hoofdstuk leest u hoe partijen in gemeentes aan het werk kunnen gaan met de implementatie van gecombineerde leefstijlinterventie en waar ze rekening mee kunnen houden. Veel gemeentes hebben waarschijnlijk al beleid rond overgewicht. Partijen op gemeentelijk niveau buigen zich nu mogelijk over de vraag: wat betekent het voor de gemeente dat de gecombineerde leefstijlinterventie per 1 januari 2019 vergoed wordt vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw)? Dit hoofdstuk gaat in op de opgaves die de implementatie van deze leefstijlinterventie oplevert.

De volgende partijen zijn op gemeentelijk niveau bij de gecombineerde leefstijlinterventie betrokken: gemeente, GGD, Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS), zorggroepen, huisartsen, interventieaanbieders, en partijen binnen het sport- en beweegaanbod. Ook de zorgverzekeraars spelen een rol. In paragraaf 2.1 leest u hoe men de samenwerking tussen de huisarts, zorggroep en interventieaanbieder kan versterken. Paragraaf 2.2 beschrijft wat men kan doen om de samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod te versterken. In paragraaf 2.3 staan de kansen die de interventie biedt voor het versterken van het gemeentelijke beleid.

2.1 Samenwerking tussen de zorggroep, huisarts en interventieaanbieders

Contracteren

De zorgverzekeraar bepaalt welke gecombineerde leefstijl-interventie (Cool, SLIMMER of de BeweegKuur) hij voor zijn verzekerden inkoopt. Zorgverzekeraars contracteren deze leefstijlinterventie via zorggroepen of direct bij individuele zorgaanbieders. De inkoop voor 2019 is in veel gevallen nog niet afgerond. Meer informatie over het inkoopbeleid is te vinden op de websites van de zorgverzekeraar.

Zorggroepen zijn regionale of stedelijke samenwerkingsverbanden van huisartsen- en eerstelijnsorganisaties die gestructureerde zorg aan diverse patiëntengroepen leveren. Ze hebben financiële samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars en vormen vaak de gesprekspartner van gemeenten, paramedici en ziekenhuizen in de regio. Zorgverzekeraars beschouwen zorggroepen als georganiseerde contractpartij voor de gecombineerde leefstijlinterventie.

Als de zorgverzekeraar een gecombineerde leefstijlinterventie gecontracteerd heeft via zorggroepen, maakt de zorggroep vervolgens afspraken met de interventieaanbieders over de uitvoering en afstemming binnen de keten. Hierbij kan de aanbieder als onderaannemer van de zorggroep optreden.

Organisatie bij zorggroepen

Voor zorggroepen en huisartsen is de zorgprestatie van de gecombineerde leefstijl nog nieuw. Om deze interventie te kunnen implementeren hebben zij behoefte aan duidelijke informatie. Het gaat dan bijvoorbeeld over de voorwaarden en de tarieven die de zorgverzekeraars aanhouden bij contractering, de mate waarin zorgverzekeraars eenduidige afspraken maken, en over de indicatoren waar informatie op vastgelegd moet worden [18].

Verwijzing door de huisarts

De huisarts diagnosticeert, indiceert en verwijst patiënten die in aanmerking komen voor een gecombineerde leefstijl-interventie. Ook stelt de huisarts vast of er indicaties zijn voor aanvullende zorg op de interventie². Bij mensen met overgewicht of obesitas komt er immers vaak co-morbiditeit voor die leidt tot additionele zorgvragen. Ook kan de huisarts bij sociaal-maatschappelijke problematiek verwijzen naar gemeentelijke instanties zoals schuldsanering.

² Het is mogelijk dat er een indicatie is voor een specialistisch dieetadvies naast de gecombineerde leefstijlinterventie of dat een inspanningsbeperking of psychische problematiek van de betrokkene eerst aandacht vergt voordat er met de interventie begonnen kan worden. Ook kan begeleiden bij bewegen vergoed worden uit de Zvw als er sprake is van een ernstige beweegbeperking of andere medische relevante beperking waardoor begeleiden bij bewegen medisch noodzakelijk is.





Huisartsen zijn niet altijd gemotiveerd om te verwijzen naar leefstijlinterventies. Vaak zijn ze niet goed op de hoogte welke interventies effectief en succesvol zijn en ook kennen ze het aanbod in de buurt niet goed [19] [20].

Van de doelgroep volwassenen van 18 tot 75 jaar met een indicatie voor de gecombineerde leefstijlinterventie heeft jaarlijks 77% minimaal één keer contact met de huisarts. Huisartsen kunnen er voor kiezen om niet over leefstijlverandering te spreken met hun geïndiceerde patiënten. Als ze er wel met hen over praten, zijn er patiënten die (nog) niet open staan voor een verwijzing naar de leefstijlcoach.

In de regio's waar de Cool-interventiestudie werd uitgevoerd is 1,03% van de doelgroep die in aanmerking komt voor de gecombineerde leefstijlinterventie door de huisarts verwezen voor een intakegesprek³ [6]. De perceptie van het gebrek aan motivatie van patiënten en de beperkt beschikbare tijd van huisartsen kunnen een barrière voor verwijzing zijn [21] [22]. Een gesprek van 30 seconden tussen arts en

patiënt waarbij het overgewicht benoemd werd, een gecombineerde leefstijlinterventie voorgesteld, en een doorverwijzing geregeld, droeg echter al bij aan adequate toeleiding, en tevredenheid van de patiënten [23].

Om goed te kunnen verwijzen, is het belangrijk dat huisartsen makkelijk toegang hebben tot up-to-date informatie over de lokaal beschikbare gecombineerde leefstijlinterventies, bijvoorbeeld via het Keten Informatie Systeem. Afspraken over wie verantwoordelijk is voor het opstellen en onderhouden van deze informatie dienen gemaakt te worden [24]. Het NHG kan huisartsen informeren over de effectiviteit van deze leefstijlinterventies waardoor de motivatie om te verwijzen mogelijk toeneemt [19]. Een goede samenwerking tussen de huisarts en de interventie-aanbieder bevordert de doorverwijzing [20].

Intake door de interventiezorgaanbieder

Na verwijzing door de huisarts verzorgt de zorgaanbieder de intake. Interventieaanbieders zijn bijvoorbeeld leefstijlcoaches, diëtisten en fysio-/oefentherapeuten. Het Zorginstituut stelt dat de vereiste competenties af te leiden zijn uit de interventie zelf en dat het goed zou zijn als zorgverzekeraars eisen dat de aanbieder minimaal het niveau van een HBO-gekwificeerde leefstijlcoach heeft [4]. Bij Cool is een leefstijlcoach de coördinerend zorgverlener. Een team met een leefstijlcoach, diëtist, fysiotherapeut/oefentherapeut voert de BeweegKuur en SLIMMER uit. De zorgverleners moeten een licentie aanschaffen om de

³ Aan de Cool-interventie was ook een wetenschappelijke studie gekoppeld en hieruit bleek dat niet iedereen bereid is om aan zo'n studie mee te doen. Een hoger verwijzingspercentage zou reëel kunnen zijn wanneer de gecombineerde leefstijlinterventie bekendheid krijgt en mensen actief gaan vragen om een verwijzing. Een lager verwijzingspercentage zou ook kunnen komen doordat de gemiddelde huisarts minder gespitst is op leefstijlverandering van hun patiënten dan de huisartsen die mee doen aan de Cool-studie.

gecombineerde leefstijlinterventie te kunnen uitvoeren. De interventieeigenaar verstrekt de licentie aan zorgverleners die voldoen aan de voorwaarden zoals een afgeronde training (**Cool**, **BeweegKuur**, **SLIMMER**). De zorgaanbieder moet regelmatig zorginhoudelijk afstemmen met en terugkoppelen naar de huisarts [4].

Belangrijk onderdeel van de intake is de toelichting over de interventie aan de patiënt en diens motivatie te toetsen voor deelname aan en afronding van het complete zorgprogramma. Door de hulpvraag en doelen van de patiënt in kaart te brengen, kan worden beoordeeld of de gecombineerde leefstijlinterventie hierop aansluit.

Uit de Cool-studie bleek dat van de mensen met een verwijzing voor een intake 84% daadwerkelijk het intakegesprek kreeg en dat 90% van hen startte met de interventie. Na de start zijn er meestal uitvallers, vooral in het eerste kwartaal van deelname. 81,5% van de deelnemers die starten met de gecombineerde leefstijlinterventie maken de interventie ook af, zo blijkt uit gegevens van de Cool-studie [6]. SLIMMER en de BeweegKuur lieten iets andere uitvalpercentages zien. Het uiteindelijke aantal deelnemers lag bij Cool op 76%, bij SLIMMER op 50% en bij de BeweegKuur op 81% [6]. De interventieaanbieder kan de kosten, onder voorwaarden, declareren bij de zorgverzekeraar van de deelnemer. De zorgaanbieder moet zich registreren in het Algemeen Gegevensbeheer (AGB)-register van Vektis.

Zorgverzekeraars stellen vaak als eis voor vergoeding dat de zorgverlener aangesloten is bij een beroepsvereniging.

De gecombineerde leefstijlinterventie valt voorlopig niet onder de btw-vrijstelling die geldt voor de zorg. Zorgverzekeraars kunnen de btw-heffing vergoeden aan de zorgaanbieders.

Procesmatige ondersteuning

Sommige zorggroepen en interventieaanbieders hebben behoefte aan procesmatige ondersteuning [18]. Een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS), GGD of gemeente, kan hierin een rol spelen. Bijvoorbeeld door overleg te organiseren, het netwerk te mobiliseren, partijen van informatie te voorzien, te adviseren, communicatieplatforms te faciliteren, het maken van samenwerkingsafspraken te ondersteunen en eventueel door op zoek te gaan naar financiering. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van beschikbare tools, waaronder de **toolkit Lokale werksessie**. Het kan dan aantrekkelijk zijn de gecombineerde leefstijlinterventie één van de onderwerpen op de agenda te maken en breder in te zetten op het versterken van het netwerk. Lessen uit samenwerking in de ketenzorg, bijvoorbeeld rond diabetes of hart- en vaatziekten zijn bruikbaar bij de inrichting van de samenwerking rond de gecombineerde leefstijlinterventie. Ook is het van belang om de samenwerking rond deze interventie af te stemmen op wat er verder gemeentelijk al plaatsvindt, bijvoorbeeld vanuit de Gezonde Wijk aanpak of JOGG.



Voor een partij die aan de slag gaat met de implementatie van de interventie is het informatief te weten wat de preferente zorgverzekeraars zijn in een gemeente, welke gecombineerde leefstijlinterventies zij hebben ingekocht, en wie de lokale interventieaanbieders zijn. Begin 2019 is de contractering voor deze interventies nog niet afgerond. De contractering zal gedurende het doorlopen. In de loop van 2019 staan er kaartjes op Loketgezondleven.nl die inzicht geven in het aanbod

Structurele samenwerking opbouwen en werken aan onderling vertrouwen kost tijd [20] [25]. Partijen moeten een reëel tijdspad opstellen. Persoonlijke contacten zorgen voor een betere netwerkvorming, evenals het fysiek bij elkaar in de buurt werken. Kennismaking alleen is niet genoeg om tot structurele samenwerking te komen. Een procesverantwoordelijke is en blijft belangrijk [24] [26]. Het boeken van resultaten en het delen van successen vergroot de energie en het enthousiasme in het netwerk en bevordert de onderlinge samenwerking. Ook duidelijkheid over de rol- en taakverdeling, openheid over de mogelijkheden en belangen van partners, een gezamenlijke identiteit en structurele en regelmatige monitoring dragen bij aan een goede samenwerking. Institutionele randvoorwaarden, zoals een ondersteunend beleid vanuit de eigen organisatie en voldoende beschikbare middelen en tijd [26] zijn belangrijk om duurzaam te blijven bijdragen aan de samenwerking.

2.2 Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod

Mensen die deelnemen aan een gecombineerde leefstijlinterventie moeten in hun eigen woon-/leefomgeving (gezonder) gaan bewegen. Denk hierbij aan bijvoorbeeld bewegen in de natuur, bij sportverenigingen of bij aanbod in het sociale domein, zoals wandelgroepjes vanuit een buurthuis. Begeleiden bij het alledaags bewegen wordt niet vergoed als onderdeel van deze leefstijlinterventies. Een goede doorstroom naar het lokale sport- en beweegaanbod is dus van groot belang.

Doorstroom naar het lokale sport- en beweegaanbod

De doorstroom vanuit het interventieprogramma naar het lokale sport- en beweegaanbod is een expliciet doel van de gecombineerde leefstijlinterventie. Het is van groot belang voor het behouden van een laag gewicht (zie de publicatie *Werkzame elementen van de gecombineerde leefstijlinterventie*). Bij onvoldoende doorverwijzingen naar het lokale beweegaanbod, blijven deelnemers vaak teveel in het (para) medische circuit hangen [24]. Als mensen bewegen als een leuke sociale activiteit ervaren en niet als een (tijdelijke)

medische behandeling, vormt het eerder een vanzelfsprekend onderdeel van het gewone dagelijkse leven. De interventieaanbieder is verantwoordelijk voor het bevorderen van de doorstroom. Om deze reden is het van groot belang dat er binnen de interventie een functionaris is met kennis van de gemeentelijke sociale kaart en die connecties heeft met het sociale domein [4].

Voor deelnemers is vroege kennismaking met het beweegaanbod, de begeleider en de beweeglocatie, al tijdens de looptijd van de interventie, een stimulans voor doorstroom. Wanneer deelnemers al in een vroeg stadium kennismaken met vervolgaanbod, weten zij wat hen te wachten staat. Zo voorkomt men dat deelnemers in een gat vallen na de begeleiding in de zorg. Doorstroom bevordert men ook door te zorgen voor: groepsvorming, warme en persoonlijke overdracht, een duidelijke trekker van het beweegaanbod met voldoende motivatie en tijd, en ondersteuning vanuit de gemeente of het welzijnswerk [26] [27] [28]. Kosten voor sport- en beweegaanbod, verandering van begeleider en/of verandering van locatie zien veel deelnemers als drempel om duurzaam meer te gaan bewegen.

De interventieaanbieder kan samenwerken met de buurtsportcoach om de doorstroom naar beweegaanbod buiten de zorg te bevorderen. Zij kennen het lokale sport- en beweegaanbod goed en hebben een taak in het optreden als schakel tussen onder meer de huisarts, het wijkteam en het beweegaanbod. Ook hebben ze vaak een expliciete rol bij het vitaal houden van kwetsbare burgers en begeleiden zij soms zelf ook beweegactiviteiten. Bij de BeweegKuur wordt samengewerkt met buurtsportcoaches die de aantekening BeweegKuur-instructeur hebben. Buurtsportcoaches kunnen deze aantekening verkrijgen in hun mbo-opleiding Sport en Bewegen.

Passend beweegaanbod

Van belang is dat er passend beweegaanbod is voor deelnemers aan de gecombineerde leefstijlinterventie zodat zij kunnen doorstromen naar lokaal sport- en beweegaanbod. Veel gemeenten hebben sport- en beweegbeleid gericht op het stimuleren van een lokaal sport- en beweegaanbod dat voor iedereen toegankelijk is. Dit sluit goed aan bij de ambitie 'Inclusief sporten en bewegen' uit het Nationaal Sportakkoord dat in 2018 ondertekend is door minister Bruins en vertegenwoordigers van de sport, gemeenten en andere organisaties.

Gemeentelijke sportbedrijven of sportservice-organisaties hebben vaak een belangrijke rol bij het realiseren van een passend beweegaanbod. Hier werken vaak buurtsportcoaches die het sport- en beweegaanbod kennen. Zij kunnen met de interventieaanbieder(s) bekijken of er knelpunten zijn bij het beweegaanbod. De **Scan & Match methodiek** van Kenniscentrum Sport kan helpen antwoord te krijgen op de vraag of er passend sport- en beweegaanbod is. Als er knelpunten zijn, kan de buurtsportcoach in gesprek gaan met verenigingen, sportbedrijven en wijkorganisaties om een beweegaanbod te realiseren dat aansluit bij het niveau en de behoeften van de deelnemers. Hierbij zijn zowel de inhoud van het beweegprogramma, het niveau, de locatie, als de dag en het tijdstip van belang.

Uit onderzoek naar mensen met een chronische aandoening, waarvan 65% overgewicht of obesitas had, blijkt dat deze groep vaak wel meer wil bewegen, maar dat pijn en angst om te bewegen en gebrek aan energie belangrijke belemmeringen waren. Zij willen graag begeleiding krijgen van een trainer met specifieke kennis over de aandoening, en een beweegactiviteit uitvoeren die is aangepast aan de aandoening [29]. Het helpt als het beweegaanbod rekening houdt met het niveau van de deelnemers en met het mogelijk beperkte vertrouwen in hun lichaam. Dit betekent dat mensen zonder sportervaring kunnen deelnemen en dat

het aanbod niet bedreigend is. Bijvoorbeeld doordat bij aanvang de fysieke activiteit beperkt is en langzaam toeneemt in intensiteit en duur.

Ook het laten ervaren van de vorderingen zoals gewichtsverlies of zich fitter voelen is belangrijk. Vorderingen zijn het best zichtbaar te maken door bescheiden korte termijn doelen te stellen. Verder dienen de regels voor deelname en het gebruik van sportmaterialen eenvoudig te zijn en wordt het beweegaanbod bij voorkeur in de woonwijk van de deelnemers aangeboden of op plekken waar de deelnemers toch al komen. Voor veel deelnemers is plezier, gezelligheid en ontspanning een belangrijke stimulans bij het (meer) bewegen. Het helpt als dit mogelijk is bij de activiteit. Veel mensen hebben verder behoefte om thuis ook meer te bewegen. Hier kan bij aangesloten worden door specifieke oefeningen aan te bieden [28] [29].

Het is ook belangrijk om rekening te houden met de behoeften, wensen en mogelijkheden van lokale sportverenigingen en wijkorganisaties, omdat zij de beweegprogramma's daadwerkelijk uitvoeren. De belangrijkste focus van sportverenigingen is vaak om sport in competitieverband aan te bieden en ze zijn vaak afhankelijk van vrijwilligers. Soms ontbreekt er draagvlak bij sportaanbieders om laagdrempelig beweegaanbod aan te bieden.



Het blijvend aanbieden van een laagdrempelig beweegaanbod gaat makkelijker als het beweegaanbod weinig inzet van menskracht, materiaal of accommodatie vergt. Wat sportverenigingen en wijkorganisaties ook kan helpen zijn materialen die ondersteunen bij het uitvoeren van het beweegaanbod (zoals handleidingen, flyers, sportmaterialen) en hulp om gekwalificeerde vrijwilligers te vinden die het programma kunnen aanbieden [28].

Goede voorbeelden van laagdrempelig beweegaanbod zijn bijvoorbeeld de uitvoer van de BeweegKuur door atletiekverenigingen, walking voetbal, hockey, handbal en tennis aangeboden door diverse sportverenigingen en gaan bewegen met een **beweegmaatje**.

Verbinding van domeinen

De interventieaanbieder kan samen met de buurtsportcoach een belangrijke rol vervullen als verbinder tussen de gecombineerde leefstijlinterventie, de eerste lijn en het sport- en beweegaanbod. Een goede verbinding draagt bij aan een grotere deelname aan het beweegaanbod.

De afstemming en samenwerking tussen eerste lijn en beweegaanbieders is momenteel vaak nog niet optimaal [19]. Barrières zijn onder andere het ontbreken van medische kennis bij sportprofessionals. Maar ook verschillen in cultuur (professionele organisatie versus organisatie met vrijwilligers) en verschillende belangen (gezondheid verbeteren versus toenemende ledenaantallen) [21] [22] [28]. Aanbieders van de gecombineerde leefstijlinterventie staan aan de ene kant in nauw contact met de huisarts en de praktijkondersteuner en aan de andere kant hebben zij overleg met bijvoorbeeld de buurtsportcoaches uit de desbetreffende gemeente over het beweegaanbod in de wijk. Zij kunnen samen met de buurtsportcoaches een belangrijke rol vervullen om barrières te doorbreken. De uitvoerders dienen wel gewezen te worden op deze taak aangezien zij vaak primair bezig zijn met het stimuleren van een gezonde leefstijl van de deelnemers. Voor hen is het netwerken, ondernemen en het vervullen van een verbindende rol vaak nieuw. Opleiding op dit gebied is mogelijk nodig om deze taken goed uit te kunnen voeren [20].

De gemeente kan aansturen op verbinding van de domeinen op zowel operationeel niveau als op managementniveau. Door afspraken over samenwerking tussen de sportservice-organisatie, eerste lijn, ziekenhuizen, interventieaanbieders etc. vast te leggen in het (subsidie)beleid draagt de gemeente bij aan de borging en duurzaamheid van de verbinding [26, 30].

2.3 Kansen voor versterken gemeentelijk beleid

Stimuleren maatschappelijke deelname en bevorderen sociale cohesie

Een afgeleid doel van de gecombineerde leefstijlinterventie is dat mensen deel gaan nemen aan het reguliere lokale beweegaanbod. Het betreft een doelgroep die eerder niet geneigd was deel te nemen. Als er voldoende deelnemers zijn kan dit bijdragen aan andere doelen van de gemeente, zoals het bevorderen van sociale cohesie tussen inwoners en het vergroten van de maatschappelijke deelname. Sport en bewegen dragen namelijk niet alleen bij aan een goede gezondheid maar stimuleren ook deelname aan de samenleving en creëren onderlinge verbondenheid.

Creëren van gezonde leefomgeving

Door de **leefomgeving** zo in te richten dat die mensen verleidt tot veel bewegen en gezond eten kunnen gemeenten eraan bijdragen dat de negatieve trend in de ontwikkeling van overgewicht in Nederland kantelt. De gecombineerde leefstijlinterventie richt zich namelijk op een betere gezondheid van individuele deelnemers, terwijl de oorzaken van overgewicht deels in de omgeving liggen (zie kader hoofdstuk 1). Gemeenten hebben een collectieve taak. Door in te zetten op het creëren van een veilige en schone leefomgeving wordt de gezonde keuze makkelijker. Zo ondersteunt de gemeente deelnemers om hun doelen te behalen en wordt mogelijk ook voorkomen dat inwoners een gecombineerde leefstijlinterventie nodig hebben. Mogelijke acties zijn het stimuleren van een gezond voedingsaanbod in kantines van sportverenigingen en zwembaden, zorgdragen voor beschikbaarheid van drinkwater in openbare ruimtes, sponsoring van evenementen door aanbieders van gezonde producten, investeren in veilige fietsroutes en het creëren van een groenere leefomgeving. De **Gids Gezonde Leefomgeving** bevat handvatten, instrumenten en voorbeelden om aan de slag te gaan met het gezonder inrichten van de leefomgeving.

De Omgevingswet, die op 1 januari 2021 in werking treedt, biedt een kans om het beleid en aanpak rondom de gezonde leefomgeving te verstevigen. Gezondheid kan in een vroeg stadium meegenomen worden in de planvorming op de beleidsterreinen milieu, veiligheid, ruimtelijke ordening en leefomgeving en er kan verbinding gezocht worden met wetten als de Wet Publieke Gezondheid (Wpg, artikel 2c en 16) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Verschillende gemeentelijke beleidsterreinen kunnen elkaar dus versterken. Aansluiten bij de leefwereld van inwoners is voor al deze beleidsdomeinen belangrijk en een belangrijke voorwaarde voor succes.

Verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Een uitvoerder die goed aansluit op de leefwereld, sociale context en vaardigheden van de deelnemers, vergroot de kans op een goede gezondheid voor mensen met een lage SES (zie de publicatie *Werkzame elementen van de gecombineerde leefstijlinterventie*). Mensen met overgewicht hebben relatief vaak een lage sociaaleconomische status (SES). De gecombineerde leefstijlinterventie verbetert de zorg voor deze groep en kan sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen. Dit geldt alleen als zij ook daadwerkelijk deelnemen aan de interventie, als de uitval onder deze groep niet disproportioneel groot is en als de effectiviteit van de interventie voor deze doelgroep even groot is als voor deelnemers met een hoge SES.

Veel gemeenten bieden aan inwoners met een minimum inkomen een gemeentepolis aan. Een gemeentepolis bestaat vaak uit een verplichte basisverzekering met een aanvullende zorgverzekering. De basisverzekering vergoedt de gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een matig of sterk verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (zie hoofdstuk 1). Door in het aanvullende pakket vergoedingen rond de gecombineerde leefstijlinterventie op te nemen kan men inzetten op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Zo vergoedt Menzis deze interventie voor mensen met een licht verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. Een andere mogelijkheid is dat de gemeente inwoners met

een lage SES aanvullende opties biedt die het afvallen ondersteunen, zoals korting bij het afsluiten van een sportabonnement of een combinatie met werkgelegenheidstrajecten en schuldhulpverlening. Dit kan bijdragen aan het creëren van ruimte voor gezond leven. Dit maakt het, ook voor mensen met een lage SES, makkelijker om verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen leven en zo wordt ook voor hen 'werken aan je gezondheid' makkelijker een onderdeel van het dagelijkse bestaan [31].

De interventie als vliegwieltje voor bredere samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen de gecombineerde leefstijlinterventie aangrijpen om de samenwerking te verbeteren. De interventie kan een specifiek onderdeel zijn in een bredere preventiecoalitie. In Nederland zijn er diverse samenwerkingsverbanden tussen gemeentes en zorgverzekeraars die preventie, zorg en welzijn met elkaar verbinden. Dit kan helpen omdat verantwoordelijkheden voor specifieke groepen, waaronder volwassenen met overgewicht, voor gemeentes en zorgverzekeraars gedeeltelijk overlappen. Rondom de gecombineerde leefstijlinterventie kan het bijvoorbeeld helpen als zowel de zorgverzekeraar als de gemeente via hun inkoop-/subsidieafspraken stimuleren dat actoren in het sociale domein en de eerste lijn elkaar opzoeken en een passend beweegaanbod voor deelnemers creëren.



Op lokaal en regionaal niveau is het vergroten van het onderling vertrouwen tussen gemeenten en zorgverzekeraars en het elkaar leren kennen een belangrijke basis voor verdere samenwerking [32]. Aangezien het voor zorgverzekeraars niet mogelijk is met alle gemeentes apart samen te werken, is het zinvol om te kijken of regionale opschaling

mogelijk is. Er bestaat momenteel een **subsidieregeling** om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten te realiseren rondom preventieactiviteiten voor risicogroepen zoals inwoners met een lage sociaaleconomische status.

Methode van onderzoek

Wij maakten vooral gebruik van de sneeuwbalmethode om informatie te verzamelen over de gecombineerde leefstijlinterventie, over overgewicht bij volwassenen en over hoe partijen in gemeentes de gecombineerde leefstijlinterventie kunnen implementeren. Uitgangspunt hierbij waren bij ons bekende documenten. Bij de belangrijkste artikelen bekeken we de referenties op aanvullend relevante artikelen. Voor aanvullende informatie zochten we binnen Google en Google Scholar, waarbij we gebruik maakten van Nederlandstalige en Engelstalige literatuur en zowel van peer reviewed artikelen als van grijze literatuur.

Om na te gaan of de informatie goed aansluit bij de ervaringen uit de praktijk vroegen we diverse partners kritisch mee te lezen. Het betrof de eigenaren en onderzoekers van Cool, SLIMMER en de BeweegKuur, Kenniscentrum Sport, het Voedingscentrum, Pharos, Erasmus MC/Centrum Gezond Gewicht, (beleids)medewerkers van een GGD, gemeente, sportservice organisatie en een zorggroep, en verder, een zorgverzekeraar, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Op sommige onderdelen kwamen partners met aanvullende referenties die voor het merendeel zijn verwerkt in deze publicatie. Wij danken hun hartelijk voor de geleverde bijdrage.

Literatuurlijst

1. Lindstrom, J., et al., *The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity.* Diabetes Care 2003. **26**: p. 3230-3236.
2. Knowler, W.C., et al., *Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin.* N Engl J Med, 2002. **7**(6): p. 393-403.
3. Bemelmans, W.J.E., et al., *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvies bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2.* RIVM rapport 2008. **260401005**.
4. Latta, J.M. and F.M. van der Meer, *De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken. Addendum bij de duiding van het Zorginstituut van 2009.* 2018.
5. Partnerschap, Overgewicht, and Nederland, *Zorgstandaard obesitas.* 2010.
6. Van Giessen, A., et al., *Budget impact analyse van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI).* RIVM Briefrapport, 2018. **2018-0092**.
7. Dagevos, J. and H. Dagevos, *Minderheden meer gewicht: over overgewicht bij Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en het belang van integratiefactoren".* 2008, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
8. Binsbergen, J.J.v., et al., *NHG-Standaard Obesitas.* Huisarts Wet 2010. **53**: p. 609-25.
9. Gunst, S.v., *Zwaarder worden na stoppen met roken.* Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 2012. **7**(5): p. 132.
10. Lim, S., et al., *Effective strategies for weight loss in post-partum women: a systematic review and meta-analysis.* Obes Rev, 2015. **16**(11): p. 972-87.
11. Seidell, J.C. and J. Halberstadt, *Overgewicht, obesitas en levensverwachting. Leven mensen met een hoge BMI langer?* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2016. **160**: p. D859.
12. Wee, C.C., et al., *Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: the importance of obesity-related social stigma and functional status.* J Gen Intern Med., 2013 **28**: p. 231-8.
13. Bischoff, S.C., et al., *Towards a multidisciplinary approach to understand and manage obesity and related diseases.* Clin Nutr, 2017. **36**(4): p. 917-938.
14. Brug, J. and T.L.S. Visscher, *Determinanten van overgewicht.* Bijblijven, 2004. **20**: p. 353.
15. Cohen, S. and D. Janicki-Deverts, *Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009.* Journal of Applied Social Psychology, 2012. **42**: p. 1320-34.
16. Knutson, K.L., et al., *Trends in the prevalence of short sleepers in the USA: 1975-2006.* Sleep Medicine, 2010. **33**: p. 37-45.

17. Van der Valk, E.S., et al., *Eerst diagnostiek en daarna effectieve behandeling*. NED TIJDSCHR GENEESKD, 2017(161): p. D2310.
18. Van Herwijnen, M., et al., *Brief aan MJ Kaljouw en A. Rouvoet betreffende aandachtspunten implementatie GLL*. 2018.
19. Bouma, A.J., et al., *A cross sectional analysis of motivation and decision-making in referrals to lifestyle interventions by primary care general practitioners. A call for guidance*. American Journal of Lifestyle Medicine, 2017. **1559827617694594**.
20. Van Rinsum, C., et al., *Coaching op Leefstijl (Cool) interventie: de leefstijlcoach als spin in het web?* Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2018. **96**(5): p. 189–19.
21. Leenaars, K.E.F., et al., *Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: A systematic literature review*. 2015.
22. Leenaars, K.E.F., et al., *The connection between the primary care and the physical activity sector: professionals' perceptions*. BMC Public Health, 2016. **16**.
23. Aveyard, P., et al., *Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial*. Lancet, 2016. **388**(10059): p. 2492–2500.
24. Leemrijse, *Zorg en sport bewegen in de buurt*. 2013.
25. Den Hartog, F., et al., *Alliances in the Dutch Beweegkuur lifestyle intervention*. Health Education Journal, 2014. **73**: p. 576–587.
26. den Hartog, F., et al., *Een gedeelde passie voor gezonder leven. Evaluatieonderzoek naar netwerken rondom de beweegkuur en gecombineerde leefstijl interventies*. Wageningen University, 2012.
27. Van Dijk, M., *Van zorg naar sport en bewegen*. 2012.
28. Ooms, L., et al., *Sporting programs for inactive population groups: factors influencing implementation in the organized sports setting*. BMC Sports Science, Medicine, Rehabilitation, 2015. **7**.
29. Groothuis, M. and L. Preller, *Wat beweegt mensen met een chronische aandoening? Een onderzoek naar stimulerende en belemmerende factoren om te bewegen bij mensen met chronische aandoeningen*. Kenniscentrum Sport, 2016.
30. Leenaars, K.E.F., et al., *The operational context of the care sport connectors in the Netherlands*. Health Promot Int, 2018. **33**: p. 622–634.
31. Heutink, H., et al., *Wat hebben mensen met een lage en hoge(re) SES zelf te zeggen over gezond leven?* Tijdschrift sociale geneeskunde, 2010. **1**: p. 10–12.
32. van Vooren, N.J.E., et al., *Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel*. 2018.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

mei 2019

Auteurs:

Vivian Bos, Djoeke van Dale, Karlijn Leenaars

Voor meer informatie:

www.loketgezondleven.nl/wat-werkt-dossiers
gezondleven@rivm.nl

De zorg voor morgen begint vandaag