

# Generieke werkzame elementen van Gecombineerde leefstijlinterventies en duurzame uitvoerbaarheid

Liesbeth Preller en Dirk Schaars  
Kenniscentrum Sport  
November 2016

Verschillende gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars overwegen om gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) aan te bieden aan volwassenen met een verhoogd risico op chronische aandoeningen. Uit onderzoek blijkt dat dergelijke interventies buiten de klinische setting effectief kunnen zijn. Minder duidelijk is wat de belangrijkste voorwaarden zijn waaronder ze optimaal uitgevoerd kunnen worden, en welke aspecten meespelen bij een duurzame lokale borging. Dit document belicht deze facetten. Het is een synthese van de uitkomsten van het project 'Bijeenkomsten Gecombineerde Leefstijlinterventies' in het kader van de afronding van de ZonMw-onderzoeken naar de BeweegKuur. De belangrijkste vragen die in twee bijeenkomsten beantwoord werden zijn:

- Wat zijn de algemene elementen die bijdragen aan de effectiviteit en uitvoerbaarheid van een GLI?
- Welke overwegingen spelen mee bij het al dan niet overgaan tot structurele lokale borging van een GLI?

## Achtergrond

Gecombineerde leefstijlinterventies richten zich op het verbeteren van verschillende aspecten tegelijk. Dit stuk handelt over leefstijlinterventies voor volwassenen, gericht op het duurzaam verbeteren van met name voedingsgewoonten en fysieke activiteit, en die tenminste deels in de eerste lijn uitgevoerd worden.

Veel nationaal en internationaal onderzoek heeft aangetoond dat dergelijke interventies bijzonder effectief kunnen zijn in de klinische onderzoekssetting. Dat geldt onder andere voor de preventie van diabetes type 2, het verlagen van het risico op hart- en vaataandoeningen en van andere chronische aandoeningen. Inmiddels wordt steeds duidelijker dat verschillende van deze interventies ook buiten de klinische setting effectief kunnen zijn; risicofactoren als een hoge Body Mass Index, bloedglucosewaarden en bloeddruk verbeteren. De kwaliteit van leven neemt toe en het lukt om mensen beter gemotiveerd te krijgen om een gezonde leefstijl aan te nemen en te laten behouden.

Daarnaast is een aantal interventies op de korte termijn kosten-effectief, als we kosten afzetten tegen de baten: een betere kwaliteit van leven. Dat wil zeggen: de kosten voor de uitvoering liggen lager dan we in Nederland bereid zijn te betalen voor gewonnen kwaliteit van leven ten gevolge van de interventie. Voor de lange termijn zijn deze effecten nog niet onderzocht.

ZonMw heeft verschillende van de onderzoeken naar gecombineerde leefstijlinterventies gefinancierd en heeft behoefte aan inzicht in algemeen geldende factoren die bijdragen aan effectieve en duurzame uitvoering.

Verschillende gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars overwegen om dit soort leefstijlinterventies aan te bieden of doen dit al. De interventies die bedoeld zijn om gezondheidsproblemen te voorkomen (primaire preventie) worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. Dit zorgt ervoor dat deze relatief dure interventies tot nu toe vooral ingezet zijn in het kader van onderzoek, of met tijdelijke subsidieregelingen. De interventies vinden lokaal vaak geen doorgang, bij gebrek aan structurele financiering.

Momenteel zijn er wel ontwikkelingen die kunnen bijdragen aan het financieel aantrekkelijker maken van investeringen in preventie. Gemeenten hebben sinds 1 januari 2015 een grotere verantwoordelijkheid voor kwetsbare inwoners, ook financieel, onder andere via de Wmo en bij arbeidsparticipatie. Als gemeenten gecombineerde leefstijlinterventies effectief inzetten, kunnen de financiële baten wel eens hoger uitvallen dan de totale kosten. Voorwaarden zijn wel dat mensen duurzaam hun gezondheid weten te verbeteren, en bijvoorbeeld langer inzetbaar in het arbeidsproces en/of minder gebruik maken van gemeentelijke voorzieningen.

In het algemeen lijkt er een trend te zijn waarbij meer aanbieders op zoek gaan naar methoden om preventie uit gemeenschappelijke middelen te financieren. Dit vraagt wel extra inzet om dat te realiseren. De rapportage '[Financiering van preventie](#)' geeft een overzicht van mogelijkheden. Daarnaast lijkt er ook meer politiek draagvlak te komen. Zie hiervoor ook de [motie 'Preventief gezondheidsbeleid'](#), die door de Tweede Kamer is aangenomen. Per 1 november 2016 is een [digitaal loket](#) open gesteld waarbij gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en ervaringsdeskundigen informatie en handvatten kunnen vinden voor samenwerking bij het gezamenlijk opzetten en financieren van preventieactiviteiten voor risicogroepen.

## Generieke werkzame elementen

Onderzoekers van de Wageningen Universiteit, Maastricht University, Amsterdam Medisch Centrum, en Julius Center en praktijkpartners bogen zich in juli 2015 op verzoek van ZonMw over de volgende vragen:

- Wat zijn de generieke werkzame elementen zijn om Gecombineerde leefstijlinterventies succesvol en effectief uit te voeren;
- Welke onderbouwing is daarvoor aanwezig.

Onderzoek naar leefstijlinterventies richt zich meestal primair op het bestuderen van de effectiviteit, en minder op het onderzoeken van de verschillende elementen die daaraan randvoorwaardelijk zijn. Daardoor zijn de meeste van de geselecteerde elementen gebaseerd op ervaringen bij en uitvoering van de interventies, al dan niet ten dele onderbouwd vanuit procesevaluaties of kwantitatief onderzoek.

Vervolgens zijn de resultaten van de bijeenkomst nogmaals voorgelegd aan dezelfde groep om de belangrijkste elementen te ranken. Een uitgebreider verslag van deze bijeenkomst is te vinden in bijlage 1.

De top vijf van elementen, waarvan het belang voor alle met een rapportcijfer acht of hoger werden gewaardeerd, zijn in deze volgende:

1. Er dient een sterke kartrekker binnen de locatie te zijn, die voldoende middelen heeft om de interventie uit te voeren.
2. Een interventie dient altijd qua inhoud (intensiteit, soort sessies, niveau) aan te sluiten bij het niveau, de doelen en de mogelijkheden van de deelnemer. De interventie dient dus inhoudelijk altijd binnen redelijke grenzen aangepast te kunnen worden (tailoren).
3. De kwaliteit van motivatie van de deelnemer in spé is in sterke mate bepalend of iemand een interventie serieus volgt en afmaakt; idealiter moet dit dus vooraf getoetst worden.
4. Binnen de interventie dient altijd toegewerkt te worden naar volhouden van de deelnemer en proactieve coping (omgaan met moeilijke situaties).
5. Er is een professional, bijvoorbeeld een leefstijladviseur of casemanager, die overzicht houdt over alle vorderingen van de deelnemer, en die dus ook contact heeft met alle andere betrokken professionals. Dit kan dezelfde persoon zijn als de kartrekker (zie 1) maar dit hoeft niet.

Daarnaast waren er nog zeven elementen die een zeven of hoger scoorden:

1. Motiverende gespreksvoering draagt sterk bij aan het bereiken en behouden van gedragsverandering. Voorwaarde is dat het goed uitgevoerd wordt, anders kan het contraproductief zijn.
2. Sociale steun is een belangrijke voorwaarde om gedrag te veranderen en dat vol te kunnen houden. Daar zal dus altijd binnen de interventie voldoende aandacht aan besteed moeten worden.
3. De inclusiecriteria dienen enigszins flexibel zijn; te strikte werken contraproductief.
4. De interventie dient uitgevoerd te worden in de wijk waar de deelnemer woont.
5. De praktijkondersteuner van de huisarts is een professional die bij de meeste interventies sterk betrokken dient te worden.
6. De interventie dient lang en intensief genoeg te zijn: minimaal circa tien maanden en een minimaal aantal sessies of bijeenkomsten van circa twaalf.
7. Er is altijd een aanbod van individuele sessies en groepsbijeenkomsten binnen een interventie.

## Duurzame uitvoerbaarheid

In Apeldoorn is op 22 maart 2016 een bijeenkomst gehouden om samen met lokale stakeholders na te gaan welke belemmerende factoren er zijn voor duurzame borging van gecombineerde

leefstijlinterventies. De stakeholders zijn betrokken geweest bij de uitvoering van SLIMMER, een interventie die zich richt op preventie van diabetes type 2 en die qua opzet enigszins vergelijkbaar is met de BeweegKuur.

Het belangrijkste struikelblok in deze situatie, maar ook andere, is financiering.

Naast financiering kwamen de volgende thema's aan bod: de inzet van de praktijkondersteuner, inclusie van deelnemers, ethische kwesties en discontinuïteit van (landelijk) beleid. Zie voor een uitgebreider verslag bijlage 2. De belangrijkste opmerkingen worden hieronder genoemd.

### Financiering

Volgens de huisarts zijn de kosten die voor de interventie in de zorg gemaakt worden veel hoger dan die in de zorg bespaard lijken te worden door de lage kosten van veel gebruikte medicatie (Metformine). Mogelijke kostenbesparingen in andere sectoren, bijvoorbeeld op het gebied van arbeidsverzuim en –participatie, zijn niet besproken.

Gecombineerde leefstijlinterventies zijn volgens de zorgverlener en zorgverzekeraar daarom te duur om uit te laten voeren uit collectieve middelen. De berekeningen die ten aanzien van kosten-effectiviteit naar SLIMMER zijn gedaan beperken zich voorsnog tot de verhouding van de kosten tot de winst op het gebied van kwaliteit van leven op de kortere termijn. Er is geen zicht op de baten op langere termijn, en bijvoorbeeld mogelijke kostenbesparingen in de toekomst door toegenomen arbeidsparticipatie.

In navolging op verschillende discussie heeft de Wageningse Universiteit het initiatief genomen om de discussie rond duurzame invoering en financiering hierna te blijven voeren, zie voetnoot<sup>1</sup>.

### Ethische kwestie

De inzet kan kosteneffectiever als deelnemers geselecteerd mogen worden op motivatie (oftewel, ongemotiveerde deelnemers worden uitgesloten). Dit leidt bij de huisarts en de vertegenwoordiger van de zorgverzekeraar tot de vraag of dit te verantwoorden is als de interventie uit algemene middelen betaald wordt.

---

<sup>1</sup> SLIMMER structureel organiseren en financieren

24 juni 2016 kwamen 40 deelnemers van onder andere universiteiten, gemeentes, GGD'en, praktijkorganisaties en zorgverzekeraar Menzis bij elkaar. De ervaringen in de praktijk worden uitgewisseld en er wordt met gemeentes en potentiële financiers gewerkt aan meer implementatie- en financieringsmogelijkheden. De toepassing en de continuering blijken steeds af te hangen van beschikbare financiën, sterke trekkers en van de belemmeringen voor deelname en motivatie van de patiënten. In juni 2017 volgt er weer een conferentie. Een [verslag](#) van deze bijeenkomst is beschikbaar.

#### Inzet van praktijkondersteuner van de huisarts (POH)

Het is lastig om de POH goed in te zetten op de juiste begeleiding van deelnemers; de begeleiding ten aanzien van leefstijlverandering laat te wensen over. Dat komt mogelijk door gebrek aan tijd, kennis en instrumenten. Het is ook moeilijk om goed zicht te krijgen op de kwaliteit van de begeleiding door de POH.

#### Inclusie

In Apeldoorn was er geen probleem met inclusie en uitval rond SLIMMER. Wel wordt benoemd dat het lastig kan zijn om de mensen die het meest baat zouden hebben bij de gecombineerde leefstijlinterventie te includeren omdat zij meer drempels zouden ervaren om mee te doen.

#### Discontinu beleid

Het landelijke beleid wisselt te snel om positief bij te dragen aan duurzame borging. Hieronder valt ook dat het onlogisch is dat onderzoek naar interventies wel gefinancierd wordt, maar dat er geen geschikt beleid is voor brede invoering.

#### Literatuur

\*Duijzer, [proefschrift](#). Type 2 diabetes prevention from research to practice: the SLIMMER lifestyle intervention. Wageningen; 2016

\*Savelberg e.a. Eindverslag voor ZonMw project: Effectiveness and cost effectiveness of package 3 of the Beweging, Dossiernr. 12300

## Bijlage 1.

### Samenvatting bijeenkomst werkzame factoren bij gecombineerde leefstijlinterventies en ranking van de factoren, juli 2015

#### Aanwezig

Margreet Bloemers, Annemieke Bekkers, John Krol (ZonMw), John Mattijs (praktijk: Re-entry), Mick Loos, (praktijk, Formupgrade), Janneke Harting AMC, Hans Savelberg, Geert Rutten (UM), Rimke Vos (UU), Edith Feskens, Geerke Duijzer, Sandra Bukman (WUR), Patrick Rijnbeek, Liesbeth Preller (NISB)

#### Doel

Doel van de bijeenkomst was om samen met onderzoekers en een aantal praktijk partners na te gaan wat werkzame factoren zijn bij de uitvoering van gecombineerde leefstijlinterventies in de praktijk, in relatie tot de eerste lijn. Deze interventies richten zich vooral op de combinatie van voeding, bewegen en gedragsverandering.

#### Werkzame elementen

Wat onder werkzame elementen verstaan wordt is niet eenduidig. Voor de bijeenkomst omschrijven we dat als volgt: De juiste doelgroep wordt bereikt, met voldoende omvang om de interventie uitvoerbaar te maken, deelnemers ervaren een betere gezondheid/ kwaliteit van leven, deelnemers blijven deelnemen aan de interventie en behouden in redelijke mate hun veranderde gedrag. Het gaat om werkzame elementen die voor interventies die *buiten* de onderzoekssetting uitgezet (kunnen) worden, dus in de praktijk.

#### Inventarisatie en opzet

De bijeenkomst richtte zich op drie hoofdelementen: inclusie en indicatie, inhoud van de interventie, en duurzame gedragsverandering. Aan de hand van subelementen is nagegaan welke elementen als werkzaam beschouwd kunnen worden, en welk bewijs er aan ten grondslag ligt: evidence based, practice based evidence, of op basis van persoonlijke ervaringen. Indien er meerdere classificaties worden genoemd wordt het hoogste niveau aangehouden. Bij elk hoofdelement is ook gekeken naar de behoefte aan onderzoek.

Onder de kop 'Weergave genoemde en geregistreerde elementen' staat een lijst met meer elementen die zijn genoemd als (mogelijk) werkzaam zijnde, en het bijbehorende niveau van evidence.

In de bijeenkomst is niet in alle gevallen consensus bereikt over de werkzame elementen, of voldoende duidelijk geworden of er consensus was. Daarom is met een korte inventarisatie nagegaan welke het sterkst ondersteund worden. De elementen die het duidelijkst naar voren leken te komen en het breedst werden gedragen in de bijeenkomst zijn hierin opgenomen. Uiteindelijk leidde dit tot een lijst met 12 elementen die alle met gemiddeld rapportcijfer van 7 of meer zijn beoordeeld. Die lijst staat onder de kop 'Ranking van werkzame elementen'

Weergave genoemde en geregistreerde elementen

### Inclusie en indicatie

*Inclusie en indicatie, door wie om goede deelname en weinig uitval te bereiken en welke selectiecriteria?*

- a. Evidence based:
  - Te hoge eigen bijdrage werkt contraproductief.
- b. Practice based:
  - Uitnodigen door eigen huisarts/POH, maar ook via ander kanalen mogelijk. In de praktijk van de BeweegKuur (BK) is de huisarts zelf echter vaak niet direct betrokken. Persoonlijke benadering is vaak belangrijk. - Kwaliteit van motivatie tot gedragsverandering is belangrijk. De vraag is hoe je dit goed voorspellend kunt meten. Selectie op basis van huisartsregistratie is niet goed mogelijk (eventueel naar inclusie, tenzij bedoeld is dat criteria zoals in interventie gesteld sluiten niet aan bij registratie.
  - Verwachtingen van deelnemers zijn vaak te hoog gespannen ten aanzien van gewichtsverlies, verwachte resultaten moeten tijdig gecommuniceerd worden.
- c. Extra uitleg en aanvullend op basis ervaringen:
  - POH lijkt vaak de belangrijkste professional, en deze moet goed en tijdig betrokken worden. Goede uitleg aan de potentiële deelnemers is essentieel, en moet aansluiten bij diens niveau (taal, hoeveelheid).
  - Veel goede ervaringen met POH
  - Zonder gestructureerde aanpak mis je te veel van de echte doelgroep.
  - Strikte inclusiecriteria lijken vaak contraproductief te werken.
  - Helpt het als er duidelijke criteria zijn of juist niet (moet dit onderzoeksvraag zijn of hier?). Gesteld wordt ook dat strikte criteria juist belemmerend zijn.
  - Gebruik deelnemers als ambassadeurs richting verwijzers.
  - Er kunnen (zeer) verschillende wervingsmethoden gehanteerd worden.
- d. Onderzoek nodig:
  - Welke wervingsstrategieën werken bij welke doelgroep? Welke 'randvoorwaarden' zijn nodig? Wel/niet vertaalde materialen
  - Welke factoren die vooraf meetbaar zijn (o.a. motivatie) zijn bepalend voor grote kans dat deelnemer interventie afmaakt?

*Wat is de locatie van inclusie, en welke rol spelen welke zorgverleners en andere professionals?*

- a. Er worden geen evidence based factoren aangegeven.
- b. Practice based:
  - In de wijk, vooral dichtbij voor lage SES. Aansluiten bij werkwijze locatie voor snelle en makkelijke implementatie. Multidisciplinair wordt gewaardeerd. Lokale sportverenigingen betrekken voor doorstroom en maintenance.
- c. Extra uitleg en aanvullend op basis ervaringen:
  - Er is een kartrekker nodig binnen de locatie om de onderlinge samenwerking tot stand te brengen en te onderhouden.

*Voorwaarden deelnemer*

- a. Evidence based:
  - Lage kosten voor deelnemer, te hoge eigen bijdrage werkt contraproductief. a (b) lage kosten. Onderzoek naar willingness to pay laat zien dat men gemiddeld zelf 90 € wil bijdragen.
- b. Practice based (als locatie):
  - In de wijk, vooral dichtbij voor lage SES. Aansluiten bij werkwijze locatie voor snelle en makkelijke implementatie. Multidisciplinair wordt gewaardeerd. Lokale sportverenigingen betrekken voor doorstroom en maintenance.
- c. Extra uitleg en aanvullend op basis van ervaringen:
  - Er moeten geen andere belangrijke problemen zijn die spelen (bijvoorbeeld schulden).

### **Programmaonderdelen, wijze van begeleiden**

*Inhoud en begeleiding, duur en intensiteit, organisatie van begeleiding*

- a. Evidence based:
  - Intensievere begeleiding leidt tot betere resultaten
- b. Practice based:
  - Motiverende gespreksvoering (maar alleen als het goed wordt uitgevoerd, anders mogelijk contraproductief)
  - Sportklasjes voor lagere SES, meer individueel voor hogere SES
  - Leefstijladviseur/ casemanager die overzicht houdt.
  - Verbinder tussen zorg en sport
  - Maatwerk, tailoren
  - (b/c) Sociale steun groep
- c. Extra uitleg en aanvullend op basis van ervaringen:
  - Plezier, sociale component, aangepast niveau van sporten
  - Combinatie groepsgerichte én individuele begeleiding



- Meer elementen genoemd maar zonder verdere onderbouwing over de manier van begeleiden: positieve ervaring op doen, ervaren coach, uitgaan van kracht, kleine stapjes maken
  - Maatwerk, tailored programma
  - Onvoldoende follow-up werkt negatief
  - Al tijdens interventie toewerken naar zelfstandig bewegen
  - Meer aandacht voor psychische kant nodig, psycholoog betrekken?
- d. Onderzoek nodig :
- Duur van nazorg??
  - Optimale intensiteit versus kosten
  - Welke doelgroepen hebben wat voor soort programma nodig?
  - Sterker kijken naar de voedingscomponent

### **Duurzame gedragsverandering, zie voor inhoud ook hierboven**

- a. Evidence based:
- Interventie richten op volhouden (proactieve coping)
  - 10 maanden begeleiden, met nazorg zou voldoende zijn.
  - Duurzame gedragsverandering op gebied van voeding is moeilijk te bereiken.
- b. Practice based:
- Warme overdracht naar bewegen (meer voeding?)
- c. Aanvullend:
- Veel verschillende aspecten: relapse prevention, goal setting, self-monitoring, onderdeel laten worden van routine/dagelijkse praktijk van deelnemer, inspelen op self-management, vertrouwen in eigen kunnen, kleine beloningen, aanpassen bij wat mensen kunnen en hun motivatie
  - Discussie of inspelen op angsten, of bijvoorbeeld positief toekomstbeeld ondersteunend kan zijn bij bereiken van gedragsverandering
  - Gebruik maken van sociale steun
  - Uitdaging hoe om te gaan met niet-gemotiveerden.

### Ranking van werkzame elementen

De top vijf van elementen, waarvan het belang voor alle met een rapportcijfer acht of hoger werden gewaardeerd, zijn in deze volgorde:

1. Er dient een sterke katrekker binnen de locatie te zijn, die voldoende middelen heeft om de interventie uit te voeren.
2. Een interventie dient altijd qua inhoud (intensiteit, soort sessies, niveau) aan te sluiten bij het niveau, de doelen en de mogelijkheden van de deelnemer. De interventie dient dus inhoudelijk altijd binnen redelijke grenzen aangepast te kunnen worden (tailoren).

3. De kwaliteit van motivatie van de deelnemer in sp  is in sterke mate bepalend of iemand een interventie serieus volgt en afmaakt; idealiter moet dit dus vooraf getoetst worden.
4. Binnen de interventie dient altijd toegewerkt te worden naar volhouden van de deelnemer en proactieve coping (omgaan met moeilijke situaties).
5. Er is een professional, bijvoorbeeld een leefstijladviseur of casemanager, die overzicht houdt over alle vorderingen van de deelnemer, en die dus ook contact heeft met alle andere betrokken professionals. Dit kan dezelfde persoon zijn als de kartrekker (zie 1) maar dit hoeft niet.

Daarnaast waren er nog zeven elementen die een zeven of hoger scoorden:

6. Motiverende gespreksvoering draagt sterk bij aan het bereiken en behouden van gedragsverandering. Voorwaarde is dat het goed uitgevoerd wordt, anders kan het contraproductief zijn.
7. Sociale steun is een belangrijke voorwaarde om gedrag te veranderen en dat vol te kunnen houden. Daar zal dus altijd binnen de interventie voldoende aandacht aan besteed moeten worden.
8. De inclusiecriteria dienen enigszins flexibel zijn; te strikte werken contraproductief.
9. De interventie dient uitgevoerd te worden in de wijk waar de deelnemer woont.
10. De praktijkondersteuner van de huisarts is een professional die bij de meeste interventies sterk betrokken dient te worden.
11. De interventie dient lang en intensief genoeg te zijn: minimaal circa tien maanden en een minimaal aantal sessies of bijeenkomsten van circa twaalf.
12. Er is altijd een aanbod van individuele sessies en groepsbijeenkomsten binnen een interventie.

## Bijlage 2. Verslag bijeenkomst duurzame borging van gecombineerde leefstijlinterventies; SLIMMER als voorbeeld

Apeldoorn, 22 maart 2016

### Doel van de bijeenkomst

Nagaan wat belemmerende en stimulerende factoren zijn voor duurzame borging van gecombineerde leefstijlinterventies. Dat wil zeggen dat de uitvoering van de interventie niet afhankelijk is van kortdurende project- of onderzoeksfinanciering.

Deze bijeenkomst is een vervolg op een bijeenkomst met vooral wetenschappers in juli 2015. Uit deze bijeenkomst kwamen als belangrijkste werkzame elementen naar voren:

1. Er is een sterke kartrekker binnen de locatie;
2. Aanpassing van de interventie en begeleiding aan het niveau van de persoon moet mogelijk zijn;
3. Deelnemers dienen een goede kwaliteit van motivatie hebben om deel te nemen;
4. Er dient goede begeleiding te zijn van deelnemers bij het volhouden van de interventie;
5. Er dient een centrale zorgverlener aanwezig te zijn (leefstijladviseur, casemanager o.i.d.).

### Discussie

In Apeldoorn is besloten niet door te gaan met SLIMMER. In drie Achterhoekse gemeenten echter wel, met minder uitgebreide begeleiding dan in het onderzoek.

In Apeldoorn zijn er bepaalde andere initiatieven die wel doorgang vinden:

- Apeldoornse Diabetes Challenge waarmee wordt aangehaakt op de Nationale Diabetes Challenge van de Bas van de Goor Foundation
- Promuscle (krachttraining en eiwitsuppletie) wordt wel uitgevoerd, met financiering vanuit Topsector Agrifood.

Er worden bij de duurzame inzet vooral belemmeringen genoemd op het gebied van financiering. Daarnaast worden ook belemmeringen genoemd op het gebied van de inzet van de praktijk ondersteuner van de huisarts (POH) en bij de inclusie en het behoud van deelnemers. Vaak wordt de doelgroep met de grootste problemen het minst bereikt of zij haken snel af.

### Financiering

De discussie ging met name over de betaalbaarheid. Deze verengde zich vooral tot de kosten die in de zorg gemaakt worden, en die in de zorg bespaard worden. Besparingen bijvoorbeeld op het gebied van arbeidsverzuim en -participatie zijn niet besproken. Geconstateerd wordt dat medicatie

(Metformine) erg goedkoop is en dat het daarom niet stimuleert om dure leefstijlinterventie in te zetten voor het voorkómen van diabetes type 2. Als aanvulling bij deze een [link](#) informatie over de motie 'Preventief gezondheidsbeleid' die door de Tweede Kamer is aangenomen.

De huisarts en de vertegenwoordiger van Menzis geven aan dat GLI's in het algemeen te duur zijn om uit te laten voeren uit collectieve middelen. Bij sommige verzekeraars is financiering van dit soort interventies wel bespreekbaar, bij anderen echter weer niet. De (aanvullende) vraag is onder welke voorwaarden een GLI verzekeraar zou zijn. Kan iedereen mee doen die aan ruime inclusiecriteria voldoet, of moet er bijvoorbeeld geselecteerd worden op motivatie?

De drie Achterhoekse gemeenten die SLIMMER nu wel inzetten gebruiken daar verschillende financieringsbronnen voor die mogelijk ook niet duurzaam zijn: eigen middelen, GIDS gelden, en een bijdrage van Menzis.

Andere mogelijke financiers buiten zorgverzekeraars zijn private partijen en gemeenten. Ook wordt de optie van crowd-funding genoemd, hoewel daar ook kanttekeningen bij worden gemaakt omdat er geen return on investment zou zijn.

Financiering door het bedrijfsleven wordt niet mogelijk geacht omdat dat een ander belang heeft.

Er wordt een aantal andere zaken benoemd die ingezet kunnen worden voor verbetering van de leefstijl.

- Momenteel financiert Zilveren Kruis 50-80 mensen vanuit CVRM
- Menzis werkt met Leefkracht
- 1 € per (gemeente)polis die besteed kan worden aan preventie (in Apeldoorn wordt dat bedrag mogelijk ingezet op duurzaam meer bewegen)
- Preventieconsult waarbij het risico op chronische aandoeningen wordt geschat
- In het algemeen kun je ook op een andere manier omgaan met het probleem, bijvoorbeeld door het inzetten van een Buurtsportcoach (40% rijksfinanciering, 60% cofinanciering, vaak door gemeente)

De voetnoot geeft achtergrondinformatie over financiële aspecten<sup>2</sup>.

---

## <sup>2</sup> Achtergrondinformatie financiële aspecten

SLIMMER bleek in Apeldoorn effectief op verschillende onderdelen. De kosten-baten analyse op 18 maanden liet zien dat de kosten voor deelnemers hoger zijn dan de reguliere diabeteszorg, maar de resultaten zijn wel beter. Er is nog geen zicht op kosten-baten verhouding op langere termijn doordat 18 maanden de maximale follow-up tijd was.

1 miljoen Nederlanders hebben diabetes, waarvan 90% type 2. De directe zorgkosten exclusief complicaties waren in 2011 1,7 miljard, dat is 1700 € per patiënt per jaar (RIVM): 630 € medicatie en hulpmiddelen, 460 € ouderenzorg, 375 € 1e lijns zorg, 190 € ziekenhuiszorg. Deze zorg bedraagt 1,9% uit van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. Bureau Booz & Company onder leiding van oud minister Klink schatte in 2011 de totale kosten van diabetes (type 1 en 2), inclusief complicaties, verminderde maatschappelijke participatie en beroep op uitkeringen op 10 miljard per jaar; dat wil zeggen 10.000 € per patiënt per jaar, ongeveer zes maal zo veel als de directe kosten. Door gebrek aan echt goede data is niet aan te geven of en zo ja dit een overschatting is van de werkelijke kosten. Wel is duidelijk dat de directe zorgkosten een onderschatting zijn van de totale gevolgkosten.

De kosten van SLIMMER voor de wijze waarop die nu ingezet wordt in de Achterhoek bedragen minder dan € 700 per deelnemer. Dit is exclusief de coördinatie door de GGD, en exclusief werving. De duur van begeleiding door de fysiotherapeut is teruggebracht naar zes maanden. Doordat veel deelnemers worden doorverwezen vanuit CVRM, betekent dit dat bepaalde kosten niet in rekening worden gebracht voor de uitvoering van de interventie.

### Inzet van POH

Het is lastig om de POH goed in te zetten op de juiste begeleiding van deelnemers; de begeleiding ten aanzien van leefstijlverandering laat te wensen over. Dat komt mogelijk door gebrek aan tijd, kennis en instrumenten. Het is ook moeilijk om goed zicht te krijgen op de kwaliteit van de begeleiding door de POH.

### Inclusie

In Apeldoorn was er geen probleem met inclusie en uitval rond SLIMMER. Wel wordt benoemd dat het lastig kan zijn om de mensen die het meest baat zouden hebben bij de GLI te includeren. Succesvolle deelnemers kunnen ambassadeur worden om andere deelnemers te betrekken.

### Ethische kwestie

Een andere kwestie die naar voren kwam is de ethische vraag of je deelnemers mag selecteren voor deelname indien de kosten uit algemene middelen betaald worden. Selecteren zou zinvol zijn om de kosten-baten verhouding gunstiger uit te laten vallen; mensen die de interventie beter volgen behalen gemiddeld (veel) betere resultaten.

### Wisselend beleid

Het beleid wisselt te snel om positief bij te dragen aan duurzame borging. Hieronder valt ook dat het onlogisch is dat onderzoek naar interventies wel gefinancierd wordt (door ZonMw, met VWS als belangrijke hoofddopdrachtgever), maar dat er geen geschikt beleid is voor brede invoering (nb: oorspronkelijk was het wel de bedoeling de GLI onderdeel te maken van verzekerde (basis)zorg).

### Conclusie

Het is voornamelijk niet gelukt om Slimmer in zijn oorspronkelijke opzet gecontinueerd te krijgen in Apeldoorn, ondanks goede behaalde resultaten bij deelnemers. De grootste belemmeringen lijken te liggen in de financiering van deze GLI. Uit het netwerk rond Slimmer is nu wel initiatief ontstaan om een 'Diabetes Challenge' van de Bas van de Goor Stichting uit te gaan voeren. Dit lijkt ook te gaan lukken. Een eenvoudiger opgezette interventie met minder nadruk op begeleiding in de zorg is in dit geval dus een passender alternatief. Vanuit de Bas van de Goor Foundation wordt onderzoek gedaan naar de effecten op gezondheidswinst (fysieke winst en kwaliteit van leven) en meer duurzame gedragsverandering. Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder leiding van Prof. Dr. Henk Bilo van het Isala te Zwolle en Medisch Psycholoog Dr. Sasja Huisman van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).