

Aan: betrokkenen GLI (zorgverleners, intermediairen, zorgverzekeraars, NISB)
Van: Dirk Schaars en Patrick Rijnbeek
Datum: 12-3-2012
Betreft: Checklist en notitie voor het vraagstuk over de kwaliteit van de BeweegKuur.

Checklist gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

In deze checklist worden de elementen benoemd waaraan een GLI tenminste moet voldoen. Deze elementen zijn tot stand gekomen op basis van literatuur, wetenschappelijk onderzoek en ervaringen met de BeweegKuur. Het doel is om professionals in het veld te ondersteunen bij het vormgeven van een GLI die past bij hun ambitie en de beschikbare financiering en die streeft naar gezondheidsverbetering voor deelnemers. Tevens wordt aangegeven hoe de genoemde elementen toegepast kunnen worden en welke instrumenten helpen bij de uitvoering ervan.

Het is aan lokale professionals om, in overleg met zorgverzekeraars en eventueel met ondersteuning van intermediairs, een concrete invulling te geven aan de beschreven principes en te komen tot een uitvoerbare (en effectieve?) GLI. In de bijlage wordt uitgebreider in gegaan op de genoemde elementen.

Wat is het element?		Hoe kun je dit element toepassen? Welke elementen helpen bij de uitvoering ervan? (zie ook www.beweegkuur.nl)	
<input type="checkbox"/>	1. Stepped Care		
<input type="checkbox"/>	2. Deelnemer centraal stellen	<ul style="list-style-type: none"> • BIS <input type="checkbox"/> • Logboek deelnemer <input type="checkbox"/> • ActiefMET <input type="checkbox"/> 	
<input type="checkbox"/>	3. Doorstroom van zorg naar sport.	<ul style="list-style-type: none"> • Register BeweegKuurinstructeurs <input type="checkbox"/> • Sociale kaart <input type="checkbox"/> • ActiefMET <input type="checkbox"/> • (sportbuurtcoach) <input type="checkbox"/> 	
<input type="checkbox"/>	4. Samenwerking <ul style="list-style-type: none"> • Centrale zorgverlener • Beweegbegeleider • Voedingbegeleider • Huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> • BIS <input type="checkbox"/> 	
<input type="checkbox"/>	5. Competentie van professionals <ul style="list-style-type: none"> • Centrale zorgverlener • Beweegbegeleider • Voedingbegeleider 	<ul style="list-style-type: none"> • Competentieprofielen: Leefstijladviseur, Fysio-/oefentherapeut in de BeweegKuur <input type="checkbox"/> • Trainingen door HBO/MBO's <input type="checkbox"/> 	
<input type="checkbox"/>	6. Integraliteit <ul style="list-style-type: none"> • voeding • bewegen • gedragsverandering 	<ul style="list-style-type: none"> • BIS <input type="checkbox"/> 	
<input type="checkbox"/>	7. Keuze van de doelgroep. Selecteren op: <ul style="list-style-type: none"> • fysiologische aspecten • motivatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Toeleiding door preventieconsult / diabetesrisicotest / cardiovasculaire risicobepaling. <input type="checkbox"/> • Vragenlijst 'Beweegscore' <input type="checkbox"/> 	
<input type="checkbox"/>	8. Sturen op gezondheidsuitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> • BIS <input type="checkbox"/> 	
<input type="checkbox"/>	9. Duur van de interventie	<ul style="list-style-type: none"> • 1 jaar + 1 jaar onderhoud <input type="checkbox"/> 	

Bijlage:

NOTITIE Kwaliteit in de GLI

1 Doel & doelgroep

Deze notitie dient als input voor het vraagstuk over de kwaliteit van de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI). Aanleiding voor het opstellen van dit document waren signalen uit het veld dat, vanwege de beslissing van de minister om de GLI niet op te nemen in de basisverzekering, sommige lokale professionals niet de volledige interventie 'BeweegKuur' aan kunnen bieden. Zorgverleners gaven aan op louter financiële gronden (in plaats van kwalitatieve gronden) te kiezen voor onderdelen of principes van de interventie 'BeweegKuur' zoals die beschreven staat in het protocol en de handleidingen. Bij het maken van deze afweging dient zich de vraag aan 'waar moet een kwalitatief goede GLI' tenminste aan voldoen?

Met deze notitie geeft NISB een antwoord op de vraag aan welke elementen een GLI tenminste moet voldoen. Een uitgebreide uitwerking van deze en andere elementen staat beschreven in het protocol en de handleidingen van de 'BeweegKuur'. Hiermee ontstaat een bandbreedte waarbinnen een GLI uitgevoerd kan worden. Deze notitie is tot stand gekomen op basis van literatuur, wetenschappelijk onderzoek en ervaringen met de 'BeweegKuur'. Het doel is om professionals in het veld te ondersteunen bij het vormgeven van een GLI die past bij hun ambitie en de beschikbare financiering en die streeft naar gezondheidsverbetering voor deelnemers. Omdat begeleidingstrajecten niet (meer) uit projectgelden door NISB betaald worden is er in dit document geen sprake van concrete behandel frequenties, behandelduur etc.

Het is aan lokale professionals om, in overleg met zorgverzekeraars en eventueel met ondersteuning van intermediairs, een concrete invulling te geven aan de beschreven principes en te komen tot een uitvoerbare (en effectieve?) GLI.

De doelgroepen van dit document zijn zorgverleners, intermediairen en zorgverzekeraars.

2 De GLI

De GLI is een interventie die tot doel heeft om de leefstijl van mensen te beïnvloeden. De interventie richt zich hierbij op mensen (zowel professionals als deelnemers) die op verschillende niveaus bij zo'n leefstijlverandering betrokken zijn. Deze zorgverleners kunnen de GLI uitvoeren met gebruikmaking van alle ondersteunende middelen zoals trainingen, protocol, handleidingen, logboek, BIS etc. Echter, de lokale situatie varieert en daarmee is ook de uitvoering van de GLI niet op alle locaties gelijk. In dit document wordt in gegaan op de elementen van het protocol die in elke locatie uitgevoerd moeten worden om een interventie van voldoende kwaliteit te waarborgen. Hiermee wordt gepoogd de lokale zorgverleners te helpen zich te richten op de activiteiten die enerzijds effectief zijn en anderzijds passen bij de lokale situatie.

Om dit te bereiken worden 9 elementen beschreven. Dit zijn (geabstraheerde) principes waaraan de GLI (mee) werkt. Deze elementen zijn gekozen op basis van expertise, opgedaan in het traject rond de 'BeweegKuur'. Waar mogelijk worden deze elementen onderbouwd in voetnoten.

3 Elementen

Dit hoofdstuk beschrijft 9 elementen die in het kwaliteitsvraagstuk van de GLI essentieel zijn. Ze geven de essentie van de GLI weer en in de keuze voor de verschillende varianten zijn deze elementen telkens essentieel. Grofweg kan een onderverdeling gemaakt worden in werkwijze/houding (1 t/m 5) en in elementen van de interventie (6 t/m 9).

1. Stepped Care
2. Deelnemer centraal stellen
3. Doorstroom van zorg naar sport
4. Samenwerking
5. Competentie van professionals

6. Integraliteit bewegen/voeding/gedragsverandering
7. Keuze van de doelgroep
8. Sturen op gezondheidsuitkomsten
9. Duur van de interventie

3.1 Stepped care

De GLI hanteert het principe van stepped care. Volgens het uitgangspunt van stepped care (getrapte zorg) wordt een deelnemer in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek aangeboden. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft wordt naar een intensievere interventie overgegaan.

Ook de GLI gaat uit van begeleiding op maat. In de definitie gaat men uit van uitvoering binnen de zorg. De GLI ziet de care echter *inclusief de begeleiding in de lokale sport- en beweegactiviteiten in de wijk*. De begeleiding van de GLI gaat door sectoren heen. Dat betekent dat de minimale vereisten van de GLI een combinatie is van begeleiding in gedrag en advies over voeding in de zorg en het bewegen in de wijk (=zelfstandig bewegen). Uitgangspunt is een programma op maat dat als macro-effect heeft om zorggeld efficiënt in te zetten (en zorgkosten te besparen).

3.2 Deelnemer centraal stellen

De GLI beoogt een duurzame gedragsverandering te bewerkstelligen. Om dit te bereiken is zelfmanagement belangrijk, een deelnemer wordt vaardiger om naar vermogen het gedrag zelf toe te passen in zijn/haar leven. Dus niet kopiëren van de begeleider maar zelf verantwoordelijkheid nemen om gezond te eten, voldoende te bewegen en momenten van twijfel of terugval in gedrag te stoppen. Voor zowel deelnemer als begeleider is het van belang om kennis en informatie ter beschikking te stellen aan elkaar en samen te besluiten hoe de deelnemer de regie kan nemen in het traject. Door een zorgplan op te stellen en het stellen van eigen doelen wordt ook gewerkt aan de centrale positie van de deelnemer. Verder zoekt de GLI ook naar ondersteunende instrumenten hierin zoals e-Health.

3.3 Doorstroom van zorg naar sport

De GLI heeft als doel om mensen duurzaam in gedrag te laten veranderen. Van ongezond naar gezond gedrag. Dat betekent dat mensen in de buurt hun gedrag vol moeten kunnen houden. Er zijn twee factoren hiervoor van belang: mensen kunnen zelf hun doelen stellen en keuzes maken hoe en waar men kan blijven bewegen. De GLI heeft het initiatief genomen om te werken aan een aantrekkelijke infrastructuur in beweegactiviteiten die dit faciliteert. Deze infrastructuur kan betekenen dat mensen zelf blijven bewegen in de fysiotherapiepraktijk, zelfstandig fietsen/wandelen of hun plek vinden bij een vereniging om daar zowel zelf actief te zijn als sporter en / of als

vrijwilliger. In 2012 wordt door de overheid flink geïnvesteerd in deze doorstroom door het aanstellen van Buurtsportcoaches.

De omgeving kan ook uitnodigend werken om te gaan bewegen of sporten. Dit is echter geen doel van de GLI.

3.4 Samenwerking

In de GLI staan zaken als integraliteit, multidisciplinair samenwerken en verbinding van zorg met sport centraal. Oftewel de GLI kan niet solistisch uitgevoerd worden. Samenwerking met collega zorgverleners, collega trainers en met de deelnemer speelt een centrale rol in de GLI. Om de GLI uit te voeren is het verder ook van belang om afspraken te maken over wie welke rol oppakt en hoe informatie gedeeld wordt. In de trainingen worden professionals getraind in samenwerken maar dat kan niet als professionals niet bereid (gemotiveerd) zijn om te investeren in de samenwerking.

De centrale zorgverlenerⁱ vormt de rode draad in de samenwerking. Deze zorgverlener is de spin-in-het web van het begeleidingsteam rond de deelnemer, wat inhoudt dat hij het zorgproces en onderlinge afstemming tussen de professionals in de keten coördineert. Tevens is hij de coach van de deelnemer en houdt zich in de GLI bezig met het ondersteunen van de gedragsverandering ten aanzien van bewegen en voeding. Tevens geeft de centrale zorgverlener follow up op specifieke beweeg- en/of voedingsadviezen en algemeen advies en begeleiding op dit gebied. Deze taken zijn aanvullingen op de genoemde taken van de centrale zorgverlener (zie hoofdstuk Competentie van professionals). De zorgstandaard obesitas geeft aanknopingspunten voor de invulling van de rol van centrale zorgverlener. De standaard geeft aan dat, indien er sprake is van comorbiditeit, de rol van centrale zorgverlener altijd vervuld dient te worden door de huisartsenzorg (arts+MBO/HBO professional). In andere gevallen kan deze rol ook ingevuld worden door andere disciplines die bij de GLI betrokken zijn (voedings-/beweegdeskundige op HBO niveau).

3.5 Integraliteit voeding/bewegen/gedragsverandering

De GLI draait om het bereiken van gezondheidswinst door middel van het gecombineerd aanbieden van:

- Bewegingⁱⁱ
- Voedingⁱⁱⁱ
- Gedragsverandering^{iv}

Het combineren van deze onderdelen leidt tot meer effecten dan aandacht voor 1 van deze factoren afzonderlijk (CBO, 2008)^v.

Gedragsverandering

De gezondheidseffecten van meer bewegen en gezondere voeding zijn omkeerbaar. Vervalt een deelnemer in zijn oude patroon, dan zal de gezondheidswinst teniet gedaan worden.

De deelnemer zal kortom een gedragsverandering door moeten maken om de gestelde doelen te bereiken en te behouden. De begeleiding hangt samen met het stadium van gedragsverandering waarin de deelnemer verkeert: pre-contemplatie, contemplatie, voorbereiding, actiefase, gedragsbehoud (stages of change model van Prochaska&Diclemente).

De GLI ondersteunt de gedragsverandering door middel van een integrale, langdurige aanpak met aandacht voor zelfmanagement, groepsactiviteiten en motiverende gespreksvoering^{vi}.

Bewegen

Het doel van het beweegprogramma is het aannemen van een zelfstandige, actieve leefstijl én verbeteren van lichamelijke fitheid door het verhogen van de fysieke activiteit. In het kader van zelfmanagement wordt hierbij, waar mogelijk, gestreefd naar zelfstandige activiteiten. Een

beweegprogramma is maatwerk en bevat dus voor iedere deelnemer andere accenten. Het uitgangspunt is echter om minimaal te voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen^{vii}.

Voeding

Het doel van het voedingsprogramma is het aannemen van een verantwoord en gezond voedingspatroon. Hierbij vormen de richtlijnen gezonde voeding (Gezondheidsraad) het uitgangspunt.

Er is ruimte voor individueel advies en voor groepsgewijze voedingsbegeleiding. Hierbij wordt aandacht besteedt aan voorlichting en bewustwording. Indien er sprake is van comorbiditeit en/of dieetgeschiedenis is er ook aandacht voor de psychische aspecten van het veranderen van het voedingspatroon^{viii}.

3.6 Competentie van professionals

Centrale zorgverlener:

Rol

Onder 'samenwerking' is de rol van de centrale zorgverlener reeds aan bod gekomen.

Bekwaamheid

Aansluitend op het bestaande competentieprofiel van de praktijkondersteuner in de huisartsenzorg is een aanvullend competentieprofiel beschikbaar voor centrale zorgverlener in de 'BeweegKuur' (een van de GLI's die momenteel beschikbaar zijn). De volgende competenties worden daarin beschreven:

- Evalueren van voortgang in voeding-/bewegingsgedrag. Van toepassing bij intake & doorverwijzing, begeleiding & coaching.
- Het begeleiden en coachen van de deelnemer, Van toepassing bij intake & doorverwijzing, begeleiding & coaching, einde GLI & follow up in regulier aanbod.
- Het informeren en adviseren van de deelnemer. Van toepassing bij intake & doorverwijzing, begeleiding & coaching, einde GLI & follow up in regulier aanbod.
- Het coördineren van het zorgproces van deelnemers in het zorgnetwerk. Van toepassing bij intake & doorverwijzing, begeleiding & coaching, einde GLI & follow-up in regulier aanbod.

Voor meer informatie wordt verwezen naar het aanvullende competentieprofiel. De cursus 'Leefstijladviseur in de BeweegKuur' biedt de mogelijkheid om geschoold te worden op dit aanvullende competentieprofiel.

De centrale zorgverlener wordt (waar nodig) ondersteund door deskundigen. Zij worden ingeschakeld voor gespecialiseerd advies/begeleiding^{ix}. Dit gebeurt altijd in onderlinge afstemming tussen centrale zorgverlener, betreffende deskundige en deelnemer.

Beweegbegeleiding:

Er kunnen 2 begeleiders geïdentificeerd worden. De beweegbegeleider op HBO en op MBO niveau.

- Op HBO-niveau: Voor het in kaart brengen van de fysieke belastbaarheid bij de doelgroep is een specialist op het gebied van het bewegingsapparaat vereist. Deze deskundige brengt tevens een advies uit over vorm, volume en intensiteit van bewegen en de mate van begeleiding die hierbij vereist is.

Rol

Geeft specialistische adviezen bij (het opzetten en opstarten van) het beweeggedeelte van de interventie. Hierbij wordt rekening gehouden met de individuele wensen en mogelijkheden van de deelnemer.

Bekwaamheid

Voor de beweegdeskundige in de 'BeweegKuur' is een aanvullend competentieprofiel gemaakt. Dit profiel is een aanvulling op het beroepsprofiel van de fysiotherapeut. Er zijn aanvullingen gedaan binnen de volgende rollen:

- De fysiotherapeut als hulpverlener: screenen, diagnosticeren, plannen. Van toepassing bij signalering & oriëntatie, begeleiding & coaching.
- De fysiotherapeut als hulpverlener: therapeutisch handelen. Van toepassing bij begeleiding & coaching.
- De fysiotherapeut als hulpverlener: preventief handelen. Van toepassing bij begeleiding & coaching, einde GLI & follow-up in regulier aanbod.
- De fysiotherapeut als manager: organiseren. Van toepassing bij signalering, begeleiding & coaching, einde GLI & follow-up in regulier aanbod.

De aanvullingen hebben met name betrekking op:

- Aanvullende kennis over overgewicht/obesitas en relevante risicofactoren/comorbiditeit.
- Aanvullende kennis en vaardigheden op gebied van gedragsverandering.
- kennis over lokaal sport- en beweegaanbod.

Voor meer informatie wordt verwezen naar het aanvullende competentieprofiel. De cursus 'Fysio-/oefentherapeut in de BeweegKuur' biedt de mogelijkheid om geschoold te worden op dit aanvullende competentieprofiel.

De intensiteit en kwaliteit van de beweegbegeleiding kan hoger zijn indien er sprake is van een hoger gewichtsgelateerd gezondheidsrisico, comorbiditeiten, et cetera.

- Op MBO-niveau: Voor frequent, begeleid bewegen kan verwezen worden naar lokale sport- en beweegleiders. De voorkeur gaat hierbij uit naar aanbieders die kennis en ervaring hebben op het gebied van begeleiden van chronisch zieken.

Rol

Begeleidt en stimuleert de deelnemer (indien nodig) bij het uitvoeren van het beweeggedeelte van de interventie. Geeft algemene adviezen over bewegen.

Bekwaamheid

Voor de sport- en beweegleider (SB-er) in de GLI zijn binnen de 'BeweegKuur' aanvullingen gedaan op het bestaande Calibris-kwalificatiedossier van de sport- en bewegingsbegeleider. De begeleiding door de sport- en bewegingsbegeleider valt niet binnen het zorgproces en wordt niet (direct) beschreven in de verschillende stappen in de GLI. Ter indicatie worden in onderstaande aanvullingen de stappen aangegeven waarin de deelnemer een traject bij de SB-er doorloopt, parallel aan deze stappen in het zorgproces.

Er zijn aanvullingen gedaan binnen de volgende kerntaken:

- Aanbieden van sport- en bewegingsactiviteiten (SB-activiteiten). Van toepassing bij begeleiding, einde BK
- Uitvoeren van organisatie- en professiegebonden taken. Van toepassing bij begeleiding, einde GLI & follow-up.

De aanvullingen hebben met name betrekking op:

- aanvullende kennis over overgewicht/obesitas en relevante risicofactoren/comorbiditeit;
- aanvullende kennis op gebied van gedragsverandering;
- multidisciplinair samenwerken.

Voor meer informatie wordt verwezen naar het aanvullend taakprofiel van de 'sport- en beweegleider in de BeweegKuur'.

Voedingsbegeleiding:

In de GLI is gespecialiseerd advies op gebied van voeding geïndiceerd. De voedingsdeskundige adviseert en initieert op het gebied van voedingsbegeleiding op maat en verzorgt groepsbijeenkomsten.

Hierbij moet hij/zij bedacht zijn op de aanwezigheid van eetstoornissen. Dit kan een zodanige belemmering vormen dat een intensievere en/of gespecialiseerdere behandeling meer geïndiceerd is dan de GLI.

Rol

Geeft specialistische adviezen (en indien nodig begeleiding) bij het voedingsgedeelte van de interventie. Hierbij wordt rekening gehouden met de individuele wensen en mogelijkheden van de deelnemer.

Bekwaamheid

De voedingsdeskundige beschikt over relevante vaardigheden die nodig zijn voor het uitvoeren van het voedingsgedeelte van de GLI zoals onder andere: opstellen persoonlijk dieetadvies, adviseren en begeleiden met betrekking tot voeding van de deelnemer, verzorgen van groepsbijeenkomsten gericht op voeding. Het uitvoeren van deze vaardigheden vraagt geen aanvullingen op bestaande functieprofielen. De cursus 'Diëtist in de BeweegKuur' biedt de mogelijkheid om geschoold te worden op bovenstaande vaardigheden.

3.7 Keuze van de doelgroep.

De GLI richt zich op mensen met een hoog tot zeer hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. Dit risico wordt bepaald op basis van BMI, buikomvang en comorbiditeit (zie ook tabel 1) (CVZ, 2009). In deze doelgroep vallen:

1. Personen met een BMI tussen 25 en 30 kg/m² in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen) en/of comorbiditeit.
2. Personen met een BMI tussen 30 en 35 kg/m² ongeacht buikomvang, ongeacht comorbiditeit.
3. Personen met een BMI tussen 35 en 40 kg/m² ongeacht buikomvang, maar zonder comorbiditeit (aanwezigheid van hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose of slaap apneu).

De onderstaande criteria gelden voor alle deelnemers aan de GLI:

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

Voor personen met een BMI van 35-40 kg/m² met comorbiditeit of BMI > 40 kg/m² is een, nog nader te omschrijven, intensievere interventie geïndiceerd.

BMI*	Normale buikomvang, < 102 cm (m), < 88 cm (v)	Grote buikomvang, ≥ 102 cm (m), ≥ 88 cm (v),	Comorbiditeit **
25-30		Hoog GGR	Hoog GGR
30-35	Hoog GGR	Hoog GGR	Zeer hoog GGR
35-40	Zeer hoog GGR	Zeer hoog GGR	
*	De BMI is ingedeeld in categorieën waarbij mensen meer of minder gezondheidsrisico's lopen. Echter, de getallen zijn niet voor alle groepen precies hetzelfde. De mate van vervetting van het lichaam bij een bepaalde BMI is afhankelijk van het geslacht (vrouwen hebben een hoger vetpercentage dan mannen), de leeftijd (oudere mensen hebben een hoger vetpercentage dan jongere) en de etniciteit (mensen uit Azië hebben een hoger vetpercentage dan Europeanen). De algemene BMI-indeling geldt voor blanke volwassenen van 18 tot ongeveer 70 jaar. Boven de 70 jaar		

is de relatie tussen de BMI en de gezondheid niet meer zo duidelijk.

Tabel 1: gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)

De gezondheidsrisico's kunnen opgemerkt worden door zorgprofessionals zowel binnen als buiten de eerstelijnszorg via de daarvoor gebruikelijke instrumenten (bijvoorbeeld de diabetes risicotest en het in ontwikkeling zijnde preventieconsult).

Naast fysiologische aspecten is motivatie een cruciaal aspect dat de GLI effectief maakt. In de afgelopen jaren is gebleken dat de noodzaak om te bewegen vaak nog vanuit de zorgverleners komt. Literatuur wijst echter uit dat de kans om de gedragsverandering vol te houden voornamelijk uit iemand zelf moet komen. Dat is de reden dat motivatie van de deelnemer in de GLI als in- of exclusiecriteria gehanteerd moet worden. In het gesprek van alle zorgverleners (huisarts, leefstijladviseur, fysiotherapeut en diëtist) zal men aandacht moeten hebben of iemand echt wil veranderen en samen met de sportinstructeur gedurende het jaar scherp moeten zijn op het verminderen van de motivatie.

Als iemand na het gesprek bij een van de betrokken zorgverleners (nog) niet voldoende gemotiveerd is om aan de slag te gaan met zijn of haar gedrag is het advies om het initiatief voor aanmelden bij een deelnemer zelf te leggen of het gesprek bij een volgend moment (bezoek huisarts of anderszins) opnieuw te voeren.

3.8 Sturen op gezondheidsuitkomsten

Het algemene doel van de GLI is het bereiken van gezondheidswinst door het laten beklijven van een actievere en gezondere leefstijl. Dit wordt geconcretiseerd door te streven naar minimaal $\geq 5\%$ gewichtsverlies bij het beëindigen van de GLI (CBO, 2008). Gewichtsverlies leidt immers tot vermindering van risicofactoren zoals bloeddruk, lipiden en insulineresistentie. Nationale (CBO) en internationale (NICE) richtlijnen beschouwen een gewichtsreductie van $\geq 5\%$ als succesvol en klinisch relevant^x.

3.9 Duur van de interventie

Voor alle deelnemers geldt dat het begeleidingstraject van de GLI 1 jaar duurt. Om de doorgemaakte gedragsverandering te borgen wordt sterk aanbevolen om dit jaar te laten volgen door een jaar met follow up consulten. Deze langdurige begeleiding, zowel vanuit de zorg als vanuit de beweegbegeleiding, sluit aan bij de resultaten van verschillende studies en richtlijnen (o.a. RIVM, CBO, zie noot 6). Daarnaast vergt het de nodige tijd om de verschillende stadia van gedragsverandering te doorlopen om uiteindelijk te komen tot gedragsbehoud.

ⁱ **Noot 1: De centrale zorgverlener in de huisartsenzorg**

Zowel de NHG standaard CRM als de NHG standaard DM II beschrijven de diagnose en behandeling van mensen met een (hoog risico op) hart- en vaatziekten en DM II in de huisartsenpraktijk. De behandeling richt zich onder meer op het aanleren van een gezonde leefstijl met goede voeding en voldoende bewegen, wat vergelijkbaar is met leefstijlveranderingen die in de BeweegKuur worden nagestreefd, en kan eventueel uitgevoerd worden door de praktijkondersteuner (NHG 2006a, NHG 2006b).

In grote lijnen vindt de zorg aan mensen met DM II (circa 70 tot 80 procent) al plaats in de huisartsenpraktijk (NDF, 2006). Onderliggende risicofactoren voor hart- en vaatziekten, DM2, en overgewicht en obesitas komen deels overeen, waardoor ook voor de BeweegKuur een centrale rol voor de huisarts aangewezen lijkt.

Het CVZ (CVZ, 2009) beschrijft daarnaast dat de taak van de leefstijladviseur in de BeweegKuur 'parallel (loopt) met de conclusies van het CVZ over de plek van de gecombineerde leefstijlinterventie binnen het totale zorgpad van de patiënt'. De leefstijladviseur kan dezelfde persoon zijn als de praktijkondersteuner, maar de taken kunnen ook door een ander uitgevoerd worden. De taken van de adviseur zijn gericht op het coachen, informeren en adviseren van de deelnemer binnen de BeweegKuur. Dit betekent ook dat hij zorg draagt voor de coördinatie van de zorg binnen en buiten het programma. Het functieprofiel van de leefstijladviseur geeft ook aan dat integratie van de leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk nodig is, wil hij optimaal kunnen functioneren.

Op deze manier kan hij zorgen voor een optimale afstemming tussen de gecombineerde leefstijlinterventie en de rest van het zorgpad van de deelnemer. Extra argumenten voor een centrale rol voor de huisarts(enpraktijk) in de BeweegKuur worden gevonden in zowel het voortraject als in het natraject. CVZ adviseert om een GLI te starten op verwijzing van de huisarts (CVZ, 2010). Tevens sluit de BeweegKuur prima aan bij het in ontwikkeling zijnde preventieconsult van de NHG. Op deze manier is de toeleiding van deelnemers naar de BeweegKuur in de huisartspraktijk gewaarborgd. Binnen de concept-zorgstandaard Obesitas wordt voor deelnemers na afronding onderhoud voorzien met controles die aansluiten bij de zorg die normaal in de huisartspraktijk kan worden gegeven.

In andere programma's gericht op lichamelijke activiteit is de verwijzing vanuit de huisarts de meest genoemde succesfactor en blijkt tevens dat onder controle staan van een arts en professionele steun ontvangen van een arts of paramedisch professional belangrijke determinanten zijn voor de lichamelijke activiteit (Chorus, Hopman-Rock, 2003).

ⁱⁱ **Noot 2: Bewegen als component van de GLI**

In veel studies is aangetoond dat de mate van bewegen direct of indirect geassocieerd is met gezondheid. Effecten van beweeggedrag zijn onderzocht in verschillende populaties, zonder en met (verschillende) interventieprogramma's.

Effect op gewichtsreductie

Binnen groepen mensen met obesitas (waarbij de grens voor het wel of niet obese zijn niet altijd even strikt is) is aangetoond dat (matig) intensieve fysieke training effectiever is dan geen behandeling, om gewichtsreductie te bewerkstelligen. Bovendien levert bij en follow-up van 3-12 maanden een (matig) intensieve fysieke training meer gewichtsverlies op dan laag-intensieve training. Training is wel minder effectief is dan het volgen van een dieet.

Bij het volgen van een dieet zorgt aanvullende training overigens wel voor sterkere gewichtsreductie. Het bewijs hiervoor is het sterkst bij een follow-up van 3 tot 12 maanden. Bij een follow-up van 12 tot 18 maanden lijkt het effect van de aanvullende training op gewichtsverlies echter nog sterker, maar is het wetenschappelijk bewijs hiervoor minder sterk. Training kan wel belangrijk zijn voor het op peil houden van het basaal metabolisme. Zowel een interventie met training alleen als een interventie waarin dieet en training gecombineerd worden, leiden niet tot een verlaging van het basaal

metabolisme. Een verlaagd metabolisme kan wel optreden bij een dieet zonder training. Het gevolg daarvan is dat blijvende gewichtsreductie moeilijker te realiseren zal zijn (CBO, 2008).

Effect op risicofactoren voor comorbiditeit

Hart en Vaatziekten

Uit een systematische review van de literatuur blijkt dat beweegprogramma's als interventie bij mensen met overgewicht een significante verlaging van verschillende cardiovasculaire risicofactoren laten zien ten opzichte van geen behandeling. Er zijn onder meer duidelijke verschillen op de diastolische bloeddruk, de hoeveelheid triglyceriden in het bloed, en de nuchtere bloedglucose.

In tegenstelling tot het verschil in effect op gewichtsverlies, zijn er nauwelijks verschillen tussen beweegprogramma's en dieet in effect op cardiovasculaire risico's. Alleen het verschil in systolische bloeddruk is statistisch significant ten gunste van dieet (CBO, 2008).

Voorts hangen bij mensen met DM 2 regelmatige lichamelijke activiteit (bijvoorbeeld >2 uur/week wandelen) en (of) een matige tot goede lichamelijke conditie – in vergelijking met een slechte conditie – samen met aanzienlijk minder cardiovasculaire gebeurtenissen en een 40 tot 70% lagere cardiovasculaire en totale sterfte in acht tot veertien jaar (NHG, 2006b).

Veel informatie over de effecten op risico factoren voor hart- en vaatziekten zijn onderzocht in een algemene populatie. Voldoende lichaamsbeweging vermindert de kans op onder meer hart- en vaatziekten (RIVM, 2008). Het RIVM heeft op basis van gegevens van cohorten geschat dat het attributieve risico van een inactieve levensstijl voor de kans op hart- en vaatziekten in de leeftijdscategorie van 20 tot 59 jaar op 23% ligt, en vanaf het zestigste jaar op 31% bij mannen en op 40% bij vrouwen (NHG, 2009). Regelmatige lichamelijke activiteit beïnvloedt de kans op hart- en vaatziekten niet alleen rechtstreeks maar mogelijk ook indirect, onder andere door een daling van de bloeddruk en een daling van het totale cholesterolgehalte en door een verhoging van het HDL-cholesterolgehalte (NHG, 2006a).

DM II

In het rapport van het RIVM wordt op basis van verschillende studies geconcludeerd dat bewegen een verlagend effect heeft op het krijgen van DM2 (RIVM, 2008). In de 'University of Pennsylvania Alumni Health Study' werd een beschermend effect gevonden van lichamelijke activiteit op het krijgen van

DM 2. Binnen de geselecteerde groep mensen met een BMI van ≥ 26 was het risico op het krijgen van DM 2 ongeveer een derde lager in de groep die veel lichamelijke actief was ten opzichte van de groep met weinig lichamelijke activiteit. In de gehele studiepopulatie, inclusief personen zonder overgewicht, bleek het effect van een normale of verhoogde BMI wel groter dan dat van het wel of niet lichamelijk actief zijn. Twee meta-analyses laten verder zien dat voor lichamelijke inactiviteit het relatieve risico op het ontwikkelen van DM 2 ligt in de range van 1,2 tot 1,5 wanneer gecorrigeerd wordt voor lichaamsgewicht (RIVM, 2008).

Een duidelijk effect van lichamelijke activiteit blijkt ook uit een grootschalig Fins onderzoek. Bij mensen met obesitas, zonder verstoorde glucosehuishouding, waren de relatieve risico's voor DM 2 bij weinig, gemiddelde en veel lichamelijke activiteit respectievelijk 13,2; 7,3 en 3,8. Ook bij mensen met obesitas met een verstoorde glucosehuishouding werd een dergelijk verband gezien, maar bij die groep ligt het risico op DM 2 al een stuk hoger.

In twee grote Finse en Amerikaanse interventiestudies (The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) en Diabetes Prevention Program (DPP)) onder mensen met overgewicht én verstoorde glucose tolerantie werden ook sterke effecten gevonden van lichamelijke activiteit. Onder de deelnemers die niet (veel) afvielen, hadden de mensen die wél meer gingen bewegen 56-70% minder kans om diabetes te krijgen dan mensen die niet meer gingen bewegen. Ook bleek uit de DPS studie dat deelnemers die hun hoeveelheid (matig) intensieve lichamelijke activiteit het meest verhoogden 50% minder kans hadden om diabetes te krijgen, onafhankelijk van gewichtsverandering. Een belangrijke conclusie is bovendien dat activiteiten met een lage intensiteit zoals wandelen ook bijdroegen aan een lager diabetesrisico (RIVM, 2008).

Een schatting op basis van de Framingham Heart studie, gaf aan dat (gemiddeld) actieve mensen 2,3 jaar langer leven zonder diabetes dan de inactieve mensen (RIVM, 2008). Deze studie is uitgevoerd in een populatie die niet geselecteerd was op basis van overgewicht en obesitas.

Andere effecten binnen de algemene populatie

In het algemeen geldt dat gebrek aan beweging een risicofactor is voor allerlei aandoeningen en vroegtijdig sterven. Uit een belangrijk rapport van de Surgeon General in de Verenigde Staten blijkt dat inactieve mensen meer kans op vroegtijdig overlijden hebben dan actieve mensen (RIVM, 2008). Voldoende lichaamsbeweging vermindert naast hart- en vaatziekten en DM 2 onder meer de kans op beroerte, colonkanker en borstkanker; aandoeningen die (significant) vaker voorkomen bij personen met (overgewicht en) obesitas. Meer beweging zorgt, behalve voor behoud van gezondheid, ook voor een gunstiger beloop van veel van deze ziekten. De meeste gezondheidswinst is te verwachten bij de meest inactieve mensen. Een deel van deze positieve effecten (op hart- en vaatziekten en totale mortaliteit) wordt in verband gebracht met toegenomen lichamelijke fitheid. Lichamelijke fitheid wordt verbeterd door beweging (RIVM, 2008; CBO, 2008).

iii Noot 3: Voeding als component van de GLI

Het belangrijkste eindpunt van de BeweegKuur is (blijvend) gewichtverlies, om daarmee aandoeningen die samenhangen met overgewicht en obesitas te voorkomen en terug te dringen, in het bijzonder hart- en vaatziekten en DM 2. Beperking van de energie-inname is onder normale omstandigheden een belangrijke voorwaarde voor gewichtsreductie.

Effect op gewichtsreductie

Uit vergelijking van het effect van (combinaties van) interventies op dieetpatroon, beweegpatroon, en gedragsverandering blijkt dat het volgen van een energiebeperkt dieet, al dan niet in combinatie met andere interventies, leidt tot de grootste gewichtsreductie (zie ook noot 1). Een (matig) intensieve fysieke training (minimaal 30 minuten/3x per week) levert na 12 maanden minder gewichtsverlies op dan het volgen van een dieet. Na 12 maanden is er een verschil in gewichtsverlies van 3,3 kg (95%-BI 2,3 tot 4,4 kg) ten gunste van dieet. Type dieet, voortzetting van de dieetinterventie en ondersteuning van het dieet met beweegprogramma's en gedragsveranderingsprogramma's beïnvloeden wel de totale hoeveelheid initieel gewichtsverlies en de mate van terugval (CBO, 2008).

Effect op risicofactoren voor comorbiditeit (hart- en vaatziekten en DM 2)

Een energiebeperkt dieet leidt (na 1 tot 3 jaar) tot een verbetering van de cardiovasculaire risicofactoren (totaalcholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden, systolische bloeddruk en diastolische bloeddruk), risicofactoren voor DM 2 (nuchtere serumglucose en bètacelfunctie) bij personen met obesitas, en tot daling van het nuchtere glucosegehalte bij obese personen met DM 2 (CBO, 2008). Overigens heeft ook de samenstelling van de voeding aantoonbare effecten op (risicofactoren voor) hart- en vaatziekten (type vetzuren, voedingsmiddelen met plantensterolen en -stanolen, zout en voedingsvezels) (NHG, 2006a).

iv Noot 4: Gedragsverandering als component van de GLI

Het CVZ rapport (CVZ, 2009) stelt dat een gecombineerde leefstijlinterventie, naast delen gericht op voeding en op bewegen, dient te bestaan uit een element gericht op gedragsverandering. Gedragsverandering wordt ingezet om het (aangeleerde) gezondere eet- en beweeggedrag te laten bekliven. De noodzaak van het toepassen van gedragsverandering wordt onder meer aangetoond in een analyse van het RIVM. Hier werden 69 gerandomiseerde gecontroleerde interventies (RCT's) bij mensen met (hoog risico op) DM-2 bekeken (RIVM, 2008). De RCT's werkten met verschillende uitgangsgroepen, waaronder ook die met overgewicht. De interventies met een positief effect op gewicht (een reductie van > 5% of $\geq 2\%$ bij BMI 25-30 kg/m²) en op lichamelijke activiteit waren allen gericht op voeding en bewegen en pasten elementen toe om gedragsverandering te bewerkstelligen. In de meeste gevallen ging het daarbij om componenten uit de gedragstherapie. In de NHG-standaard DM II wordt daarnaast genoemd dat het effect van voorlichting beter is wanneer die gecombineerd wordt met strategieën gericht op gedragsverandering (NHG, 2006b).

^v Noot 5: Onderbouwing combinatie drie componenten binnen de GLI

De CBO richtlijn Obesitas geeft aan dat de eerste keus bij de behandeling van volwassenen met obesitas een behandeling is bestaande uit een combinatie van verschillende interventies: gericht op het verminderen van de energie-inname, op het verhogen van de lichamelijke activiteit, en met een eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering. Intensievere begeleiding bij gewichtsverlies en leefstijlverandering leidt tot beter resultaat (CBO, 2008; RIVM, 2008).

Effect op gewichtsreductie

Zowel in de CBO richtlijn als in het RIVM rapport wordt informatie aangedragen dat gecombineerde interventies leiden tot een groter gewichtsverlies dan interventies die zich op één element richten.

Het gaat hierbij om interventies met aandacht voor dieet en lichamelijke activiteit. In het algemeen levert het volgen van een dieet de grootste bijdrage aan gewichtsreductie, maar zorgt het toevoegen van een beweegprogramma voor een verdere reductie. In een meta-analyse genoemd in het rapport bleek dat na 5 jaar meer gewichtsbehoud aanwezig was bij mensen die meer beweging hadden:

-14,99 kg (95%-BI -13,48 tot -16,49 kg) versus -7,47 kg (95%-BI -8,66 -6,29). Dit gold voor zowel zeer laagcalorische als energiebeperkte diëten.

Na 3 jaar was een toename van de lichamelijke activiteit met 5 uur per week geassocieerd met een extra gewichtsverlies van 4,3 kg ($p < 0,0001$).

Vermeld wordt dat een RCT van een gecombineerd dieet-beweegprogramma na 15 weken leidde tot 11 kg gewichtsverlies en na 1 jaar tot 8,6 kg gewichtsverlies, waar een dieet alleen na 15 weken leidde tot 10,7 kg en na een jaar tot 6,6 kg gewichtsafname (CBO, 2008).

Een belangrijke toegevoegde waarde van een beweegprogramma is het verkleinen van de kans op terugval naar een hoger gewicht, doordat een mogelijke verlaging van het basaal metabolisme wordt tegengegaan door het bewegen. Onderzoek toonde aan dat het volgen van een caloriebeperkt dieet leidde tot een verlaging van het basaal metabolisme na een jaar, vergeleken bij geen dieet of een beweegprogramma. Een verlaagd basaal metabolisme trad niet bij iedereen op en kon worden ondervangen door voldoende lichaamsbeweging (CBO, 2008).

Lichaamsbeweging heeft naast gewichtsreductie allerlei andere positieve effecten op de gezondheid. Dit zou pleiten voor interventies met aandacht voor zowel dieet als lichamelijke activiteit. Een interventie mét lichamelijke activiteit blijkt verder in dezelfde kostencategorie te vallen als interventies zonder lichamelijke activiteit (RIVM, 2008). Alle best-practice interventies met een positief effect op gewicht (reductie van $> 5\%$ of $\geq 2\%$ bij BMI 25-30 kg/m²) en op lichamelijke activiteit passen allemaal componenten toe uit gedragstherapie om tot gedragsverandering te komen. De afzonderlijke bijdrage van een interventie op gedragsverandering kan echter niet aangetoond worden, omdat dit niet specifiek is onderzocht (RIVM, 2008).

Effect op risicofactoren voor comorbiditeit (hart- en vaatziekten en DM II)

Het volgen van alleen een energiebeperkt dieet kan, met name voor ouderen, negatieve gevolgen hebben op de risicofactoren voor DM2. Dieet leidt tot extra afname van spiermassa. Verlies van spiermassa blijkt een belangrijke factor die de toename in DM II op oudere leeftijd verklaart. Het verlies van spiermassa is onder meer gekoppeld aan de afname in opslagcapaciteit van bloedglucose. Deze negatieve gevolgen kunnen ondervangen/beperkt worden door het toevoegen van een (aangepast) beweegprogramma (KNGF, 2009). Afname van spiermassa leidt daarnaast ook tot verminderde fysieke fitheid, wat ook andere negatieve effecten kan hebben op risicofactoren voor comorbiditeit (CBO, 2008). Het effect van lichamelijke activiteit op risicofactoren voor comorbiditeit wordt verder besproken onder deel 'bewegen'.

Andere aspecten

Algemeen wordt verondersteld dat gecombineerde interventies met aandacht voor dieet, lichamelijke activiteit en gedragsverandering het best werkt voor doelgroepen met obesitas en/of (hoog risico op) DM2. De rol van een gecombineerde interventie bij obesitas is echter nog onvoldoende aangetoond,

moeilijk te extrapoleren naar de algemene populatie en daarom onvoldoende duidelijk. Ook met betrekking tot comorbiditeit zijn er geen overtuigende aanwijzingen gekomen dat gecombineerde interventies een significant beter effect laten zien (CBO, 2008). Er kan niet aangegeven worden of die beperkte bewijsvoering veroorzaakt wordt door onvoldoende (goed) onderzoek hierna, of dat interventie op gedragsverandering daadwerkelijk een verwaarloosbare bijdrage levert. Wel lijkt het aantal uitvallers in 17 RCT's duidelijker lager dan algemeen verwacht kan worden, met 4% tot 27% bij een follow-up van 3 tot 10 jaar (CBO, 2008).

^{vi} **Noot 6: Gedragsverandering**

Verschillende vormen van psychologische of psychotherapeutische interventies worden ingezet ter ondersteuning van gedragsverandering in de meer effectief gebleken interventies met doelstellingen die vergelijkbaar zijn met de BeweegKuur (RIVM, 2008). In de BeweegKuur wordt beoogd deze technieken niet in te zetten, maar om gebruik te maken van praktische, ondersteunende technieken ter begeleiding van de primaire interventie. De volgende aspecten van de BeweegKuur dragen bij aan het bereiken van gedragsverandering:

1. *Langdurige begeleiding.* Zoals eerder aangegeven duurt de BeweegKuur voor alle deelnemers 1 jaar. Een langdurige follow-up is in verschillende studies effectief gebleken (NDF, 2006, RIVM, 2008, CBO, 2008) Daarom wordt een langdurige follow-up na afloop van de BeweegKuur sterk aanbevolen om gedragsverandering en effecten van de BeweegKuur te behouden.
2. *Zelfmanagement.* Veel waarde wordt gehecht aan het bevorderen van zelfmanagement en het stimuleren dat de deelnemer zelf de regie voert over eigen ziekte en bestaan (Coördinatieplatform zorgstandaarden, 2010). Alles wat de deelnemer zelf doet om een gezondere leefstijl aan te nemen is zelfmanagement. Hoe meer kennis, inzicht en vaardigheden de deelnemer heeft, hoe beter zelfmanagement mogelijk is. Zelfmanagement bij de BeweegKuur houdt in het bieden van mogelijkheden en het ondersteunen van de deelnemer in het verkrijgen van deze kennis, inzichten en vaardigheden. De deelnemer heeft kennis nodig over: de gezondheidsgevolgen van een ongezond eet- en beweegpatroon, de voordelen van een gezond eet- en beweegpatroon, de lichamelijke en psychische processen, welke behandelingsmogelijkheden er zijn en waaruit de behandeling bestaat. De zorgverlener besteedt in alle onderdelen van de behandeling aandacht aan deze onderwerpen. Vanaf de start van de BeweegKuur leert de deelnemer om zelfstandig met problematiek om te gaan en wordt hij aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid. Alle betrokken zorgverleners benaderen de deelnemer vanuit dit gezichtspunt.
3. *Groepsgewijze activiteiten.* Zowel op gebied van bewegen, voeding als gedragsverandering wordt gestreefd naar het aansluiten bij groepsgewijze activiteiten (RIVM, 2008). Vanzelfsprekend wordt hierbij niet voorbijgegaan aan de individuele wens van de deelnemer.
4. *Motiverende gespreksvoering* (CVZ, 2009). Gesprekstechnieken waarbij een beroep gedaan wordt op de intrinsieke motivatie van de deelnemer worden als een succesfactor gezien in de begeleiding bij een GLI. Motivational interviewing kan in het kader van gezondheidsbevordering meer betekenen dan voorlichting gericht op feitelijke kennis over risico's (CBO, 2009). Een argument om Motivational interviewing in te zetten is het beperken van de kosten van (bijvoorbeeld) diabetes preventie programma's; Motivational interviewing kan toegepast worden door verschillende zorgprofessionals die een korte training hebben gevolgd (Greaves en andere, 2008).
Op het gebied van dieet en beweging en diabetes wordt in een review de effectiviteit onderbouwd. De exacte wijze van toepassing verschilde echter zo veel dat geen eenduidige conclusie getrokken kan worden welke vorm van Motivational interviewing in termen van duur en frequentie het best toegepast kan worden (Martins, 2009).
5. *Overige factoren.* Andere, eerder genoemde aspecten van een GLI, dragen bij aan het creëren van een gunstige situatie voor het veranderen van gedrag. Denk hierbij aan: de rol van een centrale zorgverlener, multidisciplinaire aanpak en verwijzing vanuit de huisartsenzorg.

vii **Noot 7: Inhoud bewegprogramma**

De volgende adviezen worden gegeven ten aanzien van bewegen en bewegprogramma's voor groepen met verschillende kenmerken van (over)gewicht en ziekte.

- Overgewicht: dagelijks minimaal een uur matig intensief bewegen (Gezondheidsraad 2006).
- Obesitas: bewegprogramma's deel uit laten maken van de behandeling. Het bewegprogramma kan bestaan uit aerobe training van minimaal 30-60 minuten op 60-80% van de maximale hartfrequentie gedurende minimaal driemaal per week (CBO, 2008).
- Voor deelnemers met obesitas die inspanningsbeperkingen hebben als gevolg van (chronische) ziekten is de aanbeveling om met aangepaste bewegprogramma's te werken. In de BeweegKuur wordt hiervoor de aanbeveling uit het KNGF-standaard gevolgd (KNGF, 2009). Hierbij is deskundige begeleiding en supervisie van belang. Als de inspanningsmogelijkheid als gevolg van een (chronische) ziekte of sterk verhoogde risicofactoren beperkt is, kan vaak niet worden gewerkt met de algemene (voor gezonde mensen) uitgangspunten om trainingsintensiteit in te schatten. De intensiteit van de trainingsbelasting dient bij deze personen te worden bepaald aan de hand van de voor deze ziekten specifieke consequenties voor het cardiorespiratoire systeem (CBO, 2008).
- Deelnemers met obesitas en met (pre) DM II die een energiebeperkend dieet volgen: minimaal één maal per week krachttraining toe voegen om verlies van spier- en botmassa te voorkomen (KNGF, 2009).
- Deelnemers met diabetes, onafhankelijk van overgewicht en obesitas: krachttrainingen. De huidige consensus is om bij krachttraining het volume en de intensiteit langzaam op te voeren naar 3 series van 8-10 herhalingen op 70-80% van het herhalingsmaximum (KNGF, 2009).

Uit een literatuur review blijkt verder, dat een intensieve begeleiding in het begin en vervolgens blijvende ondersteuning 'waarschijnlijk het meest effectief' is (RIVM, 2008).

viii **Noot 8: Inhoud voedingsprogramma**

Een dieet is gebaseerd op de richtlijnen Goede Voeding, zoals geformuleerd door de Gezondheidsraad. Het is van belang dat een dieet in de fase van het gewichtsverlies 600 kilocalorieën (2,5 MJ) minder bevat dan het dagelijkse energieverbruik om een gewichtsafname van 300-500 gram per week te bereiken.

In de Minimale Interventie Strategie Overgewicht en Obesitas (WUR, 2008), worden uitgebreidere adviezen aangedragen voor het behandelen van overgewicht en obesitas. Op het gebied van voeding gaat dit uit van de volgende kernpunten:

- Een gevarieerd eetpatroon met een beperkte hoeveelheid calorieën.
- Het beperken van de hoeveelheid vet.
- Het beperken van de hoeveelheid suiker en voedingsmiddelen waaraan suiker is toegevoegd.
- Meer vezels.
- Het beperken van het gebruik van alcohol.
- Rustig eten en regelmaat aanbrengen in het eetpatroon: 3 hoofdmaaltijden en 3-4 tussendoortjes.

ix **Noot 9: Het multidisciplinaire team**

In NHG-standaarden, gericht op aandoeningen met deels vergelijkbare oorzaken/achtergronden, wordt gepleit voor de inzet van multidisciplinaire teams. In de NHG standaard DM 2 wordt gesteld dat diabeteszorg door de huisarts volgens de richtlijnen van de betreffende standaard alleen mogelijk is als ook wordt voldaan aan de voorwaarde van structurele samenwerking met praktijkondersteuner, wijk- of diabetesverpleegkundige, diëtist en internist.

De (concept-) NHG standaard Obesitas geeft aan dat het belangrijk is dat er een eerstelijns

multidisciplinaire (diëtist, fysiotherapeut, psycholoog) samenwerking is. In het CVZ rapport 'Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie' wordt omschreven dat in de BeweegKuur een multidisciplinair team rond de deelnemer geformeerd dient te worden, bestaande uit onder andere een huisarts, leefstijladviseur, fysiotherapeut en diëtist. Goede contacten binnen het multidisciplinaire team zijn belangrijk. De deelnemer moet ervaren dat er een team achter hem staat, dat er betrokkenheid is en dat zijn zorgverleners dezelfde doelen nastreven. Het is cruciaal voor therapietrouw dat hulpverleners onderling eenduidige adviezen geven, elkaar ondersteunen, elkaar belangrijk vinden en elkaar kennen. De leefstijladviseur faciliteert een eenduidige en vlotte communicatie in dit multidisciplinaire team (NHG, 2006a; CVZ, 2009).

^x Noot 10: onderbouwing uitkomstmaat 5% gewichtsverlies

Voor het meten van het effect van de Beweegkuur kunnen verschillende uitkomstmaten gekozen worden. Onderzoek naar effecten op harde uitkomstmaten zelf, zoals het optreden van cardiovasculaire aandoeningen en DM2, vereisen grootschalige studies met een zeer lange follow-up en zijn in de praktijk slecht haalbaar. In onderzoek wordt daarom vaak gebruik gemaakt van 'zachte' uitkomstmaten (gewichtsreductie, bloeddrukverlaging, verbetering lipidengehaltes).

De relatie tussen gewichtsreductie en afname van morbiditeit is overtuigend aangetoond. Met name voor de interventie bariatrische chirurgie zijn inmiddels veel lange termijn gegevens bekend die aantonen dat een blijvende gewichtsreductie leidt tot significante gezondheidswinst. Voorts is uit grote cohort studies gebleken dat gewichtsreductie (intentioneel, op conservatieve wijze bewerkstelligd) is geassocieerd met een afname van mortaliteit en morbiditeit, met name DM2 incidentie en cardiovasculaire morbiditeit. Uit dergelijke studies blijkt een sterke relatie tussen gewichtsreductie en afname van morbiditeit.

De Finse DPS studie was de eerste gerandomiseerde studie bij prediabeten waarin het effect van leefstijlinterventies op de incidentie van DM 2 (een 'hard' eindpunt) overtuigend werd aangetoond. Belangrijk is dat deze studie liet zien dat het effect op de DM 2 incidentie het grootst was bij de personen die het meest succesvol waren met hun leefstijlveranderingen (gewicht, dieet, lichamelijke activiteit). Hieruit blijkt een duidelijke relatie tussen zogenaamd zachte uitkomstmaten zoals gewichtsreductie en een harde uitkomstmaat zoals diabetes incidentie (CVZ, 2009).

CVZ concludeert dat het verband tussen 'zachte' uitkomstmaten (gewichtsreductie, bloeddrukverlaging, verbetering lipidengehaltes) en 'harde' uitkomsten zoals incidentie van DM 2 en cardiovasculaire ziekten voldoende is aangetoond om bij het wegen van de studies voor gecombineerde leefstijlinterventies en interventie-effect de zachte uitkomstmaat 'gewichtsreductie' te accepteren. Beweegkuur neemt de keuze van gewichtsreductie als uitkomstmaat over van CVZ. In de ideale situatie zou iedere persoon met overgewicht en obesitas een BMI < 25 moeten bereiken voor maximale gezondheidswinst. In de praktijk blijkt voor de meeste personen een permanent groot gewichtsverlies met conservatieve methoden niet haalbaar. Uit epidemiologische studies blijkt echter dat iedere mate van gewichtsverlies, hoe gering ook, al leidt tot veranderingen in risicofactoren (bijvoorbeeld daling van bloeddruk, lipiden en insulineresistentie). Ook een gering gewichtsverlies zal dus leiden tot gezondheidswinst. De CBO richtlijnen (zowel die voor cardiovasculair risicomanagement als die voor obesitas) en de NICE beschouwen een gewichtsverlies van $\geq 5\%$ als succesvol en klinisch relevant. De CBO-richtlijn beschouwt zelfs een gewichtsverlies van $< 5\%$ als beperkt succesvol, met als motivatie dat leefstijlveranderingen in het algemeen een gunstig effect kunnen hebben op voedingsgewoonten en mate van lichamelijke activiteit, ook al is het gewichtsverlies gering. Dit brengt echter wel het probleem met zich mee dat als er geen aantoonbaar gewichtsverlies is, er op een andere manier aangetoond zal moeten zijn dat de leefstijlinterventie effectief is. Dit kan bijvoorbeeld door middel van het meten van lichamelijke activiteit. Binnen de Beweegkuur wordt daarom gekozen voor een gewichtsreductie van 5% (CVZ, 2009).

