

mulier instituut



De gecombineerde leefstijlinterventie in het basispakket

Ervaringen van zorgaanbieders

Kirsten Gutter

Mirjam Stuij

De gecombineerde leefstijlinterventie in het basispakket

Ervaringen van zorgaanbieders

Kirsten Gutter
Mirjam Stuij

© Mulier Instituut
Utrecht, oktober 2019

Mulier Instituut
sportonderzoek voor beleid en samenleving

Postbus 85445 | 3508 AK Utrecht
Herculesplein 269 | 3584 AA Utrecht
T +31 (0)30 721 02 20 | I www.mulierinstituut.nl
E info@mulierinstituut.nl | T @mulierinstituut

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Introductie	5
2. Methoden	8
3. Resultaten	9
3.1 Bevorderende factoren	9
3.2 Belemmerende factoren	10
4. Conclusie	14
Referenties	15
Bijlage 1: Topiclijst	16

Samenvatting

Achtergrond: sinds januari 2019 is de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) onderdeel van het basispakket. Daarmee is dit behandelprogramma voor mensen met obesitas of overgewicht plus een verhoogd gezondheidsrisico een van de eerste preventieve interventies die door zorgverzekeraars wordt vergoed. Verschillende factoren kunnen de realisatie van behandelaanbod voor patiënten hinderen of bevorderen. Dit verkennende onderzoek richt zich daarom op de ervaringen van zorgaanbieders met de introductie van de GLI in het basispakket om zo de bevorderende en belemmerende factoren in de lokale implementatie in kaart te brengen.

Methoden: er zijn zestien semigestructureerde interviews gehouden met personen die een centrale rol hebben in de lokale implementatie van de GLI: leefstijlcoaches, fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen, interventie-eigenaren en vertegenwoordigers van regionale ondersteuningsstructuren, zorggroepen en relevante beroepsverenigingen.

Resultaten: zorgaanbieders noemen vooral hun grote passie om mensen te begeleiden bij hun leefstijl als motivatie om de GLI aan te bieden. Meerdere respondenten beschouwen zich als pionier op dit gebied en alle respondenten ervaren veel barrières om daadwerkelijk aanbod te kunnen realiseren. Zij noemen daarbij vooral een te korte periode tussen besluitvorming over en intreding van de vergoeding als belemmerend, waardoor ze een gebrekkige informatievoorziening hebben ervaren en nog niet de beschikking hadden over de juiste declaratiesystemen en een centraal systeem voor patiëntinformatie. Daarnaast uiten de respondenten kritiek op de beleidsregel. Zo zijn de vergoede tarieven niet kostendekkend en twijfelen respondenten aan het aantal vergoede bijeenkomsten en de ingangseisen voor de opleiding tot leefstijlcoach. Ook de aanvullende eisen die zorgverzekeraars mogen stellen zorgen voor onduidelijkheid en veel uitzoekwerk. Tot slot zijn er twijfels over de continuïteit van de GLI, waarbij respondenten zich afvragen of ze die onder de huidige omstandigheden kunnen blijven aanbieden en bezorgd zijn over een mogelijke terugdraaiing van het beleid door de huidige implementatieproblemen.

Conclusie: deze bevindingen pleiten voor het beter faciliteren van GLI-professionals tijdens de implementatie van de GLI. De voornaamste punten voor verbetering zijn het kritisch bekijken van de huidige vergoeding en het wegnemen van onduidelijkheden door de informatievoorziening en de afstemming tussen verschillende partijen te verbeteren.

1. Introductie

In 2018 heeft de Nederlandse overheid met maatschappelijke partijen en het bedrijfsleven het Nationaal Preventieakkoord gesloten met ‘een gezonder Nederland’ als doel (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Een van de drie aandachtspunten is het voorkomen en terugdringen van overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht), omdat dit, na roken, zorgt voor het meeste ‘verlies aan gezondheid’. Dit wordt toegeschreven aan een daling in (gezonde) levensjaren door aan overgewicht gerelateerde ziekten, zoals chronisch hartfalen, hart- en vaatziekten en type 2 diabetes.

Een van de maatregelen in het Preventieakkoord is een samenwerking tussen preventie en zorg door de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor volwassenen met een indicatie sinds 1 januari 2019 te vergoeden vanuit de Zorgverzekeringswet. Dit houdt in dat volwassenen met obesitas en volwassenen met overgewicht plus een verhoogd gezondheidsrisico zoals hart- en vaatziekten of type 2 diabetes, deelname aan de GLI als behandeling vergoed krijgen. Een GLI omvat drie componenten: aandacht voor gezonde voeding, lichamelijke activiteit en gedragsverandering, en bestaat uit een behandel- en onderhoudsfase verspreid over een periode van twee jaar. Het doel is om mensen naar een gezondere leefstijl te begeleiden en zo te voorkomen dat ze een aan overgewicht gerelateerde aandoening krijgen (Loketgezondleven, n.d.; Nederlandse Zorgautoriteit, 2019).

De vergoeding van een preventieve interventie zoals de GLI is innovatief en niet onomstreden. Slechts 3 procent van het Nederlandse zorgbudget gaat naar preventie (Visser, 2018). Hoewel het Nederlands Zorginstituut de GLI reeds in 2009 als een effectieve interventie voor patiënten met obesitas en overgewicht heeft aangeduid, was er tot begin dit jaar geen structureel aanbod (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019). De vorige minister van Volksgezondheid, Edith Schippers, nam de interventie niet op in het basispakket, omdat zij gezond leven als de verantwoordelijkheid van het individu zag (Visser, 2018).

Het Loket Gezond Leven heeft drie interventies erkend die in aanmerking komen voor een vergoeding: SLIMMER, Beweegkuur en Cool (Loketgezondleven, n.d.; zie kader 1.1). De precieze voorwaarden voor vergoeding staan in de *beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie* van de Nederlandse Zorgautoriteit omschreven (NZa, 2019). Een deelnemer moet door een huisarts worden doorverwezen naar een zorgaanbieder die gekwalificeerd is om (één van) de interventies aan te bieden. Dit kunnen verschillende professionals zijn (zie kader 1.1 en figuur 1.1). De NZa stelt voor dat een GLI-uitvoerder minimaal de competenties van een hbo-leefstijlprofessional moet hebben, maar dat het aan de betrokken beroepsgroepen is om hier verdere afspraken en een overzicht van te maken voor zorgverzekeraars. Het beroep van leefstijlprofessional is nog vrij nieuw, met een beroepsvereniging die in 2015 is opgericht.

De introductie van innovaties, zoals de GLI in de gezondheidszorg, is vaak een complex proces, omdat verscheidene factoren uit de sociaal-politieke context, organisatie, aanbieders en de innovatie van invloed kunnen zijn (Fleuren, Wiefferink & Paulussen, 2004). Deze factoren kunnen de implementatie van interventies beïnvloeden en zo het uiteindelijke behandelaanbod in de weg staan. Daarom is het van belang om het implementatieproces te onderzoeken (Proctor et al., 2011).

Doel

Dit verkennende onderzoek richt zich op de ervaringen van zorgaanbieders met de introductie van de GLI in de Nederlandse gezondheidszorg. Meer specifiek gaat het over de ervaringen van partijen die een centrale rol hebben in de lokale implementatie van de GLI, in dit rapport ‘GLI-aanbieders’ en ‘GLI-professionals’ genoemd. Dit zijn bijvoorbeeld de leefstijlcoaches, interventie-eigenaren en vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en zorggroepen (zie figuur 1.1). Onder lokale implementatie verstaan we in dit rapport de vertaalslag van de beleidsregel naar concreet aanbod in de praktijk.

De deelvragen van dit onderzoek zijn:

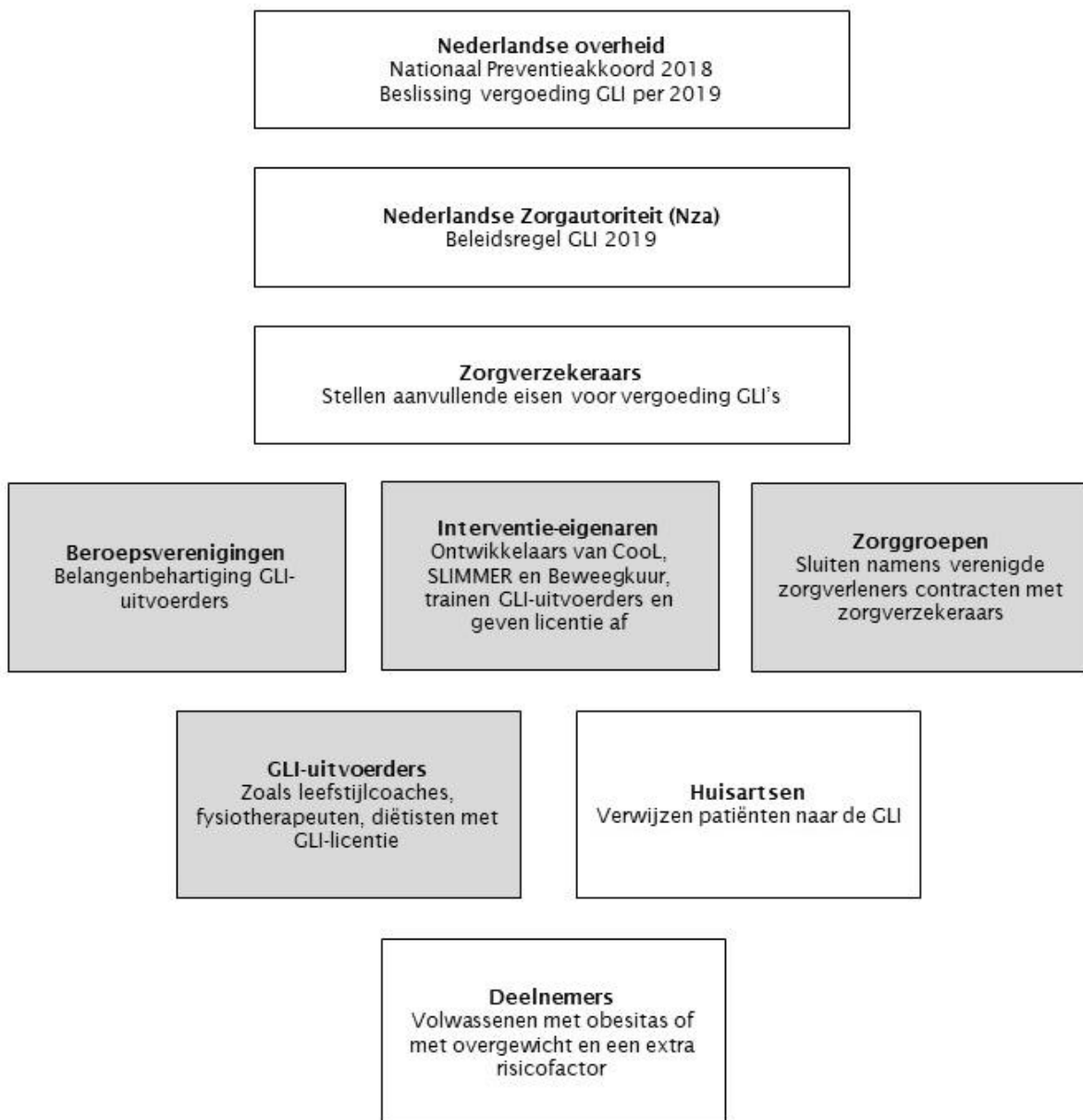
1. Wat zijn redenen voor GLI-aanbieders om de GLI aan te bieden?
2. Welke bevorderende factoren ervaren zij bij het implementeren van de GLI volgens de beleidsregel?
3. Welke barrières ervaren zij bij het implementeren van de GLI volgens de beleidsregel?
4. Wat zijn de behoeften van de GLI-aanbieders op dit moment?

Door de ervaren bevorderende en belemmerende factoren in de implementatie te onderzoeken, beogen we met dit onderzoek praktische aanknopponen te formuleren voor beleidsmakers en zorgaanbieders om de zorg voor mensen met overgewicht en obesitas te optimaliseren.

Kader 1.1 De drie gecombineerde leefstijlinterventies die sinds januari 2019 worden vergoed

Cool	Beweegkuur	SLIMMER
Cool is een tweejarige interventie die door een leefstijlcoach wordt aangeboden (Janssen & Philippens, 2018). Het programma bestaat uit een behandelfase van zes tot acht maanden en een onderhoudsfase van zestien tot achttien maanden. Beide fases bestaan uit acht groepsbijeenkomsten en twee individuele sessies.	De Beweegkuur is een eenjarige interventie (Barte, Hendriks, Rutten, Veenhof, & Bemelmans, 2014). Er zijn drie programma's te onderscheiden. Afhankelijk van het gezondheidsrisico van de deelnemer nemen zij deel aan een zelfstandig beweegprogramma, een opstart beweegprogramma of een (intensief) begeleid beweegprogramma. Deze programma's worden aangeboden door een team van een leefstijlcoach, een diëtist en een fysiotherapeut. In elk programma zijn er drie individuele sessies en zeven groepsbijeenkomsten met een diëtist. Het aantal sessies met een fysiotherapeut verschilt per programma van een tot eenendertig.	SLIMMER bestaat uit een voedings- en beweegprogramma van zes maanden en een uitstroomprogramma van achttien maanden (Duijzer, ter Beek & Haveman-Nies, 2018). In het uitstroomprogramma worden deelnemers doorverwezen naar lokaal beweegaanbod en zijn er terugkombijeenkomsten. Het voedingsprogramma wordt verzorgd door een diëtist en omvat ten minste drie individuele sessies en een groepsbijeenkomst. Het beweegprogramma wordt verzorgd door een fysiotherapeut en bestaat uit wekelijkse groepsbijeenkomsten.

Figuur 1.1 De voornaamste partijen betrokken bij de realisatie van GLI-aanbod in 2019



Toelichting: de grijs gemarkeerde partijen zijn de GLI-aanbieders die in dit rapport centraal staan.

2. Methoden

Dataverzameling

Voor dit verkennende onderzoek zijn zestien semigestructureerde interviews afgenomen met GLI-aanbieders. Onderwerpen tijdens het interview waren de verwachtingen van de GLI, eventuele betrokkenheid bij de opname in het basispakket, de betekenis van de opname in het basispakket, huidige rol en ervaringen met het aanbieden van de GLI en wensen voor de toekomst (zie bijlage 1). Deze interviews zijn afgenomen tussen maart en juni 2019 door de eerste auteur van dit rapport (KG).

Respondenten

In totaal hebben we 46 personen of organisaties benaderd voor deelname aan dit onderzoek. Dit waren aanbieders van SLIMMER, Beweegkuur en Cool, relevante beroepsverenigingen, zorggroepen en interventie-eigenaren, maar ook enkele mogelijke aanbieders en zorggroepen die bewust hebben gekozen de GLI (nu) niet aan te bieden. Uiteindelijk hebben achttien personen deelgenomen; bij twee interviews waren twee vertegenwoordigers van de organisatie aanwezig. Om een beter beeld van het onderzoeksveld te krijgen, zijn eerst twee verkennende interviews gehouden met organisaties met veel kennis over de GLI, maar zonder directe betrokkenheid. Deze respondenten noemen we in dit rapport 'stakeholders' (ST). Vervolgens zijn zes interviews gehouden met leefstijlcoaches (LC) van Cool, fysiotherapeuten (FT) van SLIMMER, diëtisten (DI) en psychologen (PS) van Beweegkuur en acht interviews met interventie-eigenaren en vertegenwoordigers van regionale ondersteuningsstructuren (ROS)¹, zorggroepen (ZG) en relevante beroepsverenigingen (BV).

Data-analyse

De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd in MaxQDA. Dit gebeurde in vier fases. In de eerste fase kregen alle bevorderende en belemmerende factoren en de redenen om de GLI aan te bieden een code. Vervolgens werd van elk interview een samenvatting geschreven, waarbij het transcript en de codes nogmaals werden gelezen. In de derde fase werden codes met elkaar vergeleken en samengevoegd wanneer zij overeenkwamen of veel overlap hadden. In de laatste fase werd het transcript nogmaals gelezen en werd gecontroleerd of de codes daadwerkelijk de inhoud van het interview reflecteerden. Codes die slechts een keer voorkwamen zijn verwijderd.

Ethische overwegingen en privacy

Alle respondenten kregen voorafgaand aan het interview een informatie- en toestemmingsbrief over het doel en de inhoud van het interview. Door de toestemmingsbrief te tekenen, ging de respondent akkoord met audio-opname van het interview. Daarnaast hebben de respondenten de samenvatting van het interview gekregen. Deze diende ter informatie en bood de respondenten de mogelijkheid om interpretaties van de onderzoeker te controleren en verbeteren. Eventuele aanpassingen zijn overgenomen. Herleidbare informatie is niet in dit rapport opgenomen.

Zie Gutter (2019) voor meer details over de methoden en theoretische achtergrond van dit onderzoek.

¹ Dit zijn netwerken die de eerstelijnszorg regionaal ondersteunen.

3. Resultaten

Hoewel vergoeding voor de GLI sinds januari 2019 in het basispakket is opgenomen, was een deel van de respondenten tijdens de onderzoeksperiode (maart-juni) nog niet in staat om de GLI daadwerkelijk aan te bieden. Vijf aanbieders hadden op het moment van het interview de GLI zeer recent geïmplementeerd en vier anderen was dit (nog) niet gelukt. De barrières die de aanbieders daarbij zijn tegengekomen, komen verderop in dit hoofdstuk aan bod. Allereerst gaan we in op de bevorderende factoren om de GLI aan te bieden.

3.1 Bevorderende factoren

De respondenten zijn positief over de huidige aandacht voor preventie in de Nederlandse gezondheidszorg. Ze beschouwen preventie als een effectief middel voor een gezonder Nederland. Bovendien zijn de respondenten positief over het besluit om de GLI te vergoeden. De belangrijkste bevorderende factor die de zorgprofessionals noemen om zelf de GLI aan te bieden, is hun 'enthousiasme' en 'passie' om mensen te helpen. Zes respondenten (LC, ZG, IE) omschrijven zichzelf als pioniers.

“Want dat is mijn passie, mensen inspireren om gezonder gedrag te vertonen en het wordt [nu] vergoed. En ik ben toen getriggerd door een andere leefstijlcoach die ook zei van ‘goh waarom beginnen jullie niet?’, dat was bij mij net van na ja ik ga het gewoon doen en laat ik daar maar pionier in zijn. Ik ben ondernemer ook, en niet geschoten is altijd mis. Dus zo is het gegaan. Nu zit ik er middenin, ben er vol voor gegaan en ik heb inmiddels bijna de tweede groep vol en de eerste is al van start gedaan.”

[Leefstijlcoach Cool]

Zij noemen hun idealisme als reden om de GLI aan te bieden, hoewel ze veel barrières en onduidelijkheden ervaren.

“Kijk het is complex, maar omdat het daarnaast nog eens heel onduidelijk is en steeds wijzigt, en nu ook die voorwaarden niet optimaal zijn voor zorgpartijen, is het op dit moment wel heel lastig om aan de slag te gaan. En zullen het vooral de pioniers zijn of de grotere aanbieders vanuit hun praktijk het kunnen veroorloven om wat te investeren, en hiermee aan de slag te gaan. Maar het gros loopt nog achter en zou wel even duren voordat die ook aanhaken. Maar uiteindelijk, ja ik ben een optimist, moet het volgens mij wel lukken.”

[Interventie-eigenaar]

De overige bevorderende factoren die de respondenten noemen, hebben dan ook vooral betrekking op de inrichting van de GLI, maar niet op de wijze waarop deze in de Zorgverzekeringswet is opgenomen en wordt geïmplementeerd. De eerste bevorderende factor is het samenwerken in een multidisciplinair team, in het geval van Beweegkuur en SLIMMER. Zo heeft een fysiotherapeut die SLIMMER aanbiedt gesteld dat de informatie en ervaringen van verschillende professionals niet alleen het eigen werkplezier verhogen, maar ook zeer behulpzaam zijn voor deelnemers.

De tweede bevorderende factor zijn de groepsbijeenkomsten die onderdeel uitmaken van de GLI. Zeven respondenten (ZG, PS, LC, FT, ST) hebben gesteld dat deze stimulerend werken voor deelnemers, omdat zij hun kennis delen, van elkaar leren, elkaar stimuleren, samen bewegen en in sommige gevallen zelfs vriendschappen sluiten. Een leefstijlcoach van Cool heeft wel aangegeven dat niet iedere deelnemer positief tegenover de groepsbijeenkomsten staat. Daar heeft een psycholoog aan toegevoegd dat het cruciaal is om individuele en groepsbijeenkomsten af te wisselen. Niet elke deelnemer wil zijn of haar zorgen met een grotere groep delen. Om vertrouwen te creëren zijn daarom ook individuele

bijeenkomsten nodig. Bovendien hebben meerdere respondenten gesteld dat groepsbijeenkomsten het voor de aanbieders makkelijker maken om de kosten van behandelingen te dekken.

3.2 Belemmerende factoren

Respondenten hebben vooral veel barrières om de GLI aan patiënten aan te kunnen bieden ervaren. Een vertegenwoordiger van een zorggroep concludeerde:

“Ik vind het niet een heel toegankelijk programma op deze manier. Niet voor patiënten, niet voor organisatoren en ook niet voor leefstijlcoaches die het willen gaan doen, want ja die weten niet of hun investering terugverdiend gaat worden. In die zin denk ik als er niks verandert dan gaat dit een dood sterven en dan is het leuk geprobeerd maar is het niet geworden. [...] Hobbels, hobbels, hobbels. Dus het is een heel leuk plan en goed initiatief maar in de uitvoering eigenlijk niet te doen.”

[Zorggroep]

De voornaamste belemmerende factoren komen in deze paragraaf aan bod.

Te snelle implementatie

Een meerderheid van de respondenten heeft gesteld dat de beleidsregel voor de vergoeding van de GLI te snel is geïmplementeerd. Zij hebben omschreven dat de tijd tussen de aankondiging van het initiatief in de zomer van 2018 en de intrede van de beleidsregel in januari 2019 te kort was om voldoende voorbereidingen te treffen. Bovendien heeft de meerderheid van de respondenten gesteld dat er in deze periode veel onduidelijkheden waren. Er was volgens hen weinig informatie beschikbaar en het was niet duidelijk bij wie zij terecht konden met vragen. Dit beschouwen de respondenten als een gevolg van de snelle implementatie: er zou vanuit de overheid geen goede voorbereiding of duidelijk plan zijn geweest.

De respondenten zijn daarom van mening dat het beter was geweest als de implementatie van de beleidsregel een jaar was uitgesteld zodat er een implementatiestrategie ontwikkeld had kunnen worden. Hierop aansluitend zien ze graag een betere informatievoorziening. Suggesties die gedaan werden zijn dat ervaringen vanuit de praktijk beter naar de overheid gecommuniceerd moeten worden en een nationale, overkoepelende organisatie meer zou moeten kunnen sturen in plaats van dat iedereen ‘zelf het wiel moet uitvinden’.

“Ja en waar het dan precies in zit, om die GLI te implementeren, is er blijkbaar nog zoveel nodig op zoveel vlakken ja als daar dus meer regie op komt, dus dat als iedereen, [men] de zorggroepen daar beter over kan informeren, de zorgverzekeraars ook wat meer stappen in nemen, en ook rondom onderzoek, nu komt het allemaal steeds achteraf. En dat is gewoon heel vervelend. Als je iets nieuws implementeert, zorg dan dat je van tevoren zeg maar klaar hebt en duidelijk, of stel minder eisen aan die uitvoering. Naja, je kunt het gewoon niet overal in het veld neerleggen vind ik, dus er of soepeler mee omgaan of gewoon op landelijk niveau veel meer al dingen uitwerken voordat het geïmplementeerd wordt.”

[Interventie-eigenaar]

Respondenten relateren verscheidene barrières aan deze snelle en onvoorbereide implementatie, zoals het ontbreken van de juiste declaratiesystemen bij zorggroepen en betrokken zorgverleners. Omdat de samenwerking tussen zorggroepen en paramedici (grotendeels) nieuw is, hadden meerdere zorggroepen ten tijde van dit onderzoek (nog) geen declaratiesysteem waar beide partijen in kunnen werken. De ontwikkeling hiervan kost veel tijd en geld en deze kosten worden niet gedekt. Voor één van de zorggroepen was dit de voornaamste reden om de GLI niet aan te bieden.

Bovendien hebben respondenten onduidelijkheid bij de landelijke monitoring en evaluatie van de GLI ervaren, die wel verplicht is gesteld. Er was gedurende het onderzoek nog geen centraal systeem om patiëntinformatie te verwerken. Dit werd door meerdere respondenten als gevolg van de snelle en onvoorbereide implementatie van de beleidsregel genoemd:

“Maar als we meer tijd hadden gehad voor de voorbereiding, hadden we een heleboel irritaties kunnen voorkomen. Er is niet nagedacht over de monitoring en evaluatie voordat we gingen starten, over EPD- [elektronisch patiëntendossier] systemen, moest allemaal, terwijl we al aan de gang waren, bedacht worden en iedereen doet er zijn best in.”

[Interventie-eigenaar]

Om toch te kunnen monitoren, hebben sommige zorgaanbieders een systeem ontwikkeld of gebruiken hun eigen bestaande systeem. Zij vragen zich af wat er met de informatie gebeurt als er een centraal systeem is ontwikkeld; gaat deze informatie verloren of kunnen zij die dan converteren?

Kritiek op de beleidsregel

In de *beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie* (NZa, 2019) staan de tarieven en prestatiebeschrijvingen voor de GLI beschreven. De respondenten hebben verschillende punten van kritiek op deze beleidsregel geuit.

Een van de voornaamste kritieken op de beleidsregel die de respondenten hebben omschreven, is dat de vergoeding niet voldoende is om de kosten van de aanbieders te dekken. Naast de behandelbijkomsten, hebben zij kosten voor de aanschaf van een licentie van een GLI, educatie voor de verplichte registratie als leefstijlcoach en afdracht van btw. Deze kosten vallen niet onder de vergoeding van de verzekeraar. Bovendien is de vergoeding gebaseerd op de interventie Cool, die alleen door een leefstijlcoach wordt aangeboden. Beweging en SLIMMER worden beide door een team van meerdere professionals aangeboden. De respondenten hebben aangegeven dat de kosten van de uitvoering van deze programma's hierdoor ook verschillen: een team moet de vergoeding delen en heeft relatief meer tijd nodig voor overleg. Daarnaast vergoeden sommige zorgverzekeraars slechts 70 procent van het vastgestelde tarief. Alle GLI-professionals hebben aangegeven aan dat ze zelf in de programma's moesten investeren.

Daarnaast is er kritiek geuit op het aantal bijeenkomsten dat wordt vergoed, namelijk twee individuele en acht groepsbijeenkomsten per deelnemer per jaar.

“Ja, nogmaals, dan gaan ze hier bewegen, hebben ze af en toe een sessie met een diëtist of leefstijlcoach, en dat is goed hè, laten we dat voorop zetten, dat dat goede eerste stappen zijn. Alleen merk je dan, zeker door de vergoedingen die in het programma zitten waardoor de intensiteit heel laag is dat je mensen kan zien, en dan ook nog eens in combinatie met weinig aan gedragsverandering, eigenlijk een aantal zaken tezamen genomen leidt eigenlijk tot van, uiteindelijk moeten ze het zelf doen en kunnen ze af en toe hier langskomen. Ja, dan moet je heel sterk in je schoenen staan en dat is juist vaak niet het geval bij dit soort mensen.”

[Psycholoog]

Twee respondenten (PS, DI) hebben gesteld dat het aantal bijeenkomsten dat vergoed wordt omhoog moet, omdat ze het huidige aantal te laag achten om een duurzame gedragsverandering bij deelnemers te bewerkstelligen. Zij twijfelen of het programma met het huidige aantal bijeenkomsten per jaar nog effectief is. Verschillende respondenten hebben verteld dat deelnemers vaak complexe zorgvragen

hebben, waar bijvoorbeeld stress, slaapproblemen, financiële problemen of bewegingsangst een rol spelen.

Er zijn enkele aanvullingen op de beleidsregel genoemd. Zo heeft de meerderheid van de respondenten gesteld dat een samenwerking met het sociale domein cruciaal is voor de GLI. Dit staat in de beleidsregel omschreven, maar maakt geen deel uit van de vergoeding. Datzelfde geldt voor het onderdeel bewegen. Volgens de respondenten trekt de GLI, zeker nu het wordt vergoed, veel deelnemers met een lagere sociaaleconomische status aan. Voor hen zou het programma effectiever zijn als zij een tegemoetkoming krijgen in de kosten voor bewegen. Drie respondenten (LC, ST) hebben daarbij gesteld dat begeleiding bij bewegen voor deze doelgroep zeer belangrijk is, omdat mensen met obesitas eerder moeite hebben met bewegen en een hoog risico op blessures hebben. Een stakeholder heeft daarbij omschreven dat het belangrijk is om fysieke activiteit laagdrempelig te houden. Een GLI-uitvoerder verleent tijdelijk gratis toegang aan de sportschool voor GLI-deelnemers. Tot slot hebben twee respondenten (FT, PS) een vergoeding voor een psycholoog als onderdeel van de GLI geopperd, omdat dan de onderliggende problematiek beter aangepakt zou kunnen worden.

Vier respondenten (FT, LC, DI, BV) hebben hun twijfels over de ingangseisen voor de opleiding tot leefstijlcoach geuit, namelijk hbo-denkniveau waarbij medische vooropleiding of ervaring geen vereiste is.

“Er wordt ook gezegd door de NZa zelf: de functie van leefstijlcoach kan verenigd zijn in meerdere personen. Dat wordt gewoon zo gezegd en ik denk ook dat dat zo is dat je idealiter, want zo doen wij dat hier ook, groepsbijeenkomsten worden de ene keer gedaan, in ons eigen programma dan, door de diëtist, de andere keer door de psycholoog of arts of ons als fysiotherapeuten; iedereen brengt zijn eigen expertise in van een vierjarige hbo- of universitaire opleiding. Ik denk dat dat veel beter is dan iemand die een jaartje en vijftien scholingsdagen, hè daar gaat het over, een cursus gevolgd heeft. En nogmaals: het is intensief en je leert een hele hoop, maar is wel anders dan de vierjarige hbo-opleiding, ben ik heel eerlijk in.”

[Fysiotherapeut]

Zij twijfelen vooral aan de expertise van leefstijlcoaches zonder medische vooropleiding of werkervaring om aan de complexe zorgvragen van deelnemers tegemoet te komen. Een leefstijlcoach heeft toegevoegd dat het risico hiervan is dat leefstijlcoaches over vijf jaar ‘het lachertje’ worden bij de verzekeraar en door huisartsen niet serieus worden genomen.

Ook hebben respondenten aangegeven dat zorgverzekeraars verschillende aanvullende eisen stellen en het hen zeer veel tijd heeft gekost om deze eisen op een rijtje te krijgen, hieraan te voldoen en vervolgens contracten met (verschillende) zorgverzekeraars te sluiten. Daarom hadden enkele zorggroepen ten tijde van dit onderzoek (nog) niet met alle zorgverzekeraars een contract afgesloten. Ook niet alle GLI-uitvoerders hadden al een contract afgesloten, waardoor deelnemers soms zelf hun kosten moeten declareren of deels zelf voor hun deelname moeten betalen. Daarom zouden de respondenten graag zien dat er een volgbeleid voor zorgverzekeraars wordt geïntroduceerd, waarbij er een contract met de grootste zorgverzekeraar in de regio wordt afgesloten en de overige zorgverzekeraars dit contract volgen.

Twijfels over continuïteit van de GLI

Deze barrières zorgen ervoor dat de respondenten twijfels hebben over de continuïteit van de GLI. Zo twijfelen aanbieders of zij door kunnen gaan met het aanbieden van het programma omdat zij de kosten niet gedekt krijgen en daardoor zelf investeringen hebben moeten doen.

“Tuurlijk zou ik het [stoppen van de vergoeding] jammer vinden, maar ik moet ook nog maar zien of ik ermee door zou gaan als het op deze manier vergoed wordt. Dus misschien trek ik de stekker eruit. Ik ga het proberen, maar als ik na een jaar zeg van dit is zo niet rendabel, ja, dan stop ik ermee. Dus ik hoop eigenlijk dat ze na een jaar iets erbij gaan doen, maar, anders weet ik niet, ik kan ook zeggen: ik heb het geprobeerd maar ga het niet zo doen. Kan ook de andere kant op werken.”

[Psycholoog]

Daarnaast houden respondenten rekening met het scenario dat de vergoeding van de GLI ingetrokken gaat worden door de huidige implementatieproblemen. Zij hopen dat de vergoeding wel wordt voortgezet, omdat hun tijds- en geldinvesteringen anders verloren gaan en ze de GLI graag willen kunnen blijven aanbieden aan hun patiënten.

4. Conclusie

Hoewel de respondenten positief zijn over de aandacht voor preventie en de vergoeding van de GLI vanuit het basispakket, ervaren de zorgaanbieders veel barrières bij het daadwerkelijk kunnen aanbieden van de GLI. De respondenten waren ten tijde van dit onderzoek nog niet of slechts recent in staat om de GLI aan te bieden en ze noemen vooral de snelle en onvoorbereide implementatie van de beleidsregel als oorzaak van deze aanlooptijd. Dit benadrukt het belang om de factoren die de introductie van innovaties in de gezondheidszorg beïnvloeden voor implementatie van de beleidsregel te verkennen. Op deze manier kan een effectieve innovatiestrategie worden ontwikkeld (Fleuren et al., 2004).

De zorgaanbieders uit dit onderzoek hebben besloten de GLI aan te bieden omdat het hun passie is om mensen naar een gezondere leefstijl te helpen en omdat ze geloven in de werking van preventie. Het enthousiasme van de aanbieders is dan ook de voornaamste bevorderende factor en dit geeft hen de motivatie om, zoals zij het zelf hebben omschreven, pionier te worden en ondanks alle ervaren barrières de GLI aan te bieden. Hun enthousiasme wordt vergroot door te werken in een multidisciplinair team. Bovendien noemen ze het organiseren van de groepsbijeenkomsten als faciliterende factor, omdat dit het voor aanbieders makkelijker maakte om kosten te dekken.

De barrières die de respondenten als gevolg van de snelle en onvoorbereide implementatie van de beleidsregel ervaren, zijn een gebrekkige informatievoorziening en het ontbreken van de juiste declaratiesystemen en een centraal systeem voor patiëntinformatie in het kader van landelijke monitoring en evaluatie. Daarnaast zijn de GLI-professionals niet geheel positief over de inhoud van de *beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie* (NZa, 2019), waarin de tarieven en prestatiebeschrijvingen staan beschreven. Het eerste punt van kritiek is dat de tarieven de implementatie- en organisatiekosten van de aanbieders niet dekken doordat zij meerdere kostenposten hebben die buiten deze vergoeding vallen. Daarnaast beschouwen GLI-professionals het programma zoals het nu wordt vergoed niet volledig genoeg om effectief deelnemers te kunnen helpen. Hiervoor zijn zowel het aantal vergoede behandelingen, het ontbreken van bewegen en psychologische ondersteuning als tijdsinvesteringen voor samenwerking met het sociaal domein genoemd. Bovendien hebben enkele GLI-professionals twijfels over het vermogen van leefstijlcoaches om deelnemers met een complexe deelvraag te helpen door de huidige ingangseisen voor de opleiding tot leefstijlcoach. Tot slot zorgen de verschillende aanvullende eisen van zorgverzekeraars voor veel onduidelijkheid en extra uitzoekwerk bij de respondenten.

Suggesties voor verbetering die zijn genoemd, sluiten op de genoemde barrières aan. Dit zijn vooral het verhogen van de vergoedingen zodat GLI-aanbieders hun kosten kunnen dekken en de implementatie van een volgebeleid voor zorgverzekeraars. Daarnaast zijn financiële tegemoetkoming voor de organisatiekosten van zorggroepen en verbeterde informatievoorziening genoemd. Hoewel de respondenten graag zien dat de vergoeding voor de GLI blijft bestaan, hopen ze ook op verbetering van de omstandigheden voor implementatie om zo de GLI aan te kunnen blijven bieden. De voornaamste punten voor verbetering zijn het kritisch bekijken van de huidige vergoeding, het wegnemen van onduidelijkheden door betere informatievoorziening en de verbetering van afstemming tussen verschillende partijen.

Referenties

Barte, J.C.M., Hendriks, M.R.C., Rutten, G., Veenhof, C. & Bemelmans, W.J.E. (2014). Implementation of the 'BeweegKuur' in practice: utilization of care of a lifestyle intervention in the Netherlands. *International Journal of Health Promotion and Education*, 52(4), 222-228, <https://dx.doi.org/10.1080/14635240.2014.912444>

Duijzer, G., Beek, J. ter & Haveman-Nies, A. (2018). *SLIMMER: Werkblad beschrijving interventie*. Geraadpleegd op 13-06-2019, van <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/42336/Beschrijving%20SLIMMER.pdf>

Fleuren, M., Wiefferink, K. & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *International journal for quality in health care*, 16(2), 107-123. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh030>

Gutter, K. (2019). *"It is a good initiative, but not feasible" The perceived facilitators and barriers in introducing reimbursed Combined Lifestyle Interventions to Dutch Healthcare* (Master thesis). Utrecht: Universiteit Utrecht & Mulier Instituut.

Janssen, E. & Philippens, N. (2018). *Cool: Werkblad beschrijving interventie*. Geraadpleegd op 13-06-2019, van <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/42335/Beschrijving%20Cool.pdf>

Loketgezondleven.nl (z.j.). *Gecombineerde leefstijlinterventie*. Geraadpleegd op 28-06-2019, van <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/gecombineerde-leefstijlinterventie>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Nationaal Preventie Akkoord: Naar een gezonder Nederland*. Geraadpleegd op 28-06-2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>

Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie BR/REG-19137*. Geraadpleegd op 28-06-2019, van http://puc.overheid.nl/doc/PUC_236692_22

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

Visser, M. (2018). *Verzekeraars gaan hulp bij overgewicht vergoeden*. Geraadpleegd op 28-06-2019, van <https://www.trouw.nl/home/verzekeraars-gaan-hulp-bij-overgewichtvergoeden-ac3cb938/>

Bijlage 1: Topiclijst

- Wat zijn uw verwachtingen van de GLI?
 - o Is het de juiste aanpak om obesitas en overgewicht te verminderen? (*Appropriateness/Acceptability**)
 - o Is het uitvoerbaar? Waarom wel/waarom niet? (*Feasibility*)
 - Hoe zit het met het kostenplaatje? (*Implementation cost*)
 - o Zullen voldoende mensen de interventies ontvangen om daadwerkelijk obesitas en overgewicht te verminderen in Nederland? (*Penetration*)
 - Zo nee, waar ligt dat aan?
 - o Zijn er voldoende aanbieders? (*Penetration/Adoption*)
 - o Wat vindt u van preventieve maatregelen in het basispakket? (*Acceptability*)

- Heeft u een rol gespeeld in het proces om GLI's in het basispakket te krijgen?
 - o Hoe stonden jullie tegenover dit besluit?
 - o Wat waren daarin moeilijkheden? Waar liepen jullie tegenaan?
 - o Wat waren daarin positieve ontwikkelingen en factoren?

- Nu zijn GLI's in het basispakket opgenomen. Wat betekent dat voor de GLI's?
 - o Hebben nu meer mensen toegang tot GLI's?
 - o Waarom wel, of waarom niet?
 - o Wat zijn de grootste veranderingen ten opzichte van de situatie waarin de GLI's niet in het basispakket zaten?

- Wat is uw huidige rol in het aanbieden van GLI's?
 - o Welke GLI biedt u aan? Waarom? Waarom andere niet? (*Adoption*)
 - o Wat zijn positieve factoren in de huidige organisatie van de GLI's?
 - o Wat zijn negatieve factoren in de huidige organisatie van de GLI's? Moeilijkheden?

- Wat zijn uw wensen voor nu? Welke verbeteringen zou u graag willen zien?

* Deze topiclijst is samengesteld aan de hand van het concept *implementation outcomes* van Proctor et al. (2011). *Implementation outcomes* zijn de noodzakelijke randvoorwaarden voor de effectiviteit van een interventie, omdat een interventie niet effectief kan zijn als deze niet juist geïmplementeerd is. Zie Gutter (2019) voor meer uitleg.

