

# Gecombineerde Leefstijlinterventie & optimale aanpak overgewicht en obesitas

Door Dr. Karen Freijer, Partnerschap Overgewicht Nederland<sup>i</sup>

## Wat is GLI?

De afkorting GLI staat voor Gecombineerde Leefstijlinterventie. Een GLI is gericht op gedragsverandering om een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden. Zo'n interventie bestaat minimaal uit aandacht voor gedragsverandering op het gebied van voeding (verminderen energie-inname via gezonde voeding) en beweging (verhogen lichamelijke activiteit), waarbij ook factoren zoals stress en slaap worden meegenomen. De meeste paramedici op het gebied van voeding (diëtist) en sommigen op gebied van beweging (beweeg(zorg)professional) werken al jaren op deze wijze waarin deze componenten in samenhang worden aangeboden omdat het gezondheidseffect groter is dan gedragsverandering t.a.v. alleen voeding of beweging (Seidell, 2010; van der Meer, 2009)

## Individuele interventie

Een GLI kan in verschillende vormen individueel of in groepsverband worden aangeboden. Zo bestaan er bijvoorbeeld GLI programma's, GLI op maat en een intensieve GLI (GLI plus)<sup>ii</sup>. [Een GLI programma](#) is een vast zorgprogramma en wordt meestal in groepsverband aangeboden. De deelnemers worden begeleid bij de gedragsverandering die nodig is om een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden. Per 1 januari 2019 wordt een aantal door het RIVM erkende GLI programma's voor volwassenen vanuit de basisverzekering vergoed indien voldaan wordt aan de daarvoor geldende indicatiecriteria, zoals vermeld in de zorgstandaard obesitas bij volwassenen. Een herziene versie van deze zorgstandaard zal in 2022 verschijnen. De gezonde leefstijladviezen in deze vergoede GLI programma's zijn gebaseerd op de [Richtlijn Goede Voeding \(Schijf van 5\)](#) en de [Richtlijn Gezond Bewegen](#). Bij aanwezigheid van co-morbiditeit(en) kan aanvullende zorg ingezet worden via de huisarts of medisch specialist, die vergoed wordt zoals geregeld is in de zorgverzekeringswet (Zvw). Te denken valt aan dieetadvies ([diëtist](#)) of specifiek beweegadvies bij inspanningsbeperking (oefen-/fysiotherapeut).

*Bij een GLI op maat* is de inzet op de componenten van een GLI meer flexibel en aangepast aan de behoefte, wensen en mogelijkheden van de betreffende persoon. Dit kan gaan over inhoud, duur, frequentie en intensiteit. Meestal wordt zo'n GLI individueel aangeboden door paramedici en vergoed zoals geregeld is in de zorgverzekeringswet (Zvw).

*Een GLI plus* is een intensief GLI programma waarin deelnemers met obesitas vanaf klasse 2 (tabel 1) begeleid worden door paramedici op het gebied van voeding (diëtist), beweging (fysiotherapeut) en gedrag (psychotherapeut) en waarin cognitieve gedragstherapie een vast onderdeel is. In een derdelijnszorg centrum zijn inmiddels goede resultaten behaald met een dergelijk programma: na 75 weken behandeling bedroeg de gemiddelde gewichtsafname (met behoud van spiermassa!) ruim 5%. Deelnemers ontwikkelden een gezonder eet- en beweegpatroon. Er was gemiddeld genomen sprake van verbetering van de lichaamssamenstelling en van metabole parameters zoals glucose- en cholesterolwaarden, leverenzymen en immunologische parameters. Ook de kwaliteit van leven verbeterde, evenals de mate van ervaren stress en depressieve klachten.

De GLI bestaat dus niet, net zo min als dat een GLI gezien kan worden als ‘the Holy Grail’. Dat is het niet. Een GLI is ‘slechts’ één van de vele mogelijke behandelingen in de totale individuele behandeling van:

- Personen met **overgewicht** (tabel 1) **waarbij ook al sprake is van** een *ernstig vergrote buikomvang* (tabel 2) *en/of co-morbiditeit(en)*, zoals hart-vaataandoeningen, apneu, artrose etc.
- Personen met **obesitas** (tabel 1)

Tabel 1: Classificatie BMI volwassenen

Categorie	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
Ondergewicht	<18,5
Normaal (gezond) gewicht	18.5-24.9
Overgewicht	25-29.9
Obesitas klasse 1	30-34.9
Obesitas klasse 2	35-39.9
Obesitas klasse 3	>40

Tabel 2: [Classificatie buikomvang volwassenen](#)

	Mannen	Vrouwen
Normale buikomvang	< 94 cm	< 80 cm
Vergrote buikomvang	94 – 102 cm	80 – 88 cm
Ernstig vergrote buikomvang	≥ 102 cm	≥ 88 cm

N.b. Bij personen met een verhoogde BMI (< 35 kg/m<sup>2</sup>) kan een verhoogde buikomvang een groter risico betekenen op het ontwikkelen van cardiometabole complicaties. Daarnaast kan een toename in buikomvang indicatief zijn voor een toename in buik- of visceraal vet en een verhoogd risico op cardiometabole complicaties bij patiënten met een normale BMI (Yusuf, 2004).

### GLI is zorggerelateerde preventie

Bovenstaande behoort tot de zgn. [zorggerelateerde preventie](#): acties die zich richten op *personen met een ziekte* (zoals obesitas) *of aandoening* (zoals overgewicht waarbij al sprake is van een ernstig vergrote buikomvang en/of co-morbiditeit(en)) *om ‘erger’ te voorkomen* zoals complicaties, fysieke en/of mentale beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Deze preventieve acties zijn dus onderdeel van de (para)medische zorg, net zoals dit geldt voor iemand met de ziekte hartfalen of een aandoening als verhoogde bloeddruk.

Iemand met overgewicht (BMI  $\geq$  25) die nog geen ernstig vergrote buikomvang (tabel 2) heeft – risicofactor en daarmee voorspellende waarde voor gezondheidsrisico - of waarbij nog geen co-morbiditeiten aanwezig zijn, heeft nog geen (para)medische zorg nodig. Om echter te voorkomen dat deze persoon in de toekomst wel een ernstig vergrote buikomvang en/of co-morbiditeiten ontwikkeld, is het belangrijk dat deze persoon algemeen gezonde *leefstijladviezen* krijgt, de zgn. geïndiceerde preventie (figuur 1): individuele leefstijladviezen volgens de Schijf van 5 en de Beweegrichtlijn, waarbij de betreffende persoon nog niet in aanmerking komt voor een aanpak door professionals in het medische domein, zoals een vergoed GLI programma.



**Fig. 1:** verbindingen tussen doelgroepen (gezonde bevolking, bevolking met verhoogd risico, individu met beginnende klachten, individu met een ziekte), vormen/indelingen van collectieve preventie (universeel en selectief) en individuele preventie (geïndiceerd en zorggerelateerd) en financiers van preventie (overheid, zorgverzekeraar of gemeente)

Met preventie wordt in de ‘volksmond’ meestal bedoeld het volledig voorkomen van het ontstaan van overgewicht en obesitas. Acties in dat kader behoren tot de zgn. collectieve (universele en selectieve) preventie (figuur 1): acties gericht op de gezonde bevolking (of delen daarvan) waarmee de gezondheid actief bevorderd en beschermd wordt (bijv. Rijksvaccinatieprogramma), alsmede op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico om te voorkomen dat deze groepen daadwerkelijk ziek worden (bijv. griepvaccinatie). Ook maatregelen voor het tot stand komen van een gezonde leefomgeving waarin het aanbod van gezonde voeding, voldoende lichamelijke beweging en ontspanning de basis vormen, valt onder deze collectieve preventie.

## Individuele en collectieve preventie: beide noodzakelijk

Om de gestelde doelen aangaande overgewicht en obesitas in het Nationaal Preventie Akkoord te kunnen behalen, zal ingezet moeten worden op maatregelen in zowel de collectieve preventie als de [individuele](#) (geïndiceerde en zorggerelateerde) preventie. Het is EN - EN en niet OF – OF. Prof. dr. Liesbeth van Rossum heeft dit onlangs mooi verwoord in het [interview](#) in de Volkskrant op 30 oktober 2021 jl.: “*het bad moet leeg* (geïndiceerde & zorggerelateerde preventie) *EN de kraan moet dicht* (collectieve preventie)”. Hierbij is het van groot belang dat ernstig overgewicht (obesitas) als een ziekte behandeld wordt; het is immers [opgenomen in de Internationale Classificatie van Ziekten \(ICD\)](#).

## Ziekte met onderliggende factoren vergt integrale benadering

Ernstig overgewicht (obesitas) is een complexe ziekte. Dit komt vooral door de vele mogelijke onderliggende oorzaken, maar ook bijdragende en in standhoudende factoren die een rol kunnen spelen. Een ongezonde leefstijl is de meest voorkomende oorzaak, hoewel dit vaak in combinatie gaat met psychische, medicamenteuze en/of hormonale oorzaken. De leefstijl (letterlijke vertaling: manier van leven) kan op zijn beurt weer beïnvloed worden door zaken als schuldenproblematiek, armoede, eenzaamheid, verminderde participatie, laaggeletterdheid, etc. Ook hiermee dient rekening gehouden te worden in de aanpak van het probleem overgewicht en obesitas. Er zijn dus vele factoren die afvallen juist tegenwerken en het overgewicht daarmee in stand houden. Deze factoren zijn grofweg te verdelen in zeven categorieën: *leefstijl, sociaal economisch, psychisch, medicamenteus, hormonaal, hypothalaam, (mono)genetisch/syndroomaal* ([tabel](#)).

Vanuit de zorggerelateerde preventie, zal de zorgprofessional een optimale behandeling van (ernstig) overgewicht moeten inzetten die aansluit bij de geldende [richtlijn](#) en [zorgstandaard](#) (beide zullen in 2022 in herziene versie verschijnen). De eerste stap in de behandeling van een aandoening of ziekte is het doen van een gedegen diagnose, dat zou niet anders moeten zijn bij overgewicht en obesitas. Alleen dan kan bepaald worden welke van de eerdergenoemde mogelijke oorzaken, bijdragende en/of in standhoudende factoren een rol spelen bij de betreffende persoon om zo de juiste zorg/hulp op het juiste moment te kunnen inzetten. Momenteel wordt hard gewerkt aan een ‘checklijst factoren’ waarmee de eerste screening gedaan kan worden op mogelijke aanwezige factoren. De inzet van een GLI is dan een mogelijke behandeling als een ongezonde leefstijl een onderliggende oorzaak is. Om zo’n GLI een kans van slagen te geven is het dan wel van belang dat de genoemde mogelijke andere oorzaken, bijdragende en/of in stand houdende factoren, onderzocht en onderdeel van het behandelplan zijn, zodat deze geen belemmering (meer) vormen om gewichtsafname te realiseren door leefstijlinterventies. Iemand die bijvoorbeeld medicatie gebruikt met een gewichtverhogende bijwerking zal veel minder effect hebben van een GLI als hiermee geen rekening gehouden wordt door samen met de (huis)arts naar [alternatieven](#) te zoeken (in de komende herziene richtlijn en zorgstandaard obesitas wordt uitgebreidere informatie verstrekt). Een ander voorbeeld is laaggeletterdheid of schuldenproblematiek; alleen als ook hulp geboden wordt voor dergelijke problematiek, kan een GLI zijn doel bereiken. Uit ervaringen in de praktijk weten we dat er veel uitval is bij vergoede GLI programma’s omdat hieraan geen aandacht besteed is in de totale behandeling van

overgewicht en obesitas. Er wordt nu te vaak gedacht dat de vergoede GLI programma's DE behandeling is bij de complexe ziekte obesitas en overgewicht.

## Effectiviteit

Daarnaast zijn de vergoede GLI programma's nog heel 'jong' (per januari 2019 in de basisverzekering) en werd de inzet hiervan bemoeilijkt door Covid-19. Hierdoor is het onmogelijk om goede conclusies te trekken qua praktijkresultaten. Desondanks heeft de [laatste evaluatie](#) laten zien dat de inzet van de vergoede GLI programma's verdubbeld is. Tevens kan niet gezegd worden dat er geen bewijs is voor effectiviteit. Het RIVM heeft een zorgvuldig en uitgebreid [traject](#) waarin aangemelde GLI programma's als ook andere leefstijlinterventies zorgvuldig en uitgebreid beoordeeld worden op verschillende aspecten, waaronder effectiviteit. Pas bij het krijgen van een volledige erkenning, wordt zo'n GLI programma vergoed vanuit de basisverzekering.

Alle [erkende interventies](#), zoals vergoede GLI programma's, hebben tot doel om de gezondheid van de betreffende persoon te verbeteren. Ook bij personen met overgewicht en obesitas is 'gezond' gewichtsverlies (dit betekent met behoud van spiermassa!) niet de enige graadmeter van een verbeterde gezondheid. Inderdaad is bekend uit de wetenschap dat bij een gewichtsverlies van  $\geq 5\%$  na één jaar behandeling leidt tot een afname van het cardiovasculair risico (Zomer, 2016). Een betere graadmeter voor dit risico is echter de buikomvang en niet het gewicht per se. Gewicht wordt vnl. gevormd door de aanwezige hoeveelheid vet-, spier- en watermassa in het lichaam, waarbij spiermassa veel meer weegt dan het schadelijke vet (buikomvang-tabel 2). Dus alleen een afname van gewicht, waarbij de spiermassa onveranderd is, geeft aan dat de schadelijke vetmassa zeer waarschijnlijk verminderd is (hierbij ervan uitgaan dat er geen vochtretentie aanwezig was). Dit *gezonde gewichtsverlies* zal vaak samengaan met een reductie van de buikomvang. Aangezien obesitas van nature een progressieve ziekte is kan stabilisatie van eerdere gewichtstoename daarom ook als succesvol worden beschouwd. Zo is uit recent onderzoek gebleken dat de kans op progressie van knie artrose 7% is bij de groep die stabiel blijven in gewicht, terwijl deze kans 18% is bij de personen die in 2,5 jaar in gewicht toenamen (Landsmeer, 2018). Een ander onderzoek laat zien dat een gewichtsstabilisatie het risico op diabetes type 2 (co-morbiditeit) en andere cardiovasculaire risicofactoren vermindert (Zomer, 2016; Lean, 2018). Uitkomstmaten als stabilisatie van gewicht, gereduceerde buikomtrek, verbetering op gebied van co-morbiditeit en verbetering van kwaliteit van leven zijn dus alle indicaties van een verbeterde gezondheid.

## Samenvatting

- Obesitas is een ziekte en zal als zodanig behandeld moeten worden, net als dat gebeurt bij andere ziekten.
- Overgewicht en obesitas zijn complexe aandoeningen waarvoor meerdere oorzaken mogelijk zijn en waarbij vele factoren van invloed kunnen zijn. Een goede diagnose is daarom een belangrijke eerste stap in de behandeling om de juiste hulp/zorg op het juiste moment te kunnen bieden. De verbinding tussen het medische en sociale domein is in deze aanpak cruciaal omdat vaak sociaal economische problematiek aanwezig is.
- Een GLI is 'slechts' één van de mogelijke interventies in de totale behandeling binnen de zorggerelateerde preventie waarvan de verantwoordelijkheid ligt bij de zorg

- De conclusie dat een vergoed GLI programma niet werkt en onzinnig is, is ongegrond; het programma is nog heel jong, Covid-19 gaf vele belemmeringen, wordt nu vaak gezien als *DE* behandeling terwijl zo'n programma alleen kan werken als alle mogelijke oorzaken, bijdragende en in standhoudende factoren onderzocht zijn en deel uitmaken van de totale behandeling (een goede diagnostisering met daarop aangepaste inzet zorg en hulp is noodzakelijk).  
De vraag is dan ook: worden wel de juiste patiënten naar een vergoed GLI programma doorgestuurd en wordt tijdig extra zorg ingezet zoals beschreven onder [indicaties voor aanvullende zorg](#) bij zo'n programma? Bij de aanwezigheid van co-morbiditeit kan dit nodig zijn. Denk bijvoorbeeld aan een (specialistisch) dieetadvies (diëtist). Of als er sprake is van een deelnemer met een inspanningsbeperking (oefen-/fysiotherapeut). De richtlijn Goede Voeding en Gezond Bewegen zijn dan niet voldoende.
- Niets doen is geen optie en alleen inzetten op collectieve preventie ('kraan dicht') is ook onvolledig. Zowel inzetten op individuele ('bad leeg') als op collectieve preventie is noodzakelijk om een optimale aanpak van overgewicht en obesitas te kunnen bewerkstelligen, waarmee de doelstellingen vanuit het Nationaal Preventie Akkoord behaald kunnen worden.

### **Referenties:**

Landsmeer, M.L.A., de Vos, B.C., van der Plas, P. et al. (2018). Effect of weight change on progression of knee OA structural features assessed by MRI in overweight and obese women. *Osteoarthritis Cartilage*, 26(12): 1666-1674

Lean, M. E., Leslie, W. S., Barnes, A. C., et al. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet* (London, England), 391(10120), 541–551.

Seidell, J., Halberstadt, J., Niemer, S., et al. (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland

Van der Meer, F.M., Ligtenberg, G., Staal, P.C. (2009). *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen

Volkskrant 30 okt 2021: <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/obesitaspatienten-moeten-van-hun-arts-mededogen-en-een-serieuze-behandeling-krijgen~b2da105f/>

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., et al. & INTERHEART Study Investigators (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* (London, England), 364(9438), 937–952.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

Zomer, E., Gurusamy, K., Leach, R. et al. (2016). Interventions that cause weight loss and the impact on cardiovascular risk factors: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(10); DOI:10.1111/obr.12433

---

<sup>i</sup> [Partnerschap Overgewicht Nederland](#) is de koepelorganisatie van de beroepsverenigingen van de medici en paramedici, Zorgverzekeraars Nederland, GGD-GHOR en patiëntenverenigingen die allen betrokken zijn bij beleid en zorg voor overgewicht en obesitas in Nederland.

<sup>ii</sup> De uiteindelijke terminologie en indicatiecriteria zullen in de herziene richtlijn obesitas (2022) verder vorm krijgen