

Routekaart Leefstijlgeneskunde: zorg voor de toekomst

Anno 2021 is niet meer de vraag óf maar hoe leefstijlgeneskunde binnen nu en 5 tot 10 jaar een gevestigde plek krijgt in de huisartsen- en medisch specialistische zorg. Om dit vorm te geven, is een routekaart opgesteld met input van vele partners en leden van Lifestyle4Health en Vereniging Arts en Leefstijl en andere partijen in en om de Nederlandse gezondheidszorg.

Het Lifestyle4Health platform en Vereniging Arts en Leefstijl roepen alle belanghebbenden op om de komende jaren samen invulling te geven aan deze routekaart. Implementatie van leefstijlgeneskunde in de Nederlandse gezondheidszorg is immers het werk van en voor velen.

Als alle belanghebbenden zichtbaar maken wat ze op deze routes al oppakken en wat nog hard nodig is, dan krijgen we overzicht waar successen behaald zijn of te behalen zijn en waar knelpunten liggen. Zo kunnen we samen de route naar leefstijlgeneskunde beter richting geven en versnellen.

Namens het Lifestyle4Health platform en Vereniging Arts en Leefstijl,

Dr. Hanneke Molema

Dr. Marjan van Erk

Drs. Iris de Vries

Waarom leefstijlgeneeskunde?

De **Nederlandse gezondheidszorg staat onder druk**. Het is de vraag in hoeverre we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid ook in de toekomst kunnen borgen. Het is 5 voor 12 voor de toekomst van de zorg, stellen Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit¹. Door stijgende zorguitgaven (116 miljard in 2020)², vergrijzing en daarmee samenhangende ouderdomsziekten (momenteel is een op de vijf Nederlanders 65-plus)³, toename van het aantal mensen met een chronische ziekte (bijna 10 miljoen)⁴, steeds nijpender personeelstekorten en niet te vergeten de covid-19 pandemie schuurt, piept en kraakt het stelsel. Om de groei van de zorg te begrenzen moeten we beter kiezen waar onze prioriteiten in de zorg liggen, stelt de WRR⁵.

Preventie is een veelgenoemd en voor de hand liggend antwoord op vragen over de toekomst van de zorg. Aandoeningen die voorkómen kunnen worden, behoeven immers geen behandeling en genezing. Een volgend kabinet moet de zorg kantelen richting preventie en investeren in gezondheid, stelt een brede coalitie van maatschappelijke organisaties waaronder de SER, GGD GHOR Nederland en de Federatie voor Gezondheid⁶. **Voorzorg, als alternatief voor nazorg**, biedt perspectief op meer gezondheid, meer zelfmanagement en eigen regie van burgers en patiënten, beter passende zorg, minder medicatie en milieuvervuiling, meer werkplezier voor zorgprofessionals en een mogelijk afnemende zorgvraag en daarmee samenhangende zorguitgaven.

Preventie wordt vaak in een adem genoemd met leefstijl en speelt zich af binnen en buiten de gezondheidszorg. Onderwijs, werk, de inrichting van de leefomgeving evenals het voedselaanbod, zoals in supermarkten, zijn mede van invloed op de manier waarop mensen leven en de volksgezondheid. Hoger opgeleiden leven bijvoorbeeld langer en in goede gezondheid dan lager opgeleiden, in woonwijken met goede fietspaden wordt meer gefietst en in kantines zonder frituur eten werknemers tussen de middag geen kroketten. **Preventie gaat verder over het voorkómen van ziekte en risicovol gedrag dat daartoe kan leiden**. De overheid speelt in de publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding een belangrijke rol met collectieve preventie die zich richt op de gezonde bevolking en risicogroepen.

Vanuit de gezondheidszorg geven zorgprofessionals invulling aan preventie voor individuen met beginnende klachten of ziekte. Dit wordt ook wel geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie of **leefstijlgeneeskunde** genoemd.

***Definitie leefstijlgeneeskunde:** Geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie gericht op het ondersteunen van het individu met bestaande gezondheidsproblemen met als doel genezing (waar mogelijk), het terugdringen van ziektelast of ziekteverschijnselen, het verminderen van complicaties en het afnemen van het gebruik van medicatie⁷.*

Waarom deze routekaart?

Leefstijlgeneeskunde verdient een prominente plek binnen de zorg, vinden steeds meer wetenschappers, politici, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, burgers en patiënten⁸. In veel gevallen gaat het om (combinaties van) interventies gericht op anders eten, stoppen met roken, minder alcohol, meer bewegen, beter slapen en ontspannen. **Leefstijl hoort een gelijkwaardige plaats te krijgen in de curatieve zorg naast medicatie**, medische ingrepen en medtech. Als onderdeel van de behandeling van leefstijl gerelateerde aandoeningen. Volstrekt regulier, wetenschappelijk onderbouwd en vergoed. Leefstijl, medicatie, medische ingrepen en medtech werken samen. Deze verschillende vormen van geneeskunde dienen daar ingezet te worden waar ze passend zijn en de behandeling effectiever maken. Steeds meer artsen verwoorden het als: 'leefstijlgeneeskunde is de zorg die wij plegen te bieden'. Tegelijkertijd is implementatie van leefstijlgeneeskunde in de Nederlandse gezondheidszorg niet alleen het werk van artsen, maar het werk van en voor velen.

Dit bracht ons tot de centrale vraag: ***hoe kunnen we de ontwikkelingen in leefstijlgeneeskunde richting geven en versnellen, zodat leefstijl binnen 5-10 jaar standaard en erkend onderdeel is van de huisartsen- en medisch specialistische zorg?***

Deze vraag is gesteld aan vele partners en leden van Lifestyle4Health en Vereniging Arts en Leefstijl en aan belanghebbenden vanuit de Nederlandse gezondheidszorg. **Op basis van gesprekken met hen is deze routekaart opgesteld**, met steun van Noaber. De routekaart omvat **vijf routes** die veelal ziekte specifiek ingevuld moeten worden. We stellen voor hiermee te beginnen bij vijf aandoeningen waarbij de toegevoegde waarde van leefstijlgeneeskunde (steeds meer) is aangetoond in de wetenschap en/of praktijk en waarmee we de komende vijf jaar al een belangrijk verschil kunnen maken: diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, maag- en darmaandoeningen, longziekten en psychische aandoeningen.

Route 1: Implementeren wat werkt met passende bekostiging

Van een scala aan leefstijlinterventies en -programma's zijn de effectiviteit en toegevoegde waarde (wetenschappelijk) bewezen. Laten we inzichtelijk maken wat werkt voor wie en in welke context en dat snel implementeren in de praktijk van de curatieve zorg.

Succesvol implementeren in de zorgpraktijk valt of staat daarnaast bij passende bekostiging. Vaak is het de vraag welke dekking passend is in de basisverzekering, welke betaaltitels gebruikt kunnen worden, wat passende beleidsregels zijn en welke declaratievoorwaarden gelden. Deels kan leefstijlgeneeskundige zorg worden vergoed vanuit de bestaande bekostiging van de huisartsenzorg of diagnose-behandel-combinaties (dbc's). Voor zover het zoeken is naar mogelijkheden tot andere of aanvullende vergoeding, moeten businesscases en financieringsmodellen uitgewerkt en bekostiging geregeld worden. Hierbij behoeven samenwerking en substitutie veel aandacht. Leefstijlgeneeskunde impliceert namelijk vaak samenwerken tussen en verwijzen naar verschillende disciplines en over echelons heen, ook buiten de zorg, bijvoorbeeld het sociale domein. Hiervoor moet ruimte zijn in de

praktijk. Veel zorgprofessionals hebben nu echter nog te weinig (mentale) ruimte, tijd en bovendien geen betaaltitel om een ander gesprek te voeren met collega's en patiënten.

Daarbij zal leefstijlgeneeskunde een verschuiving teweegbrengen van zorg uit de tweede naar de eerste en de nulde lijn, en behandelingen die 'makkelijk geld opleveren' vervangen. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat huisartsen die inzetten op demedicaliseren minder verwijzen naar medisch specialisten. Dit kan pijn doen. Dit alles vergt samenwerking tussen en met de betrokkenen en partijen die verantwoordelijk zijn voor het zorgstelsel.

Route 2: Onderzoeken wat we nog niet weten

Goed wetenschappelijk onderzoek vormt de basis voor leefstijlgeneeskunde in de praktijk. We weten al veel uit onderzoek, maar nog niet genoeg. Gebrek aan wetenschappelijk bewijs remt de acceptatie en implementatie van leefstijlgeneeskunde in de praktijk en het opnemen van de kennis in richtlijnen en zorgstandaarden. Onder andere zijn langjarige studies nodig naar de aard en het effect van voedingspatronen of beweeginterventies bij specifieke aandoeningen of doelgroepen, evenals onderzoek naar de vraag wie wat het meest effectief kan doen en op welke manier, bijvoorbeeld met behulp van eHealth. Ook is overzicht nodig van alle reeds lopende studies gericht op leefstijlgeneeskunde. Dit overzicht ontbreekt nu, terwijl steeds vaker nieuwe studies worden gestart.

Onderzoek, zeker langjarige studies, is niet gratis. Dit betekent dat er gezocht moet worden naar middelen in de vorm van subsidies of een nieuw te ontwikkelen (Rijks) gefinancierde programma's. Minimaal voor elk van de vijf eerdergenoemde ziektebeelden dient een onderzoeksagenda te worden opgesteld. Deze richt zich specifiek op het genereren van kennis en kwalitatief hoogwaardige wetenschappelijke bewijsvoering, hetgeen vereist is voor richtlijnontwikkeling en brede implementatie en waarom zorgprofessionals vragen. Tevens moeten wetenschappers duiden wat 'goed leefstijlgeneskundig onderzoek' is, wat passende uitkomstmaten zijn en wat passende onderzoeksmethoden zijn.

Route 3: In richtlijnen & zorgstandaarden komen

Richtlijnen en zorgstandaarden zijn inhoudelijk leidend in de zorg en een richtsnoer voor zorgprofessionals. Ook zijn ze het directe aanknopingspunt voor vergoeding van leefstijl als behandeloptie. Het is daarom essentieel dat wetenschappelijk bewezen leefstijlinterventies worden opgenomen in richtlijnen en zorgstandaarden, of addenda hierop. Dit zal alleen gebeuren als ter zake deskundigen deel kunnen uitmaken van richtlijn-ontwikkelcommissies, bestaande evidentie wordt gebruikt en voldoende kwalitatief goed nieuw onderzoek wordt uitgevoerd en gepubliceerd in *peer-reviewed* wetenschappelijke tijdschriften.

Route 4: Kennis delen en vaardigheden aanleren

Om kennis op het gebied van leefstijlgeneeskunde te kunnen delen zijn getrainde docenten, onderwijsmodules en instrumenten nodig in het standaard curriculum geneeskunde evenals in andere mbo-, hbo- en academische opleidingen, bij- en nascholingen voor zorgprofessionals. Bijvoorbeeld om kennis en vaardigheden over te dragen over het gesprek met en de begeleiding van patiënten en het

belang van de context waarin zij leven. Studenten, zorgprofessionals en anderen die werken in en om de zorg moeten zich kunnen scholen en verdiepen in leefstijlgeneskunde, waarbij het streven is te professionaliseren zonder te medicaliseren. Daarnaast moet materiaal ontwikkeld worden om patiënten te informeren, te inspireren en concreet handelingsperspectief te bieden. Dit gaat niet alleen om leefstijlfactoren, maar kan ook gaan over hoe mensen eHealth kunnen gebruiken en hoe ze met eigen gezondheidsdata om kunnen gaan en ervan kunnen leren.

Route 5: De noodzaak tot leefstijlgeneskunde zo klein mogelijk maken

Hoe meer ziekte we kunnen voorkómen, hoe minder de curatieve zorg hoeft te repareren. Om de premisse van leefstijlgeneskunde te realiseren is het daarom essentieel dat zorgprofessionals, burgers, patiënten, beleidsmakers en financiers zich beseffen dat gezondheidswinst via gedragsverandering meer nodig heeft dan enkel interventies. Zonder gezondere samenleving en leefomgeving dragen we water naar de zee. Het moet aantrekkelijk zijn om gezond te leven, zoals met verleidelijke, betaalbare en toegankelijke keuzes. De overheid kan dit mogelijk maken met wet- en regelgeving, maar ook bedrijven en industrie, en niet in de laatste plaats burgers zelf, hebben hierin een verantwoordelijkheid. Leefstijlgeneskunde begint binnen de curatieve zorg en reikt tot het Nationaal Preventieakkoord⁹, programma's en organisaties op wijk- en regioniveau en levens van individuen. Leefstijl is de basis voor gezondheid in het algemeen en de medische praktijk in het bijzonder, juist nu en in de toekomst.

¹ Zorginstituut Nederlands en Nederlandse Zorgautoriteit. Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu. November 2020. Te raadplegen via: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/11/30/zorginstituut-en-nza-schetsen-in-advies-randvoorwaarden-passende-zorg>

² CBS, 29 juni 2021. Zorguitgaven, inclusief steunmaatregelen, stegen in 2020 met 8,3%. Te raadplegen via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/26/zorguitgaven-inclusief-steunmaatregelen-stegen-in-2020-met-8-3-procent>

³ CBS, 2021. Hoeveel ouderen zijn er in Nederland? Te raadplegen via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>

⁴ RIVM, Volksgezondheidszorg.info, 2021. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Te raadplegen via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#!node-aantal-mensen-met-chronische-aandoening-bekend-bij-de-huisarts>

⁵ WRR. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Rapport nr 104, 2021. Te raadplegen via: <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>

⁶ SER, GGD GHOR Nederlands, Federatie voor Gezondheid, e.a., 19 mei 2021. Naar een gezond en vitaal Nederland: zet in op verankering, verdieping en verbreding van preventie in de samenleving. Brief aan de informateur. Te raadplegen via: <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/preventieakkoord-verbreden>

⁷ ZonMW 2019, Definitie leefstijlgeneskunde in subsidieoproep leefstijlgeneskunde, via <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/preventie-in-de-zorg/leefstijlgeneskunde/>

⁸ Lifestyle4Health platform, maart 2018. Manifest voor Leefstijlgeneskunde. Leefstijlgeneskunde: nodig voor fundamentele omslag in de gezondheidszorg(kosten). Te raadplegen via: <https://lifestyle4health.nl/wp-content/uploads/2018/06/Manifest-Leefstijlgeneskunde.pdf>

⁹ Nationaal Preventieakkoord, 2018. Naar een gezonder Nederland. Te raadplegen via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>