



Partnerschap Overgewicht Nederland:
**ketenzorg voor
overgewicht en obesitas**

Uitgangspunten en positionering ten opzichte van andere
ontwikkelingen in de publieke en curatieve zorg

november 2008

Partnerschap Overgewicht Nederland: ketenzorg voor overgewicht en obesitas

Uitgangspunten en positionering ten opzichte van andere ontwikkelingen in de publieke en curatieve zorg

Jutka Halberstadt
Jaap Seidell
Remy HiraSing
Corry Renders
Annemiek van Bolhuis
(managementteam PON)

Amsterdam, november 2008



Inhoud

1. Achtergrond	4
1.1 Feiten over overgewicht en obesitas	4
1.2 Beleid ministerie van VWS	4
1.3 Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico	5
1.3.1 Volwassenen	5
1.3.2 Kinderen	7
2. Doelstellingen	8
2.1 Hoofddoelen	8
2.2 Stappenplan	9
3. Ketenzorg	10
3.1 Preventie van overgewicht en obesitas	10
3.2 Implementatie CBO-richtlijn obesitas	11
3.2.1 CBO-richtlijn obesitas	12
3.2.2 Implementatie en verspreiding	12
3.2.3 Effectmeting	12
3.3 Patiëntenperspectief	13
4. Werkwijze van het PON	14
4.1 Vooronderzoek: signalering knelpunten	14
4.2 Partners	14
4.3 Werkgroepen	14
4.4 Afstemming activiteiten en uitwisseling expertise	15
Literatuur	17
Bijlagen:	
Bijlage 1 Partners van het PON	18
Bijlage 2 Convenant Overgewicht	19
Bijlage 3 Kenniscentrum Overgewicht	20
Bijlage 4 Werkgroepen PON 2008	22
Tabellen en figuren:	
Tabel 1 Niveau van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico volwassenen	6
Figuur 1 Piramide niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en zorg volwassenen	6
Tabel 2 Niveau van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico kinderen	7
Figuur 2 Piramide niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en zorg kinderen	7
Figuur 3 Piramide niveaus van preventie en gewichtsgelateerd gezondheidsrisico	11

1. Achtergrond

1.1 Feiten over overgewicht en obesitas

Ongeveer de helft van alle Nederlandse volwassenen heeft overgewicht of obesitas. Bij 41% van de mannen en 28% van de vrouwen van twintig jaar en ouder is sprake van overgewicht. Daarnaast is 10% van de mannen en 12% van de vrouwen obees.

In de periode 1981-2007 is het percentage mensen met overgewicht en obesitas in Nederland sterk toegenomen. Een stijging in het vóórkomen van obesitas is te zien bij alle leeftijdscategorieën en binnen alle opleidingsniveaus. Ook bij kinderen vanaf 4 jaar is een sterke toename van overgewicht en obesitas te zien.

Wanneer de trend zich op dezelfde manier voortzet, zal het percentage volwassenen met obesitas de komende twintig jaar met de helft toenemen. De stijging in obesitas bij kinderen tussen 1997 en 2004 is sterker dan de stijging tussen 1980 en 1997. Ook de omgeving blijft zodanig veranderen dat het steeds eenvoudiger wordt om te kiezen voor een hogere energie-inname en een lager energiegebruik.

Overgewicht en met name obesitas hangen samen met tal van chronische aandoeningen. Vanaf een BMI van 25 kg/m² is er sprake van een geleidelijke toename van morbiditeit. De volgende meervoudige toename van relatieve risico's op morbiditeit als gevolg van obesitas worden onderscheiden voor volwassenen:¹

RR > 3: diabetes mellitus, galblaasziekten, dyslipedemie, insulineresistentie, slaapapneu, kortademigheid

RR 2-3: coronaire aandoeningen, artrose (knie), jicht, hypertensie

RR 1-2: kanker (borstkanker postmenopausaal., endometriumca., colonca), fertiliteitproblemen, lage rugklachten, foetale problemen bij kinderen van obese moeders, problemen bij anesthesie

Overgewicht en met name obesitas hebben ook bij kinderen grote gezondheidsgevolgen; ze hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd overgewicht of obesitas te hebben en ze hebben een verhoogd risico op type 2 diabetes, klachten aan het bewegingsapparaat, cardiovasculaire risicofactoren en leververvetting. Ook hebben ze vaak te maken met stigmatisering en lopen daardoor meer kans op psychosociale problemen als eenzaamheid, verdriet en gespannenheid.

Het terugdringen van obesitas is behalve voor het beperken van gezondheidsverlies ook van groot belang vanuit maatschappelijk en economisch oogpunt. Het terugdringen van het aantal ongezonde levensjaren (doorgebracht met ziekte en beperkingen) beperkt immers ook de maatschappelijke kosten (zoals de kosten door arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim) en kosten in de gezondheidszorg ten gevolge van overgewicht.

(Bron van deze paragraaf: http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_lichaamgew.html)

1.2 Beleid ministerie van VWS

Het voorkómen en tegengaan van overgewicht en obesitas levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Daarom is overgewicht een speerpunt in het overheidsbeleid, zoals door het ministerie van VWS verwoord in de preventienota "Kiezen voor gezond leven 2007-2010"². Daarin staan de volgende doelstellingen: Het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen en het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

Wat betreft chronische ziekten, waaronder obesitas valt, omschrijft minister van Volksgezondheid Klink in zijn brief "Programmatische aanpak van chronische ziekten"³ de ambities als volgt: 'De toename van het aantal mensen met een chronische aandoening afremmen; De leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert uitstellen; Complicaties als gevolg van de chronische ziekte voorkómen dan wel uitstellen; Mensen met een chronische aandoening in staat stellen zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt.'

Een sluitende zorgketen bij de aanpak van overgewicht en obesitas kan bijdragen aan het behalen van een aantal doelstellingen van het ministerie van VWS betreffende overgewicht en chronische ziekten. Om deze zorgketen en de bijbehorende zorgstandaard te realiseren, is op initiatief en met subsidie van het ministerie van VWS in 2008 het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) opgericht.

Primair verantwoordelijk voor de aansturing van het PON is de directie Voeding, Gezondheidsbevordering en Preventie van de beleidsdirectie Volksgezondheid. Verschillende andere (beleids)directies van het ministerie van VWS zijn bij het PON betrokken. De activiteiten van het PON worden afgestemd met die van andere relevante organisaties op het gebied van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas en daaraan gerelateerde aandoeningen. Daarnaast wordt met relevante organisaties expertise uitgewisseld, onder meer in de werkgroepen van het PON. Zie paragraaf 4.4 van deze nota voor een overzicht van de organisaties waarmee het PON afstemt en expertise uitwisselt.

1.3 Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico

Er bestaan diverse definities van overgewicht en obesitas. Het PON hanteert de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) die stelt dat bij overgewicht en obesitas sprake is van abnormale of overmatige vetstapeling die leidt tot gezondheidsrisico's (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>).

Voor de diagnose gebruikt het PON in navolging van de WHO de eenvoudig te bepalen 'body mass index' (BMI). Deze wordt berekend door het gewicht (in kg) te delen door het kwadraat van de lengte (in m). Bij volwassenen wordt de diagnose overgewicht gesteld bij een BMI ≥ 25 kg/m² en obesitas bij een BMI ≥ 30 kg/m². Bij kinderen hangen de afkappunten af van leeftijd en geslacht. Deze definities worden in Nederland algemeen gebruikt zoals bijvoorbeeld in de CBO richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen"⁴.

1.3.1 Volwassenen

Bij het bepalen van de benodigde zorg, is het niveau van het gezondheidsrisico leidend. Dit wordt bij volwassenen bepaald door BMI in combinatie met buikomvang en aanwezigheid van comorbiditeit. Hieronder een schematische weergave van de niveaus van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico, gevolgd door een figuur met de bijbehorende niveaus van zorg.^{4,5}

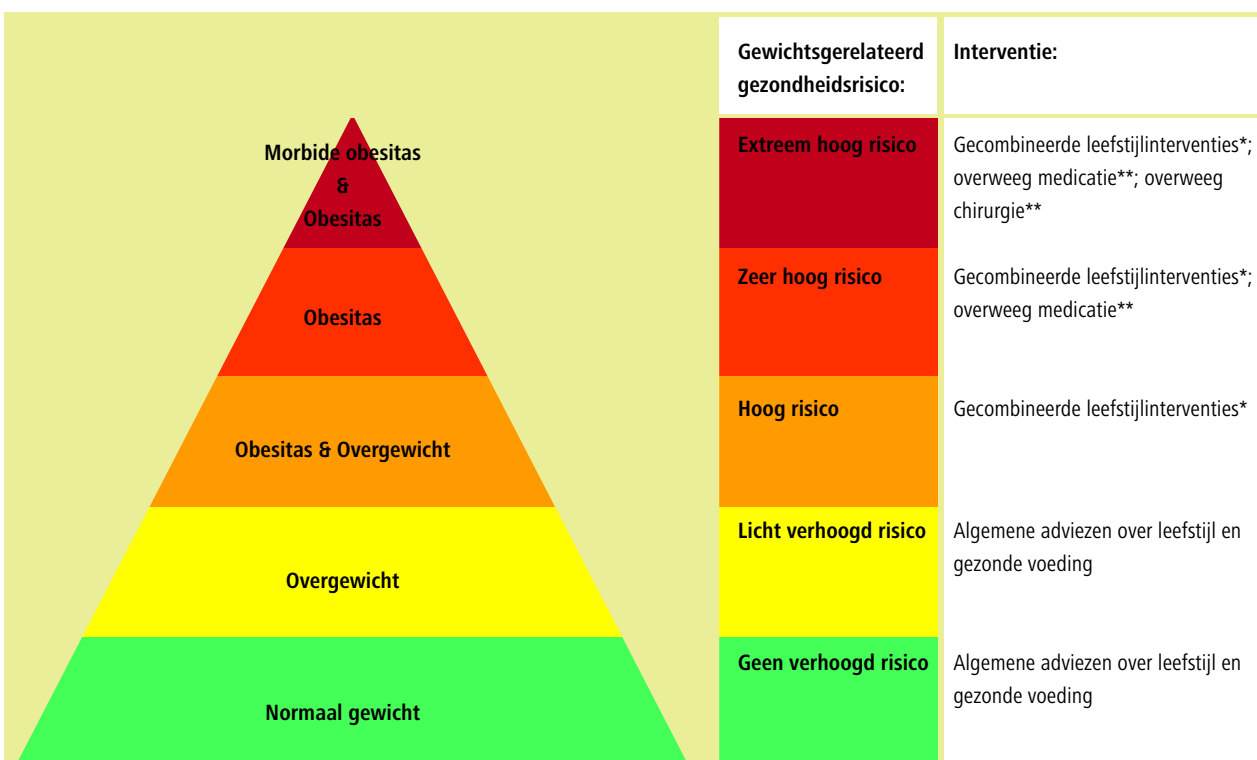
BMI* (kg/m ²)	Buikomvang		Comorbiditeit**
	<102 cm (m), <88cm (v)	≥ 102 cm (m), ≥ 88 cm (v)	
20-25	Geen verhoogd risico	Geen verhoogd risico	Geen verhoogd risico
25-30	Licht verhoogd risico	Hoog risico	Hoog risico
30-35	Hoog risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
35-40	Zeer hoog risico	Zeer hoog risico	Extreem hoog risico
>40	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico

Tabel 1: Niveau van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico volwassenen

* 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 in tabel 1 geldt voor blanke volwassenen van 18 tot ongeveer 70 jaar. Voor kinderen en pubers gelden andere grenswaarden, en boven de 70 jaar is de relatie tussen de BMI en de gezondheid niet meer zo duidelijk.⁴

** Diabetes mellitus type 2, hypertensie, cardiovasculaire aandoeningen, dyslipidemie, artrose en slaap apneu.

Bovenstaande tabel, in combinatie met de prevalentie van de verschillende niveaus van risico binnen de Nederlandse volwassen bevolking, kan worden samengevat in een piramide:



Figuur 1: Piramide niveaus van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en zorg volwassenen

* Het is nog niet bekend of gecombineerde leefstijlinterventies bij de verschillende niveaus van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico hetzelfde zijn qua intensiteit, duur en benodigde competenties van de hulpverleners.

** Deze interventies pas overwegen indien gewichtsverlies met gecombineerde leefstijlinterventies onvoldoende effectief blijkt na 1 jaar (<5% gewichtsverlies).

1.3.2 Kinderen

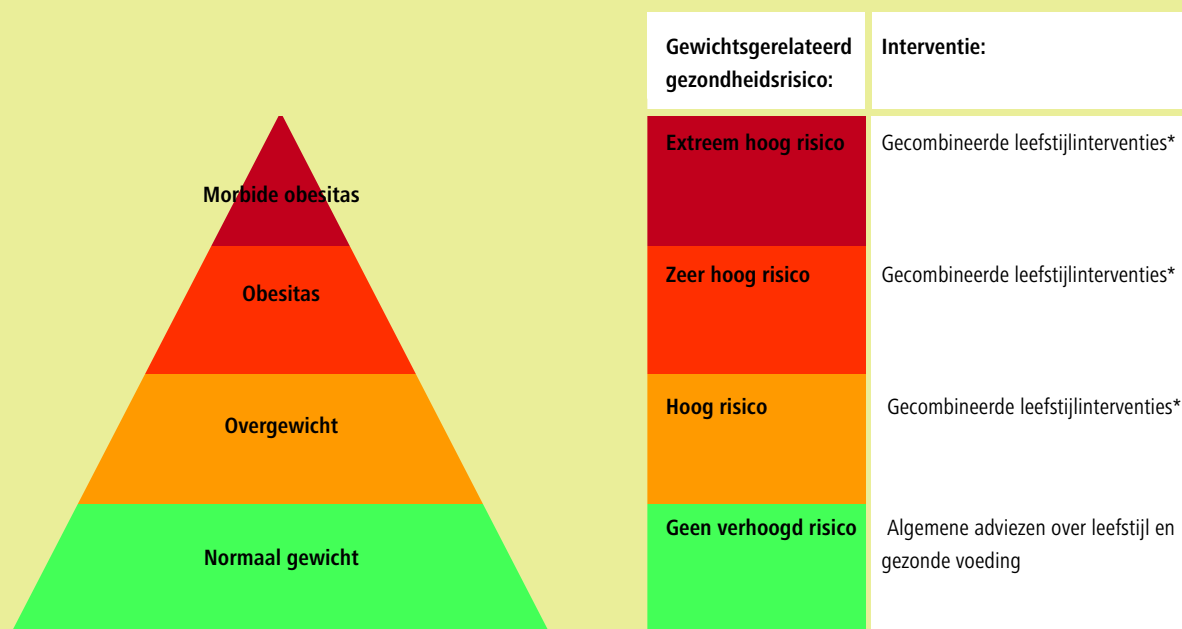
Ook voor kinderen is bij het bepalen van de benodigde zorg, het niveau van het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico leidend. Dit wordt bij hen bepaald door BMI naar leeftijd en geslacht. Hieronder een schematische weergave van de niveaus van risico, de corresponderende mate van overgewicht en de definitie van de mate van overgewicht.

Bij kinderen zijn er vier niveau's van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico:	Deze niveau's van risico corresponderen met de mate van overgewicht:	De mate van overgewicht is als volgt gedefinieerd:
Geen verhoogd risico	Normaal gewicht	BMI naar leeftijd en geslacht*
Hoog risico	Overgewicht	BMI naar leeftijd en geslacht*
Zeer hoog risico	Obesitas	BMI naar leeftijd en geslacht*
Extreem hoog risico	Morbide obesitas	Definitie nog niet bekend

Tabel 2: Niveau van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico kinderen

* De klinische blik speelt ook een rol bij de diagnose van kinderen.

Bovenstaande tabel, in combinatie met de prevalentie van de verschillende niveaus van risico binnen het deel kinderen van de Nederlandse bevolking, kan worden samengevat in een piramide:



Figuur 2: Piramide niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en zorg kinderen

* Het is nog niet bekend of gecombineerde leefstijlinterventies bij de verschillende niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico hetzelfde zijn qua intensiteit, duur en benodigde competenties van de hulpverleners.

2. Doelstellingen

In het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) werken zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheid samen om de zorg te verbeteren voor mensen met overgewicht en obesitas. Beoogd resultaat hiervan is de verbetering van de gezondheidstoestand en kwaliteit van leven van de betrokken personen.

Het PON bestaat uit 17 partnerorganisaties. Bij het bereiken van de gestelde doelen worden zij gefaciliteerd en ondersteund door het managementteam van het PON en de PON-medewerkers.

De partners van het PON zijn:

- ActiZ, organisatie van zorgondernemers
- Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
- GGD Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)*
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

* aspirant-lid

Met de hieronder geformuleerde doelen, zal het PON een belangrijke bijdrage leveren aan verschillende doelstellingen van het ministerie van VWS op het terrein van chronische ziekten en gezonde leefgewoonten in het algemeen en overgewicht en obesitas in het bijzonder.

2.1 Hoofddoelen

Het PON heeft twee hoofddoelen:

1) Implementatie van de multidisciplinaire CBO-richtlijn “Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen”

2) Ontwikkeling van een ketenzorgmodel waarin de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen en volwassenen op elkaar zijn afgestemd

De samenhang tussen preventie en behandeling moet hierbij gewaarborgd worden. De kwaliteit, effectiviteit, doelmatigheid en haalbaarheid (in de dagelijkse praktijk) van de interventies staan bij de ontwikkeling van de zorg centraal.

2.2 Stappenplan

De volgende stappen ziet het PON als belangrijk middel om haar hoofddoelen te verwezenlijken:

1) Een zorgstandaard overgewicht en obesitas

Het PON faciliteert de ontwikkeling van een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas door haar partners. Een zorgstandaard is een consensusdocument van zorgverleners en patiënten waarin functioneel omschreven staat wat goede zorg voor overgewicht en obesitas is. De zorgstandaard omvat een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van deze zorg op basis van evidence-based medicine, inzichten uit de praktijk van zorgverleners (practice based) en patiënten (patiëntenperspectief).

Onderdeel van de zorgstandaard is een praktische uitwerking van de multidisciplinaire CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen". Het gaat dan om proces- en uitkomstindicatoren voor de behandeling van patiënten en eisen richting de deskundigheid van professionals en de organisaties.

Ook wordt beschreven hoe de professional zich richting de patiënt kan opstellen en welke materialen en hulpmiddelen hij daarbij als ondersteuning kan gebruiken, met als doel dat de patiënt toegerust is zijn/haar risicofactoren zelfstandig te verminderen en te beheersen. De zorgstandaard is zo omschreven dat de patiënt er uit kan afleiden wat 'goed patiëntschap' inhoudt.

De zorgstandaard is tevens een eerste stap op weg naar een toereikende financiering. De zorgstandaard moet daarom passen bij de ontwikkelingen rondom bekostiging van zorg en preventie zoals die geadviseerd en vastgesteld worden door het College voor Zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit. De financiers van de zorg kunnen de zorgstandaard vervolgens aanwenden als richtinggevend voor de zorginkoop.

Verder dient de zorgstandaard overgewicht en obesitas aan te sluiten bij en geïntegreerd te worden met zorgstandaarden voor gerelateerde chronische aandoeningen zoals de zorgstandaard voor type 2 diabetes mellitus van de Nederlandse Diabetes Federatie, de zorgstandaard voor cardiovasculair risicomanagement van het Platform Vitale Vaten en de (voorlopige) zorgstandaard voor COPD.

2) Plan voor implementatie zorgstandaard overgewicht en obesitas

Bij de ontwikkeling van de zorgstandaard (stap 1) wordt al ruim aandacht besteed aan de voorwaarden voor implementatie. Wanneer de zorgstandaard klaar is, wordt deze verspreid en geïmplementeerd. Hiervoor moet een implementatieplan opgesteld worden, zodat de zorgstandaard ook echt gebruikt wordt en de hoofddoelen van het PON verwezenlijkt worden.

Een implementatieplan omvat omschreven doelen, resultaten en activiteiten specifiek gericht op patiënten, professionals, zorgorganisaties (ketenzorg), verzekeraars en overheid uitgaande van 'stel dat de zorgstandaard er is, wat moet er dan veranderen om deze goed te kunnen gebruiken?'. Ook omvat het plan een evaluatie van het traject. Evenals een aanzet voor een patiëntenversie van de zorgstandaard.

3) Implementatie en beheer zorgstandaard overgewicht en obesitas

Gezien de reikwijdte van de doelen en de looptijd van het PON, tot 2011, is de verwachting dat de realisatie ervan in de jaren daarna voort zal gaan. Streven is eind 2010 een zorgstandaard en een aanzet voor het implementatieplan op te leveren. De uitwerking van het implementatieplan en de daadwerkelijke implementatie en de evaluatie daarvan zullen grotendeels vanaf 2011 plaatsvinden. De werkwijze en organisatie bij deze activiteiten zullen in overleg met het ministerie van VWS en de partners van het PON in de loop van 2009-2010 worden vastgesteld.

3. Ketenzorg

Mensen met chronische of complexe aandoeningen zoals obesitas hebben vaak meerdere behandelaars. Als de zorgverleners – in eerste en tweede lijn – hun behandeling goed op elkaar laten aansluiten, wordt de patiënt optimaal geholpen. Om deze multidisciplinaire samenwerking te bewerkstelligen moet ketenzorg worden ontwikkeld.^{3,6,7,8} Ketenzorg is een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd.⁹

Ketenzorg is meer dan alleen behandeling van chronisch zieken. Het betreft tevens preventieve maatregelen en aansluiting bij de openbare gezondheidszorg. Het gaat bij ketenzorg om een sluitende keten van preventie, vroege opsporing, zelfmanagement, behandeling en begeleiding, zoals onder meer verwoord door Dr. D. Ruwaard, directeur van de directie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS, tijdens de Werkconferentie Nationaal Actieprogramma Diabetes in januari 2008.

Ketenzorg maakt deel uit van de programmatische aanpak die het ministerie van VWS voor chronische ziekten nastreeft.³ Deze aanpak wordt ook wel aangeduid als 'diseasemanagement'. ZonMw geeft aan dat bij diseasemanagement een sluitende keten gevormd wordt van diagnostiek, behandeling en begeleiding. Ook vroege opsporing en preventie bij mensen met een verhoogd risico op chronische ziekten, alsmede zelfmanagement maken er deel van uit. De brede aanpak is vastgelegd in multidisciplinaire zorgstandaarden en is georganiseerd rond de patiënt en zijn aandoening. De programmatische aanpak van VWS kent vier peilers:

- 1) zorgstandaarden
- 2) versterken samenhang preventie en curatie
- 3) zelfmanagement
- 4) beter afgestemde multidisciplinaire zorg (ketenzorg).

Obesitas is een belangrijke risicofactor voor andere chronische aandoeningen, zoals type 2 diabetes mellitus, cardiovasculaire ziekten (onder meer hartinfarcten, beroerten en vaataandoeningen), verschillende vormen van kanker (zoals borstkanker na de overgang en kanker aan dikke darm, baarmoederslijmvlies, slokdarm en nieren), leververvetting ('non-alcoholic fatty liver disease'), aandoeningen van het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld artrose en chronische lage rugpijn), chronische aandoeningen van de luchtwegen (zoals slaap-apneu en astma), hormonale stoornissen (bijvoorbeeld subfertiliteit) en psychische aandoeningen.

Ketenzorg voor overgewicht en obesitas dient daarom aan te sluiten bij ketenzorg voor deze chronische aandoeningen. De relatie tussen enerzijds obesitas en anderzijds type 2 diabetes mellitus en cardiovasculaire aandoeningen is hierbij verreweg de sterkste. Het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) zal met haar activiteiten dan ook nauw aansluiten bij richtlijnen, ketenzorg en zorgstandaarden voor onder meer type 2 diabetes mellitus en cardiovasculaire aandoeningen.^{10,11,12,13} De kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de interventies staan bij de ontwikkeling van de zorg centraal.

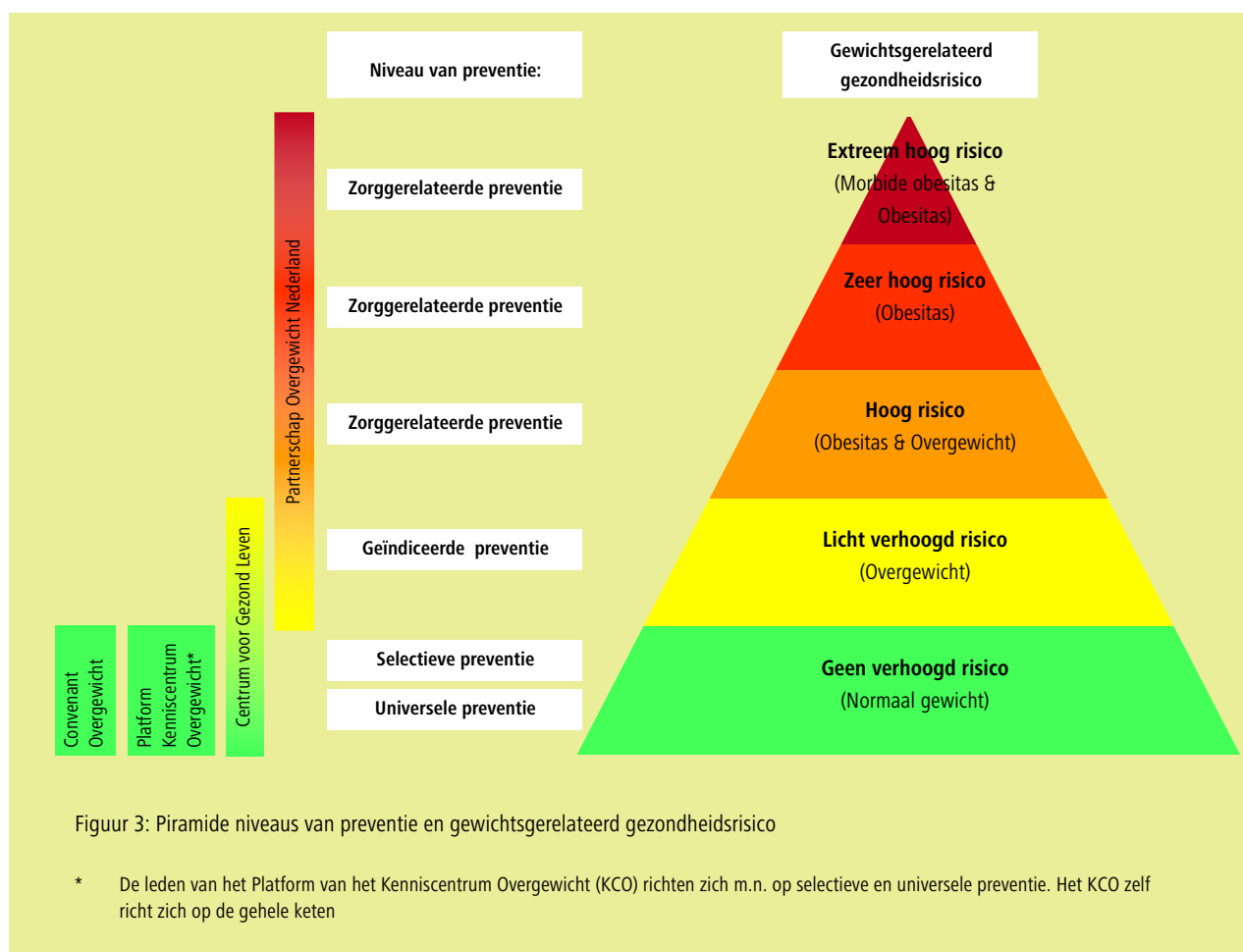
3.1 Preventie van overgewicht en obesitas

De op individuen gerichte interventies voor de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas betreffen leefstijlinterventies gericht op voeding, lichamelijke activiteit en, indien gepast, psychologische interventies. Het PON sluit dan ook nauw aan op ontwikkelingen in de preventieve en curatieve zorg op het terrein van leefstijlinterventies. Hiertoe wordt samengewerkt met onder meer het Centrum voor Gezond Leven (CGL) van het RIVM en gezondheidsbevorderende organisaties.

Het College van Zorgverzekeringen maakt onderscheid tussen vier soorten preventie: universele preventie (gericht op de algemene bevolking), selectieve preventie (gericht op risicogroepen in de bevolking), geïndiceerde preventie (gericht op individuen met een verhoogd risico) en zorggerelateerde preventie (gericht op individuen met een ziekte of gezondheidsprobleem).¹⁴ Het PON zal zich vooral richten op de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, die integraal onderdeel uitmaken van het behandelingstraject van patiënten.

Het PON stemt zijn activiteiten nauwkeurig af met het Convenant Overgewicht en de leden van het platform van het Kenniscentrum Overgewicht (KCO) die zich vooral richten op universele en selectieve preventie. Zie voor meer informatie over het Convenant Overgewicht en haar partners bijlage 2. Zie voor meer informatie over het KCO en de deelnemers aan het platform van het KCO bijlage 3.

Hieronder een schematische weergave van de niveaus van preventie bij overgewicht en obesitas. De verschillende genoemde organisaties hebben ieder hun eigen positionering in deze piramide:



3.2 Implementatie CBO-richtlijn obesitas

Overgewicht en obesitas zijn het gevolg van complexe multifactoriële oorzaken waarbij erfelijke aanleg, persoonlijke keuzes wat betreft leefstijl, maar ook de fysieke, sociaal-culturele, economische en politieke omgevingsfactoren van mensen een rol spelen. Behandeling van overgewicht en obesitas is gericht op gezondheidswinst van de patiënt en het voorkomen van (het verergeren van) complicaties.

3.2.1 CBO-richtlijn obesitas

Uitgangspunt voor de curatieve zorg is de CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen" die eind 2008 is gepubliceerd.⁴ De behandeling van obesitas zoals verwoord in de CBO-richtlijn obesitas, is gestoeld op een combinatie van leefstijlinterventies, dieet, lichamelijke activiteit en psychologische interventies, eventueel aangevuld met medicatie en/of chirurgie (afhankelijk van BMI, buikomvang en comorbiditeit). Zie voor een schematische weergave paragraaf 1.3 van deze nota.

3.2.2 Implementatie en verspreiding

Het bestaan van een multidisciplinaire richtlijn is geen garantie voor implementatie ervan. De ZonMw-definitie van implementatie luidt: 'Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg'. Het ondersteunen en faciliteren van de implementatie van de CBO-richtlijn obesitas is een belangrijke taak van het PON.

Een voorwaarde voor implementatie van een nieuwe richtlijn is dat professionals op de hoogte zijn van de inhoud. Dit wordt bereikt door publicaties over de richtlijn in (verenigings-) tijdschriften (onder andere het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde⁵) en toelichting van de richtlijn in nascholingsbijeenkomsten. Een taak van het PON is dan ook het faciliteren en ondersteunen van de verspreiding van de CBO-richtlijn obesitas. Hiertoe zal ook het Kenniscentrum Overgewicht (KCO) worden ingezet.

Een andere belangrijke voorwaarde voor de implementatie van richtlijnen is het stimuleren van het ontwikkelen van standaarden of protocollen in de verschillende beroepsgroepen en het bewaken van de onderlinge samenhang. Hierbij speelt het PON een coördinerende rol. Zo werkt het Nederlands Huisartsen Genootschap in nauwe samenwerking met het PON aan een huisartsenstandaard obesitas en is de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde begonnen met een richtlijn behandeling van obesitas die ook zal aansluiten bij de CBO-richtlijn obesitas. Binnen de jeugdgezondheidszorg zal in opdracht van ZonMw een multidisciplinaire richtlijn overgewicht worden ontwikkeld.

De verschillende richtlijnen die de partners van het PON ontwikkelen voor overgewicht en obesitas dienen niet alleen bij elkaar en de CBO-richtlijn obesitas aan te sluiten, maar ook bij de richtlijnen voor behandeling van veel voorkomende comorbiditeit. Het betreft hier onder meer de CBO-richtlijn Cardiovasculair risicomanagement en de NHG-standaard Diabetes mellitus type 2.^{13,11}

3.2.3 Effectmeting

Een belangrijke vraag is of de invoering van een richtlijn daadwerkelijk het beoogde effect heeft op de kwaliteit van zorg. Daarom is het bij de implementatie van belang dit effect in de praktijk te onderzoeken. Hiertoe wordt door het PON samengewerkt met een aantal lopende pilot projecten op het gebied van ketenzorg bij onder meer academische thuiszorgwerkplaatsen.

Om de effectiviteit van een richtlijn te meten, kunnen indicatoren worden gebruikt. Indicatoren zijn meetbare elementen die een aanwijzing geven over de kwaliteit van een bepaald aspect van de zorgverlening. Indicatoren hebben een signalerende functie. Enkele voorbeelden van indicatoren: het aantal kinderen en volwassenen met obesitas het aantal kinderen en volwassenen met obesitas dat gediagnosticeerd is; het percentage verwezen patiënten; het percentage patiënten dat daadwerkelijk een interventie is aangeboden. Bij indicatoren gaat het meestal om een percentage of ratio. Betrouwbare indicatoren zijn bijna altijd gekoppeld aan registratie van gegevens.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren:

Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over de omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. Een concreet voorbeeld: 'Percentage huisartsenpraktijken waarin interventies door paramedici zijn gewaarborgd' of 'Aanwezigheid van duidelijke protocollen voor diagnostiek, en verwijzingen in de eerste lijn'.

Procesindicatoren geven informatie over de handelingen om kwaliteit te leveren. Het gaat meestal om het bepalen van het percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is uitgevoerd. Bijvoorbeeld: de doorlooptijden, de mate van

gebruik van protocollen. Een concreet voorbeeld: 'Het percentage mensen met obesitas dat jaarlijks wordt gecontroleerd op risicofactoren voor diabetes en cardiovasculaire ziekten'.

Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg. Een concreet voorbeeld: 'het percentage mensen met obesitas dat diabetes heeft'. Uitkomstindicatoren zijn maar gedeeltelijk te beïnvloeden. Het resultaat van een bepaalde handelswijze is afhankelijk van meerdere factoren.

(Bron: http://www.cbo.nl/thema/folder20020822130331/default_view)

3.3 Patiëntenperspectief

Bij goede zorg voor chronisch zieken staat de patiënt centraal, volgens het algemene beleid van het ministerie van VWS. Dit betekent dat er ook bepaalde verwachtingen zijn ten aanzien van de patiënt en patiëntenverenigingen. Van belang is dat de patiënt eigenaar van zijn probleem blijft waarbij zelfmanagement een cruciale rol speelt. Verder moet de patiënt inzicht hebben in wat goede zorg is en toezien op de naleving van een eventuele zorgstandaard. Patiëntenverenigingen worden geacht betrokken te zijn bij het vormgeven van de zorgstandaard en een rol te spelen in de onderhandelingen met verzekeraars.³

Dit alles draagt bij tot 'empowerment' van de patiënt. Op het gebied van obesitas is deze, zeker in vergelijking met andere chronische ziekten, nog niet sterk ontwikkeld, ondanks het bestaan van een patiëntenvereniging: de Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV). Veel patiënten met obesitas zullen ook comorbiditeit hebben. Het PON werkt daarom, naast de NOV, ook samen met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

4. Werkwijze van het PON

4.1 Vooronderzoek: signalering knelpunten

In 2007 zijn, middels literatuuronderzoek en gesprekken met vertegenwoordigers van de partners en andere betrokkenen, knelpunten in de zorg voor mensen met overgewicht of obesitas in kaart gebracht. Er werden vijf knelpunten geformuleerd:

Knelpunt 1: een gebrek aan landelijk uniforme en evidence based richtlijnen, standaarden of protocollen voor overgewicht en obesitas.

Knelpunt 2: een negatieve attitude van zorgverleners over zowel de behandelmogelijkheden als de patiënten, gecombineerd met een lage motivatie van patiënten om daadwerkelijk iets aan hun situatie te veranderen.

Knelpunt 3: onvoldoende expertise van zorgverleners op het gebied van diagnostiek en behandeling van overgewicht en obesitas.

Knelpunt 4: gebrek aan voldoende financiering voor signalering, behandeling en nazorg van patiënten met overgewicht en obesitas.

Knelpunt 5: een gebrekkig functionerende zorgketen, die onder meer blijkt uit te kort schietende regie na verwijzing, ontbreken van verschillende schakels in de zorgketen, en haperende samenwerking binnen en tussen de eerste en tweede lijn.

4.2 Partners

De partners van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) zijn beroepsorganisaties en koepelorganisaties van zorgverleners en zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Op het moment van de officiële oprichting, 15 april 2008, had het PON 13 partners. In de loop van 2008 is het PON uitgebreid tot 17 (aspirant-)partners. Alle partners hebben een intentieverklaring met de doelstellingen van het PON ondertekend. Zie voor een overzicht bijlage 1.

Het PON wordt ondersteund door een managementteam (de auteurs van deze nota) en door een bij het VU medisch centrum in Amsterdam aangestelde projectmedewerker en een secretaresse.

Het PON werkt aan de hand van plenaire bijeenkomsten met de vertegenwoordigers van de partnerorganisaties. Deze bijeenkomsten worden voorbereid en ondersteund door het managementteam van het PON. In deze bijeenkomsten vindt onder meer terugkoppeling plaats van de voortgang van de werkgroepen.

4.3 Werkgroepen

Jaarlijks worden werkgroepen geformeerd die zich buigen over concrete vragen waarvan de antwoorden kunnen bijdragen aan het optimaliseren van zorg en preventie. In 2008 zijn vier werkgroepen ingesteld. De werkgroepen worden ondersteund door medewerkers van het PON. De leden van de werkgroepen bestaan uit vertegenwoordigers van de partners en van andere relevante organisaties.

Terugkoppeling van de voortgang en resultaten van de werkgroepen vindt plaats in de plenaire bijeenkomsten met de vertegenwoordigers van de partnerorganisaties. Aan het einde van elk jaar wordt bovendien een werkconferentie gehouden waarin de resultaten van de werkgroepen worden vertaald naar de praktijk, onderzoeksaanbevelingen worden gedaan en vervolgstappen (bijvoorbeeld de vorming van nieuwe werkgroepen) worden vastgesteld.

Bijlage 4 bevat een overzicht van de werkgroepen in 2008.

4.4 Afstemming activiteiten en uitwisseling expertise

De activiteiten van het PON worden afgestemd met die van andere relevante organisaties op het gebied van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas en daaraan gerelateerde aandoeningen. Daarnaast wordt met relevante organisaties expertise uitgewisseld, onder meer in de werkgroepen van het PON.

Het betreft, naast de *partners van het PON*, onder meer de volgende organisaties en onderwerpen:

Beleid

Met de *directie Voeding, Gezondheidsbevordering en Preventie*, de *directie Publieke Gezondheid* en de *directie Curatieve Zorg* vindt overleg plaats over het beleid ministerie van VWS op het gebied van diseasemanagement en zorgstandaarden.

Met het *Partnership Stop met Roken* vindt afstemming plaats over de organisatorische aspecten van partnerschappen en over leefstijlinterventies.

Zorgstandaarden en bekostiging

Met de *Nederlandse Diabetes Federatie*, het *Platform Vitale Vaten*, de *Long Alliantie Nederland i.o.* en *ZonMw*, *Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie* vindt afstemming plaats over de integratie van de zorgstandaard overgewicht en obesitas met de zorgstandaarden voor onder meer respectievelijk type 2 diabetes mellitus, vasculair risicomangement en COPD.

Met het *College voor Zorgverzekeringen* en de *Nederlandse Zorgautoriteit* vindt afstemming plaats over de ontwikkelingen rondom verzekerde zorg en de bekostiging van zorg en preventie met als doel afspraken te maken over de bekostiging van de zorgstandaard overgewicht en obesitas en de bekostiging van gerelateerde zorgstandaarden.

Met de *Consumentenbond* vindt kennisuitwisseling plaats over de rol van zorgstandaarden bij de belangenbehartiging van de zorgconsument.

Met verschillende *individuele zorgverzekeraars* zal afstemming plaatsvinden over de bekostiging van ketenzorg voor overgewicht en obesitas.

Richtlijnen

Het PON zal zo veel mogelijk meewerken aan de totstandkoming van monodisciplinaire standaarden, protocollen en richtlijnen voor de behandeling en preventie van overgewicht en obesitas door de partnerorganisaties.

Het *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO* brengt expertise in door deelname aan de PON-werkgroep 'implementatie CBO-richtlijn obesitas'.

Interventies en onderzoek

Het *Centrum voor Gezond Leven van het RIVM* ontwikkelt een database met leefstijlinterventies die gekoppeld zal worden aan de zorgstandaard overgewicht en obesitas en brengt expertise in door deelname aan de PON-werkgroep 'richtlijnen en protocollen voor overgewicht en obesitas'.

Er worden diverse interventies geëvalueerd door onderzoekers in diverse instellingen die relevant zijn voor een zoveel mogelijk evidence-based en practice-based zorgstandaard overgewicht en obesitas. Voorbeelden hiervan zijn de *Minimale Interventie Strategie (MIS) voor overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk* en de *Beweegkuur*.

Door de *Academische Thuiszorgwerkplaats Zwolle* (een samenwerking tussen de thuiszorgorganisatie ICARE, de GGD IJssel-Vecht en het *Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle*) wordt in opdracht van ZonMw ketenzorg ontwikkeld en geëvalueerd voor overgewicht en obesitas bij kinderen en ouderen.

Met *TNO afdeling Kwaliteit van Leven* vindt kennisuitwisseling plaats met als doel de zorgstandaard overgewicht en obesitas zo veel mogelijk evidence based te maken, onder meer door deelname aan de PON-werkgroep diagnostiek 0-4-jarigen.

Met behandelcentrum *Heideheuvel* vindt kennisuitwisseling plaats over ketenzorg voor morbide obese jeugd.

Het *Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM* brengt expertise in door deelname aan de PON-werkgroep diagnostiek 0-4-jarigen.

De *afdeling medische ethiek van het Erasmus Medisch Centrum* brengt expertise in over de ethische kant van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas door deelname aan de PON-werkgroepen 'implementatie CBO-richtlijn obesitas' en 'preventie en vroegsignalering overgewicht bij volwassenen'.

Preventie

Met het *Convenant Overgewicht* vindt afstemming plaats over de aansluiting van universele en selectieve preventie door het Convenant met geïndiceerde en zorggerelateerde preventie door het PON.

Met het *Kenniscentrum Overgewicht* en de deelnemers aan het *Platform van het Kenniscentrum Overgewicht* vindt kennisuitwisseling plaats en vindt afstemming plaats over de aansluiting van universele en selectieve preventie met geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Literatuur

1. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, 2000. WHO technical report series; 894.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Den Haag, december 2006.
3. Klink A, & Bussemaker J. Programmatische aanpak van chronische ziekten. Kamerstuk, 16 juni 2008.
4. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn, 2008.
5. Seidell JC, De Beer JJA, Kuijpers T. Richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2008; 152:2071-6.
6. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken. IGZ, Den Haag, 2003.
7. Klink A, Bussemaker J. Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010. Kamerstuk, 5 april 2007.
8. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Kamerstuk, 24 september 2007.
9. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Bijlage 6: Ketenzorg en zorgnetwerken. Zoetermeer, 1998
10. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel 1 (voor zorgverleners). Concept 11 juli 2008.
11. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, Heine RJ, Van Ballegooie E, Veruijn MM, Bouma M. NHG-standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts & Wetenschap 2006, 49(3), 137-52.
12. Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. NDF, Amersfoort, 2007.
13. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006. Van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn, 2006.
14. Kroes ME, Mastenbroek CG, Couwenbergh BTLE, Van Eijndhoven MJA, Festen CCS, Rikken F. Van preventie verzekerd. College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2007.

Bijlage 1. Partners van het PON

Organisatie:	Vertegenwoordiger:
ActiZ (organisatie van zorgondernemers)	H.A.M. (Riny) van Lier
AJN (Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland)	Dr. A.M.W. (Anneke) Bulk-Bunschoten
AJN (Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland)	Dr. E.J. (Els) Anten-Kools
GGD Nederland (landelijke vereniging van GGD'en)	Dr. A.J.M. (Jessie) Hermans
GGD Nederland (landelijke vereniging van GGD'en)	Drs. J.N.T. (Jan Nico) Wigboldus
KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie)	Drs. Ph.J. (Philip) van der Wees
KNMP (aspirant-lid) (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie)	nog niet bekend
LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging)	Dr. P. (Pieter) van den Hombergh
NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)	Prof. dr. J.J. (Jaap) van Binsbergen
NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)	Drs. P.J. (Peter) Daansen
NIV (Nederlandsche Internisten Vereeniging)	Prof. dr. H. (Hanno) Pijl
NOV (Nederlandse Obesitas Vereniging)	M.C. (Mieke) van Spanje
NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie)	Drs. M.A. (Marjolein) de Booy
NVD (Nederlandse Vereniging van Diëtisten)	E. (Ellen) Govers, Bsc
NVD (Nederlandse Vereniging van Diëtisten)	T.A. (Wineke) Remijnse
NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde)	W. (Willem) van Rhenen
NVH (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde)	Prof. dr. J.W. (Jan Willem) Greve
NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde)	Dr. E.G.A.H. (Edgar) van Mil
V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland)	Drs. M. (Marjan) Verschuur-Veltman
ZN (Zorgverzekeraars Nederland)	Drs. J.W. (Jan Willem) Schouten

Bijlage 2. Convenant Overgewicht

Het Convenant Overgewicht is een samenwerkingsverband tussen het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en rijks- en lokale overheden. De partners hebben afgesproken zich ook gezamenlijk in te zetten om de stijgende trend van overgewicht bij volwassenen tot stilstand te brengen en bij kinderen om te buigen in een daling. Deze doelstelling is verwoord in de preventienota Kiezen voor gezond leven 2007-2010 van het ministerie van VWS.¹ Het Convenant, dat loopt tot januari 2010, voert het actieplan Energie in balans uit. Dit actieplan richt zich op het herstellen van de balans tussen eten en bewegen. De acties van de partners richten zich op de settings thuis, school, werk en recreatie en gaan bijvoorbeeld over voedingsmiddelenreclame en –marketing gericht op kinderen, samenstelling en innovatie van producten, etikettering, portiegrootte, kantineaanbod en bewegingsbevordering.

De partners van het Convenant Overgewicht zijn:

Federatie van Nederlandse Levensmiddelenindustrie (FNLI)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Vereniging Nederlandse Caters (Veneca)	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL)	Gemeenten Rotterdam, Amsterdam, Den Haag, Utrecht (G4)
Koninklijk Horeca Nederland (KHN)	NOC*NSF
VEWIN Vereniging voor Waterbedrijven in Nederland	Consumentenbond
Stichting AGF Promotie Nederland	Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Vida (automatenbranche)	Vakcentrale FNV
VNO-NCW	Vakcentrale CNV
MKB Nederland	Vakcentrale MHP
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Nederlandse Hartstichting (NHS)

Bijlage 3. Kenniscentrum Overgewicht

Het Kenniscentrum Overgewicht (KCO) is een expertisecentrum en heeft als doelstelling het toegankelijk maken van kennis en het stimuleren van onderzoek op het terrein van de etiologie, preventie en behandeling van overgewicht en obesitas. Dit doel wordt bereikt door bundeling van kennis en ervaring en het benutten van bestaande netwerken. Het KCO is naast een centrum waar informatie verzameld en verspreid wordt een vraagbaak voor professionals en de media. Bovendien ondersteunt het KCO het ministerie van VWS bij het ontwikkelen van beleid op het gebied van overgewicht. Het KCO vormt daarmee een schakel tussen wetenschap, beleid en praktijk.

Aan het KCO is een platform verbonden, waarin deskundigen participeren die verbonden zijn aan organisaties die actief zijn op het gebied van onderzoek, behandeling of preventie van overgewicht. Vanwege hun expertise en netwerk kunnen deze deskundigen het KCO gevraagd en ongevraagd adviseren teneinde een optimale uitvoering van de taken te bewerkstelligen. Bovendien vindt hier afstemming plaats tussen deelnemende organisaties en daarmee draagt het platform van het KCO bij aan de basis van de ketenzorg.

De deelnemers aan het Platform van het Kenniscentrum Overgewicht zijn:

Naam:	Werkzaam bij:
Mw. drs. C. Aarsen	Diabetes Federatie Nederland
Mw. drs. O. van der Baan-Slootweg	Astmacentrum Heideheuvel
Mw. ir. K. Bemelmans	Stichting Voedingscentrum Nederland
Mw. dr. ir. W. Bemelmans	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum voor Gezond Leven
Mw. drs. M. Bergmans	Diabetes Federatie Nederland
Dhr. drs. L. Boomsma	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. prof. dr. ir. J. Brug	VU medisch centrum, directeur EMGO-instituut
Mw. dr. J. Bruil	ZonMw
Dhr. ir. G. Buijs	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
Mw. prof. dr. H.A. Delemarre- van de Waal	Leids Universitair Medisch Centrum, hoofd Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum LUMC; Bestuur Kenniscentrum Overgewicht
Mw. ir. I. van Dis	Nederlandse Hartstichting
Mw. mr. C.S. Frenkel	Convenant Overgewicht
Mw. drs. C. Grit	Federatie Nederlandse Levensmiddelen Industrie
Mw. drs. E. van der Heijden	PIT Actief; Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Dhr. prof. dr. R.A. HiraSing	VU medisch centrum, afdeling Sociale Geneeskunde (Jeugdgezondheidszorg), EMGO-instituut; Bestuur Kenniscentrum Overgewicht
Mw. drs. K. Hommen	KWF Kankerbestrijding
Dhr. ir. J. Jansen	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
Dhr. drs. P. Janssen	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. drs. P.R.M. Kerklaan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Voeding, Gezondheidsbevordering en Preventie
Mw. drs. M. C. Knapen	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

Naam:	Werkzaam bij:
Dhr. dr. P.L. Kocken	TNO Kwaliteit van Leven
Mw. drs. V. Kuling	ZonMw
Mw. prof. dr. L. Mathus-Vliegen	Nederlandse Associatie voor de Studie van Obesitas (NASO); AMC, afdeling maag-, darm-, leverziekten
Dhr. prof. dr. W. van Mechelen	VU medisch centrum, afdeling Sociale Geneeskunde (Bewegen en Gezondheid), EMGO-instituut; Bestuur Kenniscentrum Overgewicht
Mw. ir. E. Mulder	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
Mw. drs. M. Ploum	Stichting Voedingscentrum Nederland
Mw. drs. K. van Reenen	Nederlandse Hartstichting
Mw. dr. C.M. Renders	VU medisch centrum, afdeling Sociale Geneeskunde (Jeugdgezondheidszorg), EMGO-instituut; Bestuur Kenniscentrum Overgewicht
Mw. prof. dr. J. Schuit	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Dhr. prof. dr. ir. J.C. Seidell	Vrije Universiteit, faculteit der Aard- en Levenswetenschappen, directeur Instituut voor Gezondheidswetenschappen; VU medisch centrum, afdeling Interne Geneeskunde; Bestuur Kenniscentrum Overgewicht
Mw. dr. L. Vaandrager	Wageningen Universiteit
Dhr. dr. T.L.S. Visscher	Vrije Universiteit, faculteit der Aard- en Levenswetenschappen, Instituut voor Gezondheidswetenschappen; Bestuur Kenniscentrum Overgewicht
Mw. J. de Vries	ActiZ, organisatie van zorgondernemers
Mw. J. Zoet	Diabetes Federatie Nederland
Vacature	GGD Nederland

Bijlage 4. Werkgroepen PON 2008

Hieronder een overzicht van de taken van de werkgroepen van het Partnerschap Overgewicht Nederland in 2008.

Werkgroep implementatie CBO-richtlijn obesitas

- Analyseren van de CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen" op knelpunten voor implementatie
- Uitwerken patiëntenperspectief ten behoeve van succesvolle implementatie CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen"
- Komen tot multidisciplinaire aanpak van gesignaleerde knelpunten
- Formuleren van onderzoeksaanbevelingen op grond van bovengenoemde resultaten
- Inventariseren aanwezigheid van en behoefte aan samenwerkingsafspraken tussen verschillende beroepsgroepen die zich bezighouden met diagnostiek, verwijzing en behandeling van obesitas

Werkgroep richtlijnen en protocollen voor overgewicht en obesitas

- Inventariseren richtlijnen van beroepsgroepen over overgewicht en obesitas en/of plannen ten aanzien van het ontwikkelen hiervan
- Vaststellen voor welke beroepsgroep het in het kader van de ketenzorg van belang is snel een richtlijn te ontwikkelen
- Beoordelen kwaliteit (nieuwe) richtlijnen beroepsgroepen op basis van internationale criteria
- Bewaken afstemming bestaande en nieuwe richtlijnen met elkaar en met de CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen"
- Formuleren van aanbevelingen aangaande gesignaleerde knelpunten

Werkgroep preventie en vroegsignalering volwassenen

- Analyseren huidige situatie vroegsignalering volwassenen met overgewicht (BMI tussen 25 en 30 kg/m²)
- Vaststellen gewenste situatie vroegsignalering volwassenen met overgewicht (BMI <30 kg/m²)
- Ontwikkelen stroomdiagram vroegsignalering volwassenen met overgewicht (BMI <30 kg/m²)

Werkgroep jeugd: diagnostiek 0-4-jarigen

- Inventariseren beschikbare instrumenten voor het signaleren en diagnosticeren van overgewicht en obesitas bij 0-4-jarigen
- Bepalen welke instrumenten bij welke leeftijd de voorkeur hebben
- Literatuuranalyse ten aanzien van de voorspellende waarde van diagnostiek bij 0-4-jarigen voor later overgewicht of obesitas of gezondheidsproblemen
- Formuleren onderzoeksaanbevelingen op basis van bevindingen van bovengenoemde punten



Postadres: VU medisch centrum
Afdeling Sociale Geneeskunde
Partnerschap Overgewicht Nederland

Postbus 7057
1007 MB Amsterdam

W www.partnerschapovergewicht.nl
E info@partnerschapovergewicht.nl
T + 31 20 44 44 882