

KWALITEITSINDICATOREN
voor de keten overgewicht en obesitas

Kinderen en Senioren

April 2011

Drs. R.E. Derksen

Inhoudsopgave

1 INLEIDING	3
2 ONDERZOEKSDOEL	3
2.2 ONDERZOEKSVRAGEN	3
3 METHODE	4
3.1 LITERATUURONDERZOEK EN INTERVIEWS	4
3.1.1 <i>Dataverzameling en -analyse</i>	4
3.2 2-ROUND VRAGENLIJST ONDERZOEK.....	5
3.2.1 <i>Dataverzameling: ronde 1</i>	5
3.2.2 <i>Data-analyse: ronde 1</i>	5
3.2.3 <i>Dataverzameling: ronde 2</i>	5
3.2.4 <i>Data-analyse: ronde 2</i>	5
4 RESULTATEN	6
4.1 MOGELIJKE SET VAN INDICATOREN.....	6
4.2 RESPONS	7
4.3 RELEVANTIE VAN GESELECTEERDE INDICATOREN.....	7
4.4 HAALBAARHEID VAN GESELECTEERDE INDICATOREN	9
4.4.1 <i>Huidige registratie van indicatoren</i>	9
4.4.2 <i>Mogelijke registratie na aanpassing registratiesysteem</i>	10
4.4.3 <i>Haalbaarheid registratie van indicatoren binnen reguliere consult</i>	11
5 BESCHOUWING	12
5.1 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN	12
5.2 DISCUSSIE	12
5.3 CONCLUSIE.....	12
5.4 AANBEVELINGEN.....	13
6 REFERENTIES	14
7 BIJLAGEN	15
7.1 GEWICHTSGERELATEERD GEZONDHEIDSRISICO.....	15

1 Inleiding

Overgewicht en obesitas nemen in Zwolle conform landelijke ontwikkelingen toe.

Een effectieve aanpak is noodzakelijk, ketenzorg biedt een deel van de oplossing. Binnen de ATW Overgewicht wordt een keten ontwikkeld. Momenteel wordt op basis van kwalitatief focus groep onderzoek een zorgprogramma gericht op kinderen en een zorgprogramma gericht op senioren in Zwolle geïmplementeerd (www.zorgvoorgezondgewicht.nl). Het uiteindelijke doel is het realiseren van een succesvolle keten; maar wat is een succesvolle keten en hoe kan dat vastgelegd worden?

We richten ons in deze fase van het onderzoek op de vragen:

- Wat zijn relevante indicatoren om de kwaliteit van de keten in kaart te brengen?
- Worden deze indicatoren al geregistreerd?
- Zo nee, is het haalbaar om de relevante indicatoren door een aanpassing in het registratiesysteem te registreren?
- En is het haalbaar de indicatoren binnen het reguliere consult te registreren?

Deze vragen worden binnen de volgende kaders uitgevoerd:

1. Het onderzoek zal plaatsvinden binnen de ATW (academische thuiszorg werkplaats) Overgewicht. In 2008 is de ATW Overgewicht opgericht door Stichting Icare en Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ). De ATW Overgewicht wordt gefinancierd door ZonMw. De meerwaarde van het uitvoeren van het onderzoek binnen de ATW Overgewicht is het kunnen realiseren van een kennistransfer tussen wetenschap en praktijk. Daarnaast is ook landelijke kennistransfer door de ATW goed mogelijk. Hierbij kan gedacht worden aan het delen van onderzoeksresultaten met andere initiatieven of aan het beschikbaar stellen van ontwikkelde protocollen binnen andere organisaties/aansluiting bij PON.
2. Binnen de ATW Overgewicht gaan beleid, praktijk en onderzoek samen op. Het onderzoek binnen de ATW Overgewicht zal uiteindelijk leiden tot een beschrijving van een best-practice ketenzorgmodel voor kinderen (0-19 jaar) en senioren (60+) in Zwolle. Om tot een beschrijving van een best-practice ketenzorgmodel te komen worden verschillende onderzoeksvragen beantwoord. Dit onderzoeksvoorstel beschrijft een deelonderzoek van het onderzoek binnen de ATW Overgewicht.
3. We gaan uit van gewichtsgerelateerde risico's als door PON gedefinieerd (bijlage 1).
4. We richten ons op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (stroomschema bijlage 1).
5. Met betrekking tot de set van kwaliteitsindicatoren wordt waar mogelijk aansluiting gezocht bij andere chronische ziekten (CVRM, Diabetes).

2 Onderzoeksdoel

Op basis van literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek (interviews en delphi-methode) realiseren van een lijst van kwaliteitsindicatoren voor senioren en kinderen waarover binnen de betrokken stakeholders consensus bestaat.

2.2 Onderzoeksvragen

1. Wat is de juiste set van kwaliteitsindicatoren voor ketenzorg voor senioren (60+) en kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas in Zwolle?
 - a. Welke set van kwaliteitsindicatoren kan op basis van de literatuur opgesteld worden?
 - b. Welke indicatoren vinden de betrokken stakeholders relevant om de kwaliteit van de keten in kaart te brengen?
 - c. Worden de relevante indicatoren al geregistreerd?
 - d. Zo nee, is het haalbaar om de relevante indicatoren door een aanpassing in het registratiesysteem te registreren?

- e. En, is het haalbaar de indicatoren binnen het reguliere consult te registreren?

3 Methode

Hieronder wordt de gehanteerde methode van het onderzoek beschreven.

3.1 Literatuuronderzoek en interviews

Allereerst is op basis van literatuuronderzoek, een workshop en interviews een lijst met mogelijk relevante indicatoren voor het meten van de kwaliteit van ketenzorg opgesteld.

3.1.1 Dataverzameling en -analyse

Het literatuur onderzoek heeft zich gericht op lijsten indicatoren van bestaande ketens en van chronische ziekten waarin leefstijl een belangrijke rol speelt. Daarnaast is uitvoerig aandacht besteed aan de zorgstandaard ontwikkeld door het PON en de concept kwaliteitsindicatoren die door het PON is uitgevoerd.

De interviews hebben plaatsgevonden met diverse stakeholders. Hieronder wordt weergegeven welke mensen geïnterviewd zijn en op welk expertise zij ondervraagd zijn.

Organisatie	Vertegenwoordiger	Bevraagd expertise
Workshop conferentie “Zorgverleners aan zet”	jeugdgezondheidsverpleegkundige, 2 JGZ-managers, verpleegkundige en 2 fysiotherpaueten	Wat vinden zorgverleners belangrijke indicatoren voor het meten van de kwaliteit van ketenzorg?
MCC Klik	Noortje Bauwens	Strategische ervaring met betrekking tot ontwikkelen indicatoren voor huisartsen mbt chronische ziekten.
MCC Klik	Ingeborg Weuring	Tactische-operationele ervaring met betrekking tot ontwikkelen indicatoren voor huisartsen mbt chronische ziekten..
Kenniscentrum Ketenzorg	Jolanda Groothuis Alice Bosch	Ontwikkeling en implementatie van indicatoren en monitoring binnen diabeteszorg.
Icare JGZ	Paul Harmsen	Ervaring met implemenatie van indicatoren- registratie binnen de JGZ van Icare en ervaring met betrekking tot organisatieveranderingen binnen JGZ Icare.
PON	Hanneke Noordam	Nationale stand van zaken rondom ontwikkeling van indicatoren voor de keten overgewicht obesitas gebaseerd op de zorgstandaard.

Op basis van het literatuuronderzoek en de interviews wordt een lijst opgesteld met mogelijk relevante indicatoren om de kwaliteit van de keten overgewicht en obesitas in kaart te brengen.

3.2 2-RoUnD vragenlijst onderzoek

De mogelijk relevante indicatoren (opgesteld na literatuuronderzoek en interviews) zijn in verschillende rondes voorgelegd aan de geselecteerde stakeholders. Om een representatief expert panel samen te stellen, zijn de meest belangrijke stakeholders benoemd, namelijk (i) landelijke experts en (ii) lokale zorgverleners in Zwolle. Dit heeft geresulteerd in een lijst van 87 stakeholders.

3.2.1 Dataverzameling: ronde 1

De geselecteerde stakeholders hebben schriftelijke vragenlijst gekregen waarin hen werd gevraagd te participeren in de eerste ronde van het onderzoek.

In de eerste ronde is de deelnemers gevraagd om voor 20 indicatoren op een 5-puntsschaal te scoren of zij deze indicator relevant vonden voor het meten van de kwaliteit van de keten. (1 = irrelevant en 5 = relevant) Na iedere categorie (structuur-, proces- en uitkomst) konden de deelnemers opmerkingen maken.

3.2.2 Data-analyse: ronde 1

De gemiddelde scores van de gewaardeerde relevantie zijn berekend. Indicatoren met een gemiddelde score hoger dan 4-5 zijn werden geïncludeerd in de tweede ronde.

3.2.3 Dataverzameling: ronde 2

De lokale zorgverleners die in de eerste ronde hebben geparticipeerd (n=27) zijn uitgenodigd om in de tweede ronde te participeren. Alleen de zorgverleners zijn uitgenodigd om in deze ronde te participeren, omdat landelijke adviseurs veelal geen patiënten behandelen en dus ook geen vragen over hun registratiegedrag en mogelijkheden kunnen beantwoorden.

De in de eerste ronde geselecteerde indicatoren zijn vertaald in individuele items die vastgelegd zouden moeten worden in het registratiesysteem van de desbetreffende zorgverlener om uiteindelijk uitspraken te kunnen doen over de indicatoren. De items waren gecategoriseerd in (i) items op klantniveau en (ii) items op praktijkniveau. Aan de deelnemers werd gevraagd of zij (1) de betreffende items momenteel registreren (2) Zo nee, of het haalbaar is deze items te registreren na aanpassing van het registratiesysteem en (3) of het haalbaar is om het item binnen het reguliere consult te registreren.

3.2.4 Data-analyse: ronde 2

Allereerst is er - op basis van gemiddelden - een overzicht gemaakt van de items die momenteel al worden vastgelegd, vervolgens is gekeken van de items die niet geregistreerd worden of het haalbaar wordt geacht deze alsnog te registreren. Ten slotte is - ook op basis van gemiddelden - een overzicht gemaakt van de haalbaarheid om de items te scoren binnen het regulier consult.

4 Resultaten

Hieronder worden resultaten van het onderzoek beschreven.

4.1 Mogelijke set van indicatoren

Op basis van literatuuronderzoek, een workshop en interviews is een lijst met indicatoren opgesteld. Eerder gepubliceerde richtlijnen en standaards gerelateerd aan eerstelijnszorg voor overgewicht en obesitas zijn bestudeerd, zo ook standaarden voor de eerstelijns gericht op andere chronische aandoeningen (CVRM, Diabetes, COPD) en bronnen van nationale sleutelorganisaties met betrekking tot kwaliteit van zorg (ZN, PON, Vilans, CBO).

Daarnaast is door middel van een workshop met zorgverleners en managers (jeugdgezondheidsverpleegkundige, 2 JGZ-managers, verpleegkundige en 2 fysiotherpaueten) en 5 interviews (MCCKlik, Kenniscentrum Ketenzorg, Icare JGZ en PON) inzicht gekregen in mogelijk relevante indicatoren. Op basis van de gebruikelijke indeling van indicatoren in proces-, uitkomst- en structuurindicatoren is een lijst met 20 indicatoren opgesteld, de lijst is in tabel 1 weergegeven.

Tabel 1 : Geselecteerde set van indicatoren.

Procesindicatoren

1	Percentage patiënten in uw praktijk bij wie u overgewicht/obesitas ter sprake heeft gebracht in het afgelopen jaar.
2	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk bij wie de BMI is vastgesteld in het afgelopen jaar.
3	Percentage patiënten in uw praktijk bij wie de buikomvang is vastgesteld in het afgelopen jaar
4	Percentage patiënten in uw praktijk waarbij gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico* is vastgesteld in het afgelopen jaar.
5	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk dat daarvoor binnen uw praktijk in behandeling* is geweest in het afgelopen jaar.
6	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk dat is doorverwezen vanuit uw praktijk voor behandeling* elders in het afgelopen jaar
7	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk bij wie de lichamelijke activiteit is vastgesteld in het afgelopen jaar.
8	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk bij wie een voedingsadvies is gegeven in het afgelopen jaar.
9	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk bij wie de kwaliteit van leven in kaart is gebracht in het afgelopen jaar.
10	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk dat begeleiding* kreeg na afloop van een behandeling in het afgelopen jaar.

Uitkomstindicatoren

11	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk bij wie de BMI is verslechterd/gelijk gebleven/verbeterd in het afgelopen jaar.
12	Percentage patiënten in uw praktijk bij wie het afgelopen jaar de buikomvang is verslechterd/gelijk gebleven/verbeterd (gemiddelden in cm).
13	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk die voldoen aan de norm gezond bewegen.
14	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk waarbij de kwaliteit van leven door de behandeling is verslechterd/gelijk gebleven/verbeterd in het afgelopen jaar.

Structuurindicatoren

15	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk bij wie het afgelopen jaar een individueel zorgplan is opgesteld.
16	Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk bij wie het afgelopen jaar een centrale zorgverlener is aangewezen.
17	Wordt de zorg voor overgewicht en obesitas in uw praktijk vanuit een zorggroep aangeboden?
18	Heeft uw praktijk geformaliseerde werkafspraken met andere zorgverleners/praktijken rondom overgewicht en obesitas?
19	Worden de geformaliseerde werkafspraken rondom overgewicht/obesitas minimaal eenmaal per jaar door de diverse betrokken zorgverleners geëvalueerd?
20	Is er informatie-uitwisseling met betrekking tot overgewicht en obesitas tussen zorgverleners buiten reguliere overdrachten om?

4.2 Respons

De opgestelde lijst met indicatoren is voorgelegd aan stakeholders (landelijke adviseurs en lokale zorgverleners). In onderstaande tabel wordt de respons weergegeven voor zowel de eerste ronde (relevantie) als de tweede ronde (haalbaarheid).

Tabel 2 : Response rate

Table 2: Participating experts in the 2-RoUnD study and response rates per round and per discipline

Discipline	Round 1 (n = 87)		Round 2 (n = 27)	
	Invited	Participated (%)	Invited	Participated (%)
	GP	6	5 (80)	5
GP assisting nurse	7	3 (43)	3	0
Physiotherapists	13	7 (54)	7	3 (43)
Dieticians	6	3 (50)	3	3 (100)
Nurses	6	1 (17)	1	1 (100)
Pedagogues	12	4 (33)	4	1 (25)
Advisors	27	21 (78)	-	-
Pediatrician	5	4 (80)	4	1 (25)
Social Workers	5	2 (40)	-	-
OVERALL	87	50 (57)	27	11 (41)

4.3 Relevantie van geselecteerde indicatoren

In de eerste ronde zijn 87 stakeholders benaderd om voor de 20 geselecteerde indicatoren te registreren of zij deze relevant vonden voor het meten van de kwaliteit van de keten. Met een respons van 57% (n=50) kunnen de onderstaande resultaten – gerangschikt naar proces-, uitkomst- en structuurindicatoren - gepresenteerd worden. De indicatoren zijn gerangschikt van meest relevant naar minst relevant.

Procesindicatoren

Indicator <i>Percentage patiënten (met overgewicht/ obesitas) in uw praktijk....</i>	Relevant (%)	Niet relevant – niet irrelevant (%)	Irrelevant (%)
.. waarbij gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico* is vastgesteld in het afgelopen jaar.	93.0	7.0	0.0
.. bij wie de BMI is vastgesteld in het afgelopen jaar.	88.4	9.3	2.3
.. dat is doorverwezen vanuit uw praktijk voor behandeling* elders in het afgelopen jaar	88.4	7,0	4.7
.. bij wie een voedingsadvies is gegeven in het afgelopen jaar.	88.4	9.3	2.3
.. bij wie de lichamelijke activiteit is vastgesteld in het afgelopen jaar.	86.0	11.6	2.3
.. bij wie u overgewicht/obesitas ter sprake heeft gebracht in het afgelopen jaar.	81.8	9.1	9.1
.. dat daarvoor binnen uw praktijk in behandeling* is geweest in het afgelopen jaar.	81.4	14,0	4.7
..dat begeleiding kreeg na afloop van een behandeling in het afgelopen jaar.	81.4	14,0	4.7
.. bij wie de kwaliteit van leven in kaart is gebracht in het afgelopen jaar.	54.8	35.7	9.5
.. bij wie de buikomvang is vastgesteld in het afgelopen jaar	51.2	37.2	11.6

Uitkomstindicatoren

Indicator <i>Percentage patiënten (met overgewicht/ obesitas) in uw praktijk....</i>	Relevant (%)	Niet relevant – niet irrelevant (%)	Irrelevant (%)
..bij wie de BMI is verslechterd/gelijk gebleven/verbeterd in het afgelopen jaar.	81.8	9.1	9.1
.. die voldoen aan de norm gezond bewegen.	79.5	15.9	4.5
.. waarbij de kwaliteit van leven door de behandeling is verslechterd/gelijk gebleven/verbeterd in het afgelopen jaar.	74.4	20.9	4.7
.. bij wie het afgelopen jaar de buikomvang is verslechterd/gelijk gebleven/verbeterd (gemiddelden in cm).	48.8	34.9	16.3

Structuurindicatoren

Indicator	Relevant (%)	Niet relevant – niet irrelevant (%)	Irrelevant (%)
Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw praktijk bij wie het afgelopen jaar een individueel zorgplan is opgesteld.	84.1	9.1	6.8
Heeft uw praktijk geformaliseerde werkafspraken met andere zorgverleners/praktijken rondom overgewicht en obesitas?	84.1	9.1	6.8
Worden de geformaliseerde werkafspraken rondom overgewicht/obesitas minimaal eenmaal per jaar door de diverse betrokken zorgverleners geëvalueerd?	79.1	16.3	4.7
Percentage patiënten (met overgewicht/obesitas) in uw	67.4	30.2	2.3

praktijk bij wie het afgelopen jaar een centrale zorgverlener is aangewezen.			
Is er informatie-uitwisseling met betrekking tot overgewicht en obesitas tussen zorgverleners buiten reguliere overdrachten om?	58.1	32.6	9.3
Wordt de zorg voor overgewicht en obesitas in uw praktijk vanuit een zorggroep aangeboden?	48.8	34.9	16.3

4.4 Haalbaarheid van geselecteerde indicatoren

Op basis van ronde 1 zijn alle indicatoren geselecteerd voor ronde 2. Alle indicatoren werden gemiddeld voor minimaal 50% als relevant bestempeld. Alle 20 indicatoren zijn hiermee doorgegaan naar ronde 2. Voor de mogelijke indicatoren is bepaald welke items geregistreerd zouden moeten worden om uitspraken te kunnen doen over de betreffende indicatoren. Deze items zijn gecategoriseerd in items op klantniveau en items op praktijkniveau. In totaal betreft het 26 items. De respons in deze ronde 41%. Van de respondenten behandeld 18% enkel volwassenen, 36% kinderen en 46% beide doelgroepen.

Hieronder worden de resultaten met betrekking tot de haalbaarheid van indicatoren gepresenteerd.

4.4.1 Huidige registratie van indicatoren

KLANTNIVEAU	JA (%)	NEE (%)	MISSING (%)
Gewicht	100	0	0
Lengte	100	0	0
Leeftijd	100	0	0
Lichamelijke activiteit vastgelegd	90.9	9.1	0
Gewicht met cliënt besproken	81.8	9.1	9.1
Klant is doorverwezen voor overgewicht	81.8	18.2	0
Klant wordt door mij behandeld voor overgewicht	72.7	27.3	0
Aanwezigheid DM2	63.6	36.4	0
Voedingsadvies gegeven	63.6	36.4	0
Aanwezigheid individueel zorgplan	54.5	45.5	0
Buikomvang	45.5	54.5	0
Score lichamelijke activiteit	45.5	54.5	0
Aanwezigheid gestoord nuchter glucose	36.4	63.6	0
Aanwezigheid (risico op) HVZ	36.4	54.5	9.1
Aanwezigheid Centrale Zorgverlener	36.4	63.6	0
Klant krijgt begeleiding na afloop behandeling	28.6	71.4	0
Aanwezigheid van slaapapneu	27.3	63.6	9.1
Aanwezigheid van artrose	27.3	63.6	9.1
Kwaliteit van leven vast gelegd	27.3	72.7	0
Score kwaliteit van leven	22.2	77.8	0
Aanwezigheid 10-jaarsrisico van overlijden HVZ	18.2	72.7	9.1

PRAKTIJKNIVEAU	JA (%)	NEE (%)	MISSING (%)
Totaal aantal kinderen/volwassenen dat per jaar is behandeld in uw praktijk	63.6	36.4	0
Er vindt informatie-uitwisseling plaats buiten reguliere contacten om.	54.5	45.5	0

De praktijk maakt onderdeel uit van een zorggroep	18.2	81.8	0
De praktijk heeft geformaliseerde werkafspraken met andere zorgverleners over behandeling van overgewicht en obesitas	18.2	81.8	0
Er vindt jaarlijks evaluatie van deze geformaliseerde werkafspraken met andere zorgverleners plaats	0	100	0

4.4.2 Mogelijke registratie na aanpassing registratiesysteem

Van de indicatoren die niet geregistreerd werden hebben de respondenten aangegeven of registratie mogelijk is na aanpassing van het systeem. Hieronder worden de resultaten weergegeven.

KLANTNIVEAU	JA (%)	NEE (%)	MISSING (%)
Buikomvang	66.7	33.3	0
Score lichamelijke activiteit	66.7	33.3	0
Kwaliteit van leven vast gelegd	55.6	44.4	0
Aanwezigheid van slaapapneu	37.5	50	12.5
Aanwezigheid van artrose	37.5	37.5	25
Aanwezigheid 10-jaarsrisico van overlijden HVZ	33.3	55.6	11.1
Klant wordt door mij behandeld voor overgewicht	33.3	33.3	33.3
Aanwezigheid gestoord nuchter glucose	28.6	57.1	14.3
Aanwezigheid Centrale Zorgverlener	28.6	28.6	42.9
Score kwaliteit van leven	22.2	77.8	0
Aanwezigheid (risico op) HVZ	14.3	71.4	14.3
Aanwezigheid DM2	40	40	20
Gewicht met cliënt besproken	-	-	-
Klant is doorverwezen voor overgewicht	0	50	50
Lichamelijke activiteit vastgelegd	0	100	0
Voedingsadvies gegeven	0	75	25
Klant krijgt begeleiding na afloop behandeling	0	28.6	71.4
Aanwezigheid individueel zorgplan	0	40	60

PRAKTIJKNIVEAU	JA (%)	NEE (%)	MISSING (%)
De praktijk heeft geformaliseerde werkafspraken met andere zorgverleners over behandeling van overgewicht en obesitas	33.3	22.2	44.4
Er vindt jaarlijks evaluatie van deze geformaliseerde werkafspraken met andere zorgverleners plaats	27.3	18.2	54.5
Er vindt informatie-uitwisseling plaats buiten reguliere contacten om.	16.7	16.7	66.7
De praktijk maakt onderdeel uit van een zorggroep	0	20	80
Totaal aantal kinderen/volwassenen dat per jaar is behandeld in uw praktijk	0	0	100

4.4.3 Haalbaarheid registratie van indicatoren binnen reguliere consult

Van de indicatoren die niet geregistreerd werden, hebben de respondenten aangegeven of registratie haalbaar zou zijn binnen het reguliere consult. Hieronder worden de resultaten weergegeven.

KLANTNIVEAU	JA (%)	NEE (%)	MISSING (%)
Buikomvang	50,0	50,0	0,0
Aanwezigheid 10-jaarsrisico van overlijden HVZ	33.3	55.6	11.1
Aanwezigheid van slaapapneu	25,0	62.5	12.5
Aanwezigheid van artrose	25,0	50,0	25,0
Kwaliteit van leven vast gelegd	22.2	77.8	0,0
Score kwaliteit van leven	22.2	77.8	0,0
Aanwezigheid DM2	20,0	60,0	20,0
Score lichamelijke activiteit	16.7	83.3	0,0
Aanwezigheid (risico op) HVZ	14.3	71.4	14.3
Aanwezigheid gestoord nuchter glucose	0,0	85.7	14.3
Gewicht met cliënt besproken	0,0	0,0	0,0
Klant wordt door mij behandeld voor overgewicht	0,0	66.7	33.3
Klant is doorverwezen voor overgewicht	0,0	50,0	50,0
Lichamelijke activiteit vastgelegd	0,0	100,0	0,0
Voedingsadvies gegeven	0,0	75,0	25,0
Klant krijgt begeleiding na afloop behandeling	0,0	28.6	71.4
Aanwezigheid individueel zorgplan	0,0	40,0	60,0
Aanwezigheid Centrale Zorgverlener	0,0	28.6	42.9

PRAKTIJKNIVEAU	JA (%)	NEE (%)	MISSING (%)
Er vindt jaarlijks evaluatie van deze geformaliseerde werkafspraken met andere zorgverleners plaats	18.2	27.36	54.5
De praktijk heeft geformaliseerde werkafspraken met andere zorgverleners over behandeling van overgewicht en obesitas	11.1	33.3	55.6
Er vindt informatie-uitwisseling plaats buiten reguliere contacten om.	0	33.3	66.7
De praktijk maakt onderdeel uit van een zorggroep	0	20	80
Totaal aantal kinderen/volwassenen dat per jaar is behandeld in uw praktijk	0	0	100

5 Beschouwing

5.1 Samenvatting van de resultaten

Op basis van literatuuronderzoek en interviews is een lijst van 20 mogelijk relevante indicatoren opgesteld. 50 stakeholders hebben de relevantie van deze indicatoren beoordeeld en gemiddeld werden alle 20 indicatoren als relevant beschouwd. In de tweede ronde bleek dat van de 26 items die gescoord moeten worden slechts drie items momenteel door alle respondenten worden geregistreerd (lengte, leeftijd en gewicht). Van de overige indicatoren is gebleken dat de haalbaarheid om deze te registreren uiteen loopt. Opmerkelijk is dat bij relevantie van indicatoren het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico erg hoog scoort, maar dat bij de haalbaarheid niet alle items die hiervoor gemeten moeten worden hoog scoren. Enkel buikomvang scoort hoog met betrekking tot de haalbaarheid van registratie. Daarnaast is het opmerkelijk dat de items op klantniveau met een hogere haalbaarheid uit de bus komen dan de items op praktijkniveau.

5.2 Discussie

De gevonden resultaten zullen in deze paragraaf kritisch bediscussieerd worden. De respons valt met name in ronde twee tegen (n=11). Hierdoor is het moeilijk om generaliserende conclusies te trekken op basis van de resultaten. Voordeel is wel dat van de eerstelijnszorgverleners die betrokken zijn in de keten (fysiotherapeuten, huisartsen, diëtisten, jeugdarts, pedagoog en een verpleegkundige) deel hebben genomen. De diversiteit van de stakeholders is dus wel vertegenwoordigd. Wat wenselijk is om te onderzoeken is de verschillen in registratiegedrag en mogelijkheden. Dat is op basis van de beschikbare data mogelijk, maar vanwege tijdsgebrek niet haalbaar gebleken in deze analyse.

Opvallend is de hoge respons met betrekking tot de relevantie van indicatoren en de veel lagere respons met betrekking tot de haalbaarheid van de indicatoren. Bovendien hebben veel meer inspanningen gepleegd moeten worden om te komen tot respons in ronde 2. Het is aannemelijk dat de prioriteit van zorgverleners nog niet het registreren van items met betrekking tot de kwaliteit van de keten overgewicht obesitas ligt. Dit blijkt uit ook uit de projectgroepbijeenkomsten waarin de projectgroepleden met name aangeven dat het op dit moment essentieel is om gezamenlijk te komen tot een keten voor overgewicht en obesitas waarbij deskundigheid en werkafspraken centraal dienen te staan en niet direct het meten van indicatoren.

5.3 Conclusie

De set van ontwikkelde kwaliteitsindicatoren in deze studie representeert de mening van verschillende stakeholders op de relevantie en haalbaarheid van de betreffende kwaliteitsindicatoren voor het meten van de kwaliteit van ketenzorg voor overgewicht en obesitas in Zwolle.

De relevantie van de opgestelde indicatoren staat niet ter discussie bij de respondenten, de mogelijkheden tot registreren wel. Voordat er een registratiesysteem geïmplementeerd dient te worden, dient eerst de keten inhoudelijk goed ontwikkeld te zijn. De methodologie die gebruikt is draagt bij aan het prikkelen van zorgverleners met betrekking tot het belang van het meten van indicatoren. Bovendien draagt de methode bij aan het creëren van draagvlak door de inspraak die stakeholders hebben.

Deze studie kan gezien worden als het startpunt voor de ontwikkeling van een set van indicatoren.

5.4 Aanbevelingen

Hieronder volgen enkele aanbevelingen: (1) voor vervolgonderzoek en (2) voor implementatie in de praktijk.

Vervolgonderzoek is wenselijk op de volgende terreinen:

- Uiteensplitsing van de verschillende beroepsgroepen en hun registratiegedrag en – mogelijkheden
- Verhogen van de respons (breder uitzetten)
- Onderzoek naar de nodige aanpassingen om het registreren van de relevante indicatoren mogelijk te maken.

Voor de praktijk (en het komen tot een registratiesysteem van de kwaliteitsindicatoren kunnen de volgende aanbevelingen geformuleerd worden:

- Maak eerst afspraken over taken en rollen, voordat je overgaat op registratie van indicatoren.
- Houdt bij ketenregistratie rekening met alle verschillende partijen en verschillende systemen die op elkaar afgestemd moeten worden.
- Sluit zoveel mogelijk aan bij bestaande registratiesystemen, gegevens moeten geëxtraheerd kunnen worden uit bestaande registratiesystemen
- Je moet de zorgverleners zien te verleiden. Prestatie-indicatoren dienen een meerwaarde te hebben voor de professional, meerwaarde kan zijn:
 - Inzicht in eigen patiëntenpopulatie
 - Adviezen om patiënten beter kunnen te begeleiden
 - Formuleer een duidelijk doel voor de registratie en zorg dat de ‘registreerders’ dat ook op hun netvlies hebben staan.
- Beperk de set indicatoren en beperk het aantal registratiemomenten
- Softe indicatoren rondom samenwerking enzovoort zijn moeilijk uit het systeem te halen.
- Start met registreren bij huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten
- Sluit met je indicatoren aan bij de bestaande registraties (COPD, CVRM, Diabetes, CJG)
- Betrek de klant waar mogelijk in de registratie, probeer hierin ook zelfmanagement te stimuleren

6 Referenties

1. Halberstadt J, Seidell JC, HiraSing RA, Renders CM, van Bolhuis AMP. Partnership Overweight Netherlands: the development of a chronic disease management model for overweight and obesity (Partnerschap Overgewicht Nederland: ontwikkeling van een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas). TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2008;86(6):281-3.
2. NICE. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. 2006.
3. CBO. Guideline identification and treatment of obesity in adults and children. (Multidisciplinaire CBO-richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen). 2008.
4. Seidell JC, Beer dJJA, Kuijpers T. Guideline "Diagnosis and treatment of obesity in adults and children" (Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2008;152(38):2071 -6.
5. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. . Health affairs. 2001;20(6):64-78.
6. PON. National Standard for Obesity Care. 2010.
7. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: Health administration Press; 1980.
8. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. 2003 Apr 12;326(7393):816-9.
9. Turpin RS, Darcy LA, Koss R, McMahill C, Meyne K, Morton D, et al. A model to assess the usefulness of performance indicators. Int J Qual Health Care. 1996 Aug;8(4):321-9.
10. Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. Qual Saf Health Care. 2003 Apr;12(2):100-6.
11. Rayens MK, Hahn EJ. Building consensus using the policy of Delphi Method. Policy Polit Nurs Pract. 2000;1:308-15.

7 Bijlagen

7.1 Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico

Volwassenen en senioren (volgens concept zorgstandaard en LASA)

Bij volwassenen wordt het risiconiveau bepaald door BMI in combinatie met de buikomvang (vetverdeling) en de aanwezigheid van comorbiditeit. De combinatie van deze factoren bepaald het risiconiveau waar de persoon zich in bevindt.

Volwassenen: Niveaus van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico

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

BMI

De BMI is ingedeeld in categorieën waarbij mensen meer of minder gezondheidsrisico lopen. De algemene BMI indeling voor blanke volwassenen van 18 tot ongeveer 70 jaar is als volgt:

Normaal gewicht > 20 BMI < 25

Overgewicht > 25 BMI < 30

Obesitas BMI > 30

De BMI van senioren ouder dan 70 jaar wordt geadviseerd de waarden aan te passen naar (bron:LASA) :

Normaal gewicht > 20 BMI < 28

Overgewicht > 28 BMI < 30

Obesitas BMI > 30

Buikomvang

De buikomvang heeft voor volwassenen tot 70 jaar de afkappunten van **88 cm** bij vrouwen en **102 cm** bij mannen.

Voor senioren boven 70 jaar geeft LASA het advies de afkappunten te verhogen naar **99 cm** voor vrouwen en **106 cm** voor mannen. (Heim, VUmc)

Comorbiditeit

Comorbiditeit is een additionele chronische aandoening bij mensen die al een ziekte hebben.

Aandoeningen die invloed hebben op het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico zijn:

- Diabetes mellitus type 2
- Hypertensie
- Dyslipidemie
- Artrose
- Slaapapneu

Uitsluitend bij vermoeden comorbiditeit is verwijzing naar huisarts voor vaststellen / uitsluiten comorbiditeit noodzakelijk.

Kinderen (volgens concept zorgstandaard):

Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

De aanwezigheid van obesitas of een hoog risico daarop wordt vastgesteld door middel van het 'gewichtsgelateerd gezondheidsrisico'. Dit risico drukt de ernstgraad van obesitas uit en geeft aan hoe groot de kans op aan obesitas gerelateerde gezondheidsschade is. Bij kinderen wordt dit (voorlopig) alleen bepaald door BMI en comorbiditeit. De combinatie van deze twee gegevens bepaalt het risiconiveau waar het kind zich in bevindt. Naast de BMI en aanwezigheid van comorbiditeit is het meten van de buikomvang eveneens van belang. Vooralsnog niet als onderdeel van de diagnostiek, maar als relevante informatie voor het beoordelen van de effectiviteit van een interventie. Onderstaand een schematische weergave van de niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico:

Kinderen: Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

BMI* (kg/m ²)	Geen comorbiditeit	Comorbiditeit
BMI < 25	Geen overgewicht	Geen overgewicht
≥ 25 BMI < 30	Licht verhoogd risico	Hoog risico
≥ 30 BMI < 35	Hoog risico	Zeer hoog risico
≥ 35 BMI < 40	Zeer hoog risico	Extreem hoog risico
BMI ≥ 40	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico

* De afkappunten aangeduid met BMI 25 en 30 kg/m² zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 resp. 30 kg/m². De afkappunten aangeduid met BMI 35 en 40 kg/m² zijn gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 resp. 40kg/m² (Stef van Buuren, ongepubliceerd).

0 – 2 jarigen

Voor kinderen onder de 2 jaar is er geen bruikbare methode om overgewicht te definiëren. Op deze leeftijd is het wel van belang lengte/gewicht ratio van het kind goed te volgen om op latere leeftijd een goed overzicht te hebben van het beloop van de groei. Daarnaast kan worden aangeraden bij het eerste bezoek aan de JGZ de ouderlengte en het oudergewicht te bepalen en te noteren vanwege het mogelijke belang van familiale factoren. (Signaleringsprotocol, 2004).

Afkappunten overgewicht, obesitas en morbide obesitas

Voor de grenswaarden voor overgewicht en obesitas wordt gebruik gemaakt van de Internationaal geaccepteerde 'Cole-cut points' (Cole et al, 2000). Dit zijn internationale BMIgrenzen voor overgewicht en obesitas voor jongens en meisjes tussen de 2 en 18 jaar. Tot dusver bestonden er echter geen geaccepteerde afkapwaarden voor morbide obesitas (BMI_ 35 kg/m², BMI _ 40 kg/m²) voor kinderen. De Nationale Groeistudie uit 1980 is als referentiekader gebruikt voor nieuw geformuleerde

afkappunten die stadia van obesitas bij kinderen verder differentiëren. De reden om de studie uit 1980 te gebruiken, is dat kinderen in de periode tussen 1960 en 1980 in gewicht gelijk zijn gebleven en na 1980 kinderen in gewicht zijn gestegen. Door data uit 1980 te gebruiken, heeft de snelle gewichtsstijging na 1980 geen invloed op de criteria en afkappunten. (manuscript Van Buuren S, Hirasing RA, Cut off values of severe obesity).

De nieuw geformuleerde afkappunten sluiten verder aan op de BMI- afkappunten 35 en 40, die bij volwassenen respectievelijk het onderscheid weergeven tussen obesitas en morbide obesitas. Voor het onderscheid tussen overgewicht en obesitas, zal gebruik gemaakt blijven worden van de Internationaal geaccepteerde Cole-cut points. In bijlage 3 staan de tabellen met nieuw geformuleerde afkappunten voor jongens en meisjes. Deze tabellen zullen in een later stadium nog worden samengevoegd met de internationale afkappunten van Cole die eveneens vermeld staan in bijlage 3 van de concept Zorgstandaard Obesitas. Voor 0-2 jarigen zijn nog geen 'afkappunten' gedefinieerd voor de diagnostiek van overgewicht en obesitas. Aan de Gezondheidsraad is advies gevraagd over de preventie en behandeling van overgewicht bij 0-2 jarigen, waarbij de bevindingen van het Partnerschap Overgewicht Nederland over dit onderwerp worden betrokken (Nota Overgewicht).