

**Preventie en behandeling van overgewicht
en obesitas in Zwolle**

SENIOREN

**Eindrapport Kwalitatief Onderzoek
ATW Overgewicht**

Versie: 05032010/definitief

Maart 2010

Drs. R.E. Derksen

Drs. W.J. Brink- Melis

Dr. J.J.M. ten Dam

Prof. dr. ir. J.C. Seidell

Dr. T.L.S. Visscher

Inhoudsopgave

LEESWIJZER	3
SAMENVATTING	4
1 INLEIDING	7
1.1 SENIOREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS	7
1.2 ZORGVERLENING VOOR SENIOREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS	9
1.2.1. <i>Cijfers, toekomstbeeld en de Zwolse situatie</i>	9
1.2.2. <i>Partnerschap Overgewicht Nederland</i>	10
1.3 KETENZORG VOOR SENIOREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS	11
1.3.1 <i>Waarom ketenzorg?</i>	11
1.3.2. <i>Modellen van ketenzorg</i>	12
2 PROBLEEMSTELLING	16
2.1 ONDERZOEKSDOEL.....	16
2.2 ONDERZOEKSVRAGEN	16
3 METHODE	17
3.1 WERVING DEELNEMERS	17
3.1.1 <i>Zorgverleners</i>	17
3.1.2 <i>Senioren</i>	17
3.2 DATAVERZAMELING.....	18
3.2.1 <i>Zorgverleners</i>	19
3.2.2 <i>Senioren</i>	19
3.3 DATA-ANALYSE	20
3.3.1 <i>Open coderen</i>	20
3.3.2 <i>Axiaal coderen</i>	20
3.3.3 <i>Selectief coderen</i>	21
3.3.4 <i>Integreren</i>	21
3.4 KWALITEITSBEWAKING	21
3.4.1 <i>Kwaliteit van de dataverzameling</i>	21
3.4.2 <i>Kwaliteit van de data-analyse</i>	22
4 RESULTATEN	23
4.1. ONDERZOEKSPOPULATIE	23
4.2. HUIDIGE SITUATIE	23
4.3. GEWENSTE SITUATIE	25
4.4 HOOFDTHEMA'S	27
4.4.1 <i>Serius nemen & bespreken</i>	27
4.4.2 <i>Motiveren</i>	31
4.4.3 <i>Volhouden</i>	34
4.4.4 <i>Samenwerken</i>	37
4.5 BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN	40
4.5.1 <i>Bevorderende factoren</i>	41
4.5.2 <i>Belemmerende factoren</i>	42
5 BESCHOUWING	44
5.1 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN	44
5.2 DISCUSSIE	45
5.2.1 <i>Onderzoeksmethode</i>	45
5.2.2 <i>Kwaliteit</i>	46
5.2.3 <i>Praktische haalbaarheid</i>	46
5.3 CONCLUSIE.....	47
5.4 AANBEVELINGEN.....	47
5.4.1 <i>Vervolgonderzoek</i>	47
5.4.2 <i>Praktijk</i>	48
6 REFERENTIES	50
7 BIJLAGEN	53

Leeswijzer

Overgewicht en obesitas nemen ook in Zwolle toe. Een adequate aanpak om de problematiek aan te pakken is gewenst. Ketenzorg wordt gezien als een veelbelovende aanpak, maar wordt nog niet ingezet in de huidige situatie. Binnen de ATW Overgewicht werken OPOZ en Icare samen met ketenpartners aan het realiseren van ketenzorg voor senioren en kinderen met overgewicht in Zwolle. Dit eindrapport betreft de zorg gericht op senioren. Het eindrapport gericht op kinderen is eveneens afgerond en beschikbaar. Het project wordt gesubsidieerd door ZonMw voor een periode van 3 jaar en heeft een looptijd tot april 2011.

Dit eindrapport beschrijft de conclusies van het kwalitatieve onderzoek rondom zorgverlening voor senioren met overgewicht dat in de inventarisatiefase van het project heeft plaatsgevonden. Middels dit onderzoek is onderzocht hoe de huidige zorgverlening en de gewenste zorgverlening eruit zien volgens zorgverleners en senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle en welke bevorderende en belemmerende factoren een rol spelen bij het realiseren van de gewenste situatie.

Dit eindrapport beschrijft de conclusies van het kwalitatieve onderzoek en is geschreven voor de projectleider van de ATW Overgewicht Senioren, de projectgroep ATW Overgewicht Senioren en de Stuurgroep ATW Overgewicht. Het biedt handvatten om de zorgverlening in Zwolle voor senioren met overgewicht en obesitas te verbeteren. Daarnaast zal vervolgonderzoek plaatsvinden dat, samen met het hier beschreven onderzoek, zal leiden tot de beschrijving van een best-practice ketenzorgmodel voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle.

Dit eindrapport was niet tot stand gekomen zonder de inzet van de projectgroepen, de stuurgroep en de geconsulteerde adviseurs. Maar bovenal niet zonder de deelnemers aan de focusgroepen en interviews. Bedankt voor jullie inzet!

Samenvatting

Titel

Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Senioren
Eindrapport Kwalitatief Onderzoek – ATW Overgewicht

Achtergrond

De zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas kenmerkt zich door verschillende knelpunten. Ketenzorg kan de zorgverlening verbeteren, maar wordt in de huidige situatie nog niet ingezet. Om passende ketenzorg te realiseren is inzicht in de huidige en gewenste situatie noodzakelijk, evenals inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de zorginnovatie. De situatie dient zowel vanuit het perspectief van zorgverleners als van senioren bekeken te worden.

Doel

Inzicht verkrijgen in de huidige en gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle en de bevorderende en belemmerende factoren die worden gezien met betrekking tot implementatie. De beschrijving dient handvatten te bieden om verandering in de praktijk te realiseren.

Onderzoeksvraag

Hoe kan de zorgverlening voor senioren (60+) met overgewicht en obesitas in Zwolle verbeterd worden?

Methode

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een kwalitatief onderzoek volgens de methode van de grounded theory (GT) plaatsgevonden. Middels focusgroepen en interviews met 29 zorgverleners (fysiotherapeuten, diëtisten, wijkverpleegkundigen, huisartsen, praktijkondersteuners, internist en psycholoog) en focusgroepen met 25 senioren met overgewicht en obesitas zijn gegevens verzameld. De analyse heeft plaatsgevonden in het programma Atlas.ti conform de stappen binnen GT. De data zijn aangevuld met gegevens vanuit expertmeetings en consulering van individuele landelijke adviseurs met diverse relevante achtergronden (bijlage 1).

Resultaten

De huidige zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle, kenmerkt zich door moeizame signalering van overgewicht. Senioren voelen zich vaak niet serieus genomen en verwijzingen verlopen moeizaam. De behandeling is veelal monodisciplinair. Waar toch multidisciplinair wordt samengewerkt, zijn de ervaringen positief. Evaluaties vinden plaats op individueel niveau met de klant. Zowel in de infrastructuur van de keten als in de deskundigheid van zorgverleners worden knelpunten ervaren door zowel zorgverleners als senioren. De verwachtingen van senioren en zorgverleners met betrekking tot het resultaat van een behandeling komen vaak niet overeen, waardoor senioren teleurgesteld zijn over het behaalde resultaat.

Ten aanzien van de gewenste zorgverlening bestaat vooral behoefte aan duidelijke en efficiënte werkafspraken. In de gewenste situatie is er sprake van continue monitoring. De huisartsenpraktijk kan een spilfunctie vervullen, mits aansluiting met wijkgerichte activiteiten is gewaarborgd. Zorgverleners verlenen zorg op maat, waarbij senioren uit een gedifferentieerd aanbod kunnen kiezen. De senior heeft een zorgverlener die functioneert als eerste aanspreekpunt.

Het is essentieel dat in de gewenste situatie voldoende aandacht is voor zowel de bejegening van de senioren, als aansluiting bij de persoonlijke situatie van de senioren. Dit kan worden samengevat in de volgende hoofdthema's: *serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden* en *samenwerken*. Bij het implementeren van de zorgverbetering dient rekening gehouden te worden met de bevorderende en belemmerende factoren genoemd door senioren en zorgverleners.

Conclusie

De zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle kan worden verbeterd door het opzetten van een zorgketen waarin structuur-, proces-, en zorginhoudelijke elementen een plaats krijgen. De uitgevoerde inventarisatie biedt handvatten voor het verbeteren van deze elementen. Het ketenmodel kan ontwikkeld worden aan de hand van de uitgangspunten uit de modellen van Schrijvers, Donkers en Wagner, mits aangevuld met aandacht voor de communicatie tussen zorgverlener en senior en tussen zorgverleners onderling. De essentie van deze aandacht voor communicatie is te splitsen in de volgende hoofdthema's: *serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden* en *samenwerken*. Zorgverleners en senioren blijken vanuit verschillende perspectieven te kijken naar deze thema's. Door deze verschillen kan miscommunicatie ontstaan en daardoor stagnatie in de keten van de zorgverlening. Zorgen voor passende aansluiting bij landelijke ontwikkelingen,

bij andere zorgketens, bij de belevingswereld van de senior en bij wijkgerichte (preventie)activiteiten zijn belangrijke bevorderende factoren bij de realisering van de gewenste zorgverlening. Evenals het aanstellen van een regievoerder en het monitoren van de behandelgegevens. Een eenzijdige focus op een individuele aanpak in plaats van op een systeemaanpak is een mogelijke belangrijke belemmering bij het realiseren van de gewenste zorgverlening.

Aanbevelingen

Vervolgonderzoek is nodig om de situatie in Zwolle verder in kaart te brengen. Dit onderzoek dient zich te richten op specifieke doelgroepen, monitoring van effectiviteit en bereik en samenwerking in de keten. De bevindingen in dit rapport beschreven, zijn bedoeld ter ondersteuning van de ontwikkeling van een zorgprogramma. Hierin hoort naast aandacht voor de structuur, zoals in de resultaten naar voren komt, ook aandacht te zijn voor het betrekken van alle zorgverleners in Zwolle en hun deskundigheidsbevordering.

1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de achtergronden en uitgangspunten van het onderzoek beschreven.

1.1 Senioren met overgewicht en obesitas

Overgewicht is het gevolg van een langdurige verstoorde energiebalans (de inname van energie is hoger dan het energieverbruik). Deze verstoorde energiebalans wordt veroorzaakt door complexe individuele biologische, gedrags- en omgevingsfactoren (Kremers, 2006). Overgewicht ($BMI \geq 25$) komt voor bij ongeveer de helft van de Nederlandse volwassenen en obesitas ($BMI > 30$) bij ruim 10% van de Nederlandse volwassenen (Schokker, 2006). De toename van overgewicht en obesitas, die het grootst is bij bevolkingsgroepen met een lage SES en niet-westerse bevolkingsgroepen, vormt een grote bedreiging voor de Nederlandse volksgezondheid (Schokker, 2006). Naast een verminderde kwaliteit van leven en lichamelijke beperkingen zorgen overgewicht en obesitas ook voor een aanzienlijke toename van de medische kosten. De behandeling van overgewicht en obesitas laat tot op heden teleurstellende resultaten zien (Seidell, 2005).

De aanpak van overgewicht en obesitas bij senioren (personen boven de 60 jaar) verdient hoge prioriteit om de volgende redenen:

- Op middelbare en oudere leeftijd zijn een te hoog lichaamsgewicht en te weinig lichaamsbeweging gerelateerd aan een hogere morbiditeit en mortaliteit en meer lichamelijke beperkingen (Visscher et al., 2005).
- De grootste toename van obesitas vindt plaats gedurende de volwassenheid. De prevalentie van obesitas bij mannen in Nederland neemt gemiddeld van 4,4% in de leeftijdscategorie 20-29 jaar toe tot 14,7% in de leeftijdscategorie van 50-59 jaar. Voor vrouwen geldt een toename van 5,4% naar 17% (Visscher et al, 2005).
- Zowel bij mannen als bij vrouwen blijft het gewicht toenemen naar mate de jaren verstrijken (Seidell, 2005). Vooral bij mensen die met pensioen zijn gegaan na een actieve baan, nemen lichaamsgewicht en middelomtrek toe (Nooyens, 2005).
- Toename van gewicht bij senioren (onafhankelijk of er reeds sprake is van overgewicht) is een risicofactor voor het krijgen van verschillende ziekten (diabetes 2, borstkanker, etc.). Het absolute risico op ziekte en vroegtijdige sterfte is bij senioren het hoogst (Seidell et al, 2005).
- Leefstijlinterventies laten ook bij senioren gunstige effecten zien (Seidell et al, 2005).

De toename van chronisch zieken door vergrijzing van de bevolking is door het RIVM (2007) berekend op basis van demografische projecties, rekening houdend met groei, vergrijzing en trends in prevalentie van ziekten in het verleden (RIVM, 2007). Over circa 20 jaar is het aantal 65 plussers in Nederland met de helft toegenomen: van 14% in 2005 tot 21% in 2025. Parallel daaraan neemt het aantal patiënten met één of meerdere chronische ziekten toe. In tabel 1 wordt de stijging in prevalentie van een aantal chronische aandoeningen in de periode 2005 – 2025 weergegeven (RIVM, 2007).

Tabel 1: Stijging prevalentie 2005 – 2025 algehele bevolking (%) (RIVM, 2007)

Hart- en vaatziekten	%	Kanker	%	Overig	%
Hartinfarct	38	Longkanker	47	Obesitas	20
Hartfalen	34	Borstkanker	30	Diabetes Mellitus	58
Beroerte	57	Dikkedarmkanker	45	COPD	19
				Osteoperose	41

Wanneer de prevalentie van overgewicht in het huidige tempo door blijft stijgen kan met name voor diabetes mellitus een sterkere stijging in de prevalentie worden verwacht dan in de tabel genoemd (71% wanneer de Nederlandse trend wordt gecontinueerd, 90% indien in Nederland de huidige trend in de Verenigde Staten wordt gevolgd).

De stijging van de hiervoor genoemde chronische aandoeningen impliceert dat ook het aantal patiënten met meer dan een chronische aandoening, met name onder 65 plus, zal toenemen (Van Bussel, 2007). Hiermee ontstaat bij deze groep een complexe zorgvraag (meer zorgconsumptie en meer zorgverleners betrokken), waardoor extra aandacht nodig is voor coördinatie van zorg en het welbevinden van de patiënten (Rosendal et al, 2009).

De bovengenoemde landelijke trend is ook zichtbaar in de stad Zwolle. In tabel 2 wordt weergegeven hoeveel inwoners van 60 jaar en ouder in Zwolle wonen en hoeveel van hen overgewicht en obesitas hebben (RIVM, 2008; CBS, 2008; Zwollemonitor, 2008).

Tabel 2: Aantal senioren met overgewicht en obesitas in de stad Zwolle

60 jaar en ouder	Inwoners (%)	Overgewicht (%)	Obesitas (%)
Man + Vrouw	20.540 (100)	9.113 (44,4)	2.285 (11,1)
Man	8.973 (100)	4.487 (50)	897 (10)
Vrouw	11.567 (100)	4.627 (40)	1.388 (12)

Percentages geschat op basis van cijfers RIVM (2008), CBS (2008) en Zwollemonitor(2008)

1.2 Zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas

De meeste senioren met overgewicht en obesitas maken gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg. Mede door landelijke ontwikkelingen komt er binnen de eerstelijns meer aandacht voor overgewicht en obesitas.

1.2.1. Cijfers, toekomstbeeld en de Zwolse situatie

De zorgvraag van senioren is, door onder andere de dubbele vergrijzing, de laatste jaren complexer geworden. Toch weet tweederde van de zelfstandig wonende 55-plussers zich zonder hulp te redden. Een kwart van de 55-plussers ontvangt alleen hulp van mantelzorg, thuiszorg of een particuliere hulp. Ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen en ouderen met een lage sociaaleconomische status maken verhoudingsgewijs meer gebruik van thuiszorg. Ongeveer 5% van de ouderen boven de 65 jaar woont in een verzorgingshuis, terwijl 2% in een verpleeghuis verblijft (Vilans, 2009).

Zoals uit bovenstaande cijfers blijkt maken de meeste senioren gebruik van de reguliere eerstelijnszorg. Eerstelijnszorg is generalistische zorg en omvat algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging, verzorging, niet gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting (Gezondheidsraad, 2004). De eerstelijnszorg fungeert als de poortwachter voor specialistische zorg waardoor doelmatigheid ontstaat en onnodige medische zorg wordt voorkomen (VWS, 2003). Verder neemt de druk op zorgverleners toe door onder meer de dubbele vergrijzing. In 1997 had een 65-plusser gemiddeld 13 keer per jaar contact met de huisarts, in 2004 was dit al opgelopen tot bijna 16 keer per jaar. Doortrekken van deze trend leidt tot ruim 31 huisartscontacten per jaar in 2020 (VWS, 2007).

Ondanks de toenemende druk op de zorgverleners in de eerstelijns, streeft de overheid naar een eerstelijns die een centrale rol binnen de gezondheidszorg blijft vervullen. De zorgvraag moet uitgangspunt zijn bij de opzet van de organisatie van de eerstelijnszorg. Het beeld van de monodisciplinair werkende zorgverleners zal in veel gevallen niet meer voldoen. Een toekomstbestendige eerstelijns kent veel meer geïntegreerde vormen van zorg, waarin verschillende zorgaanbieders structureel en multidisciplinair met elkaar samenwerken. De zorg wordt rond verschillende aandoeningen (diabetes, obesitas, COPD, depressie) in ketenzorgtrajecten georganiseerd. Dergelijke samenwerkingstrajecten vereisen een duidelijke taakverdeling tussen zorgverleners en meer aandacht voor de coördinatie tussen hen.

Tenslotte zullen nieuwe professionals een rol spelen binnen de eerstelijns, zoals bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen.

Ook de senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle maken gebruik van de generalistische eerstelijnszorg; zoals zorg van huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, diëtisten en psychologen. Thuiszorg wordt in Zwolle geleverd door Stichting Icare. Naast zorg van (gespecialiseerde) wijkverpleegkundigen, geeft Icare invulling aan het consultatiebureau voor senioren. Daarnaast maken senioren ook gebruik van activiteiten georganiseerd door welzijnsorganisaties. Stichting Welzijn Ouderen Zwolle (SWOZ) heeft veel klanten in de regio Zwolle, zij bieden een divers beweegaanbod voor senioren en hebben tevens leefstijladviseurs in dienst.

1.2.2. Partnerschap Overgewicht Nederland

De overheid onderkent dat de omvang en de toename van het aantal mensen met een chronische ziekte veel invloed heeft op de kwaliteit van het leven van betrokkenen, hun gezin, familie, sociale omgeving, op maatschappelijke participatie en arbeidsproductiviteit en op de zorgvoorzieningen, zowel in menskracht als financieel. Een van de doelstellingen van het ministerie van VWS is het reduceren van de prevalentie van overgewicht, obesitas en gerelateerde chronische ziekten in Nederland.

In 2008 is het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) opgericht als samenwerkingsverband tussen 17 partners. Dit zijn beroepsorganisaties van zorgverleners, de koepel van zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Doel van het PON is het faciliteren van de ontwikkeling en implementatie van een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas. Deze zorgstandaard beschrijft, vanuit het perspectief van de patiënt, een sluitende keten van preventie en vroege opsporing, diagnostiek, behandeling en begeleiding, waarbij zelfmanagement een continu onderdeel van de keten vormt. De behandeling betreft gecombineerde leefstijlinterventies en, indien van toepassing, medicatie of chirurgie.

Onderdeel van de zorgstandaard zijn stroomdiagrammen die het PON ontwikkelt voor verschillende leeftijdsgroepen en verschillende niveaus van overgewicht en obesitas op basis van de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' (CBO, 2008). Dit zal implicaties hebben voor de organisatie, kwaliteitsbewaking en vergoeding van zorg en preventie voor overgewicht en obesitas in Nederland.

Het PON werkt aan een geïntegreerd systeem van gezondheidszorg dat traditionele grenzen van organisaties en professionals in de gezondheidszorg overstijgt door zich te richten op de competenties van zorggroepen die de zorg organiseren vanuit het perspectief van de patiënt.

Het PON werkt hierbij samen met organisaties die verantwoordelijk zijn voor de preventie en zorg voor andere chronische ziekten zoals diabetes type 2 en hart- en vaatziekten.

De ambitie is een sluitende zorgketen voor overgewicht en obesitas te creëren die is gebaseerd op wetenschap, praktijk en patiëntenperspectief (PON, 2009).

Dit onderzoek sluit aan bij de ontwikkelingen van het PON. Het is echter niet mogelijk om de zorgstandaard zondermeer in Zwolle te implementeren. Voor succesvolle ketens is het van belang de zorgverleners al bij de opzet van ketens te betrekken (Aa, van der, 2007). Niet alleen voor draagvlak, maar in het bijzonder voor het ontwikkelen en concretiseren van de vernieuwing en om er voor te zorgen dat er een blijvende verandering ontstaat. Hetzelfde geldt voor de doelgroep, in dit geval senioren met overgewicht. Ook vernieuwingen die hun effectiviteit al hebben bewezen, dienen aan de lokale situatie aangepast te worden. Gedegen onderzoek om succesvolle ketenzorg in de Zwolse praktijk te realiseren is dan ook essentieel.

1.3 Ketenzorg voor senioren met overgewicht en obesitas

Het stijgende aantal senioren met overgewicht en obesitas, met alle gevolgen die dat met zich mee brengt, de (landelijke) ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg en de ervaren knelpunten in de zorg voor senioren met overgewicht en obesitas maken het gewenst om de zorgverlening rondom deze senioren effectiever en efficiënter vorm te geven en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ketenzorg lijkt hiervoor een passende methode te zijn.

1.3.1 Waarom ketenzorg?

Mensen met chronische aandoeningen, zoals obesitas (WHO, 2000), consulteren vaak meerdere professionals. De zorg van de verschillende professionals wordt veelal gefragmenteerd en vanuit de domeinen van professionals aangeboden (Boot & Knapen, 2001). In de huidige praktijk ervaren professionals en cliënten de volgende knelpunten: hulpverlening en begeleiding starten niet tijdig genoeg, er is onvoldoende sprake van adequate doorverwijzing, professionals handelen veelal monodisciplinair en in de behandeling van overgewicht is onvoldoende aandacht voor zelfmanagement. Om deze problemen aan te pakken, is het ontwikkelen van ketenzorg een mogelijke oplossing (Klink, 2008; IGZ, 2003; Klink, 2007, MinVWS, 2007).

Ketenzorg is een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntendoelgroep, in de tijd gefaseerd (Raad voor de

V&Z, 1998). De doelen van ketenzorg zijn het verbeteren van de kwaliteit van zorg en leven, het verhogen van de patiënttevredenheid en het verbeteren van de efficiëntie van zorg (Kodner, 2000). Kenmerken van ketenzorg zijn: identificatie van een welomschreven doelgroep (1), hantering van evidence-based richtlijnen (2), bevordering van samenwerking in de eerste en tweede lijn (3), gericht op educatie en zelfmanagement van cliënten (4), managen van processen, resultaten en evaluatie (5), routinematige rapportage en feedback (6) en een geïntegreerde benadering (7) (Schrijvers, 2005).

Evaluaties van ketenzorg met betrekking tot de behandeling van chronisch zieken, zoals diabetes mellitus, COPD en depressie, laten een significante verbetering zien op klinische uitkomsten, kwaliteit van leven, het zorgproces, de directe kosten, zorggebruik en de patiënttevredenheid (Drewes, 2008).

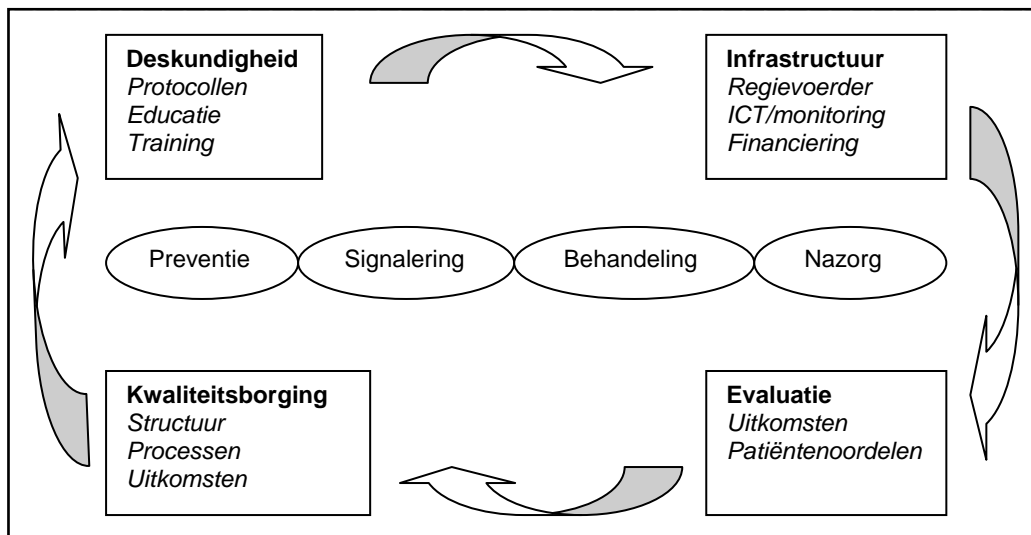
1.3.2. Modellen van ketenzorg

De praktijk kenmerkt zich door een grote verscheidenheid aan uitvoeringsopties om ketenzorg toe te passen (Durlinger, 1999; Welling & Smit, 1999). Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2009) heeft een algemeen toepasbaar model voor zorgstandaarden ontwikkeld, waarin zowel ziektespecifieke als generieke aspecten zijn opgenomen. Daarnaast is ruimte voor de beschrijving van de ketenorganisatie en de beschrijving van de relevante prestatie-indicatoren. De landelijke zorgstandaard dient als kapstop voor de lokale ontwikkeling van ketenzorg voor overgewicht en obesitas. Voor de lokale implementatie is gezocht naar modellen die bij deze implementatie als leidraad kunnen fungeren.

Het model van Schrijvers

Schrijvers (2005) beschrijft een model om structuur te bieden bij de ontwikkeling van ketenzorg. Dit model is gestoeld op de volgende definitie van ketenzorg: ketenzorg is de programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten met als doel de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te bevorderen. Deze definitie kenmerkt zich door een focus op de zorgverlener en optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid door inzet van managementinstrumenten en kan gezien worden als een samensmelting van het Amerikaanse concept *disease management* (focus op management instrumenten) en de definitie van de WHO van *integrated care* (focus op zorginhoudelijke aspecten). In het model van Schrijvers (2005) wordt deze koppeling tussen zorginhoudelijke elementen (preventie, signalering, behandeling, nazorg) en de verschillende proceselementen (deskundigheid, infrastructuur, evaluatie en kwaliteitsborging) schematisch weergegeven (figuur 1).

Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Senioren
Eindrapport Kwalitatief Onderzoek – ATW Overgewicht

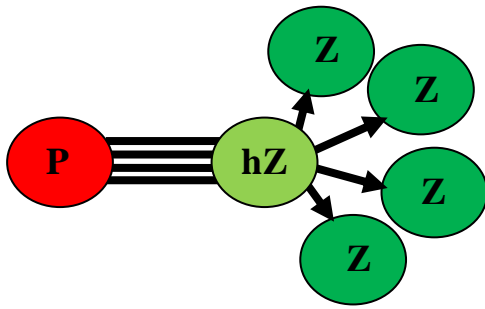


Figuur 1: Ketenzorg: koppeling zorginhoudelijke en proceselementen (Schrijvers, 2005)

Dit model van Schrijvers geeft in brede zin aan welke elementen in beschouwing moeten worden genomen bij het opzetten van ketenzorg en geeft daarnaast een duidelijke evaluatiecyclus weer. Het model biedt echter geen concrete handvatten voor de structuur binnen de keten.

Het dienstenmodel

Het Transmuraal Netwerk Midden Holland (Donkers, 2008) heeft drie werkmodellen voor ketenzorg ontwikkeld, welke concrete handvatten kunnen bieden voor de structuur binnen de zorgketen: het transfermodel, het dienstenmodel en het kluwenmodel. Bij het transfermodel draagt elke schakel in de keten zelf verantwoordelijkheid en heeft hierbij zijn eigen hoofdzorgverlener. Bij het kluwenmodel staat centraal dat de patiënt hulp nodig heeft van een aantal zorgverleners die elkaar inschakelen, maar daarbij vanuit hun eigen verantwoordelijkheid opereren. Niemand is de hoofdbehandelaar. Bij het dienstenmodel (Figuur 2) heeft de patiënt gelijktijdig met verschillende zorgverleners contact. Daarvan is één de hoofdbehandelaar of eindverantwoordelijke. Een voorbeeld hiervan is de diabetesketen. Het beloop van de aandoening is redelijk voorspelbaar en behandeling en begeleiding zijn goed te programmeren en te protocolleren. Door het aanleren van zelfmanagement kan de patiënt (P) een zo normaal en stabiel mogelijk leven leiden. Samenwerking in de keten is gericht op de uitvoering van planbare en niet planbare zorgprogramma's. De hoofdbehandelaar (hZ) is eindverantwoordelijk en bepaalt wanneer welke professional wordt ingeschakeld. Goede communicatie tussen de hoofdzorgverlener en betrokken zorgverleners (Z) is essentieel.



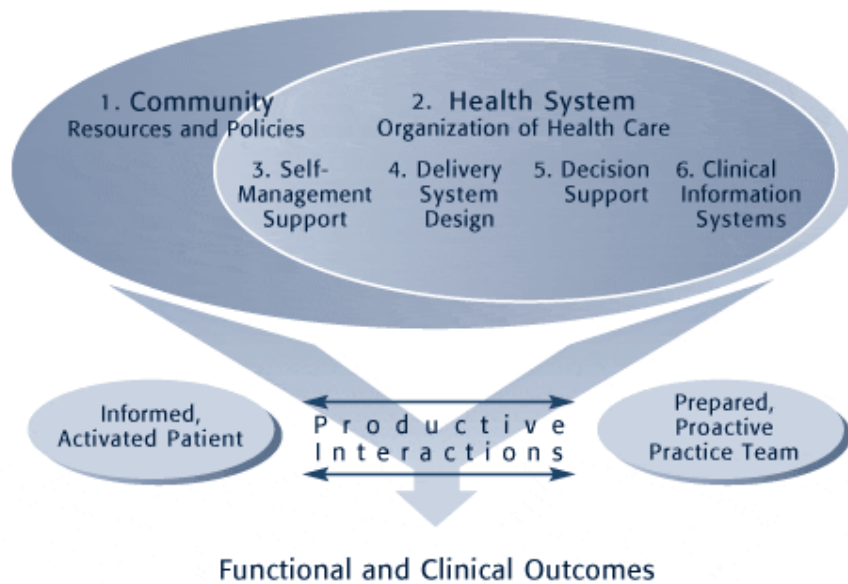
Figuur 2: Dienstenmodel (Donkers, 2008)

Voor een effectief functionerende keten is het van belang dat de hoofdbehandelaar in staat is om de verschillende aspecten van de aandoening(en) te overzien en desgevraagd andere zorgverleners in te schakelen. Wanneer de hoofdbehandelaar niet waakt voor voldoende afstemming en samenwerking, dreigt fragmentatie van de zorg en is er meer kans op tegenstrijdige behandel- en leefstijladviezen. Is dit het geval dan wordt de doelmatigheid en effectiviteit van de keten onder druk gezet (Rosendal et al., 2009).

Het Chronic Care Model

Wagner (2001) ontwikkelde het Chronic Care Model ter verbetering van de zorg voor chronisch zieken. Het model (zie figuur 3), dat bestaat uit zes componenten, beoogt betere uitkomsten van zorg dankzij een productieve interactie tussen geïnformeerde, actief participerende patiënten en een voorbereid pro-actief werkend team van professionals. Daarnaast ligt de focus in het model niet op één chronische aandoening, maar kan binnen het model invulling gegeven worden aan meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd. Zo krijgt ook co-morbiditeit, die veel voorkomt bij senioren, aandacht.

De eerste twee componenten ('community resources' en de 'health care organisation') in het model richten zich op de context en de organisatie van de gezondheidszorg. De derde component '(self management support') benadrukt alle interventies die gericht zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid van de patient. Het 'delivery system design' richt zich op het stroomlijnen van het zorgproces. De component 'decision support' ondersteunt in het nemen van de juiste evidence based beslissingen en tenslotte sluit de 'clinical information' hierop aan met het delen van informatie en het monitoren van de bereikte resultaten.



Figuur 3: Het Chronic Care Model (Wagner, 2001)

Modellen in dit onderzoek

Uit de drie modellen die hierboven beschreven staan, worden in dit onderzoek elementen gebruikt. De proces- en zorginhoudelijke elementen die voorkomen in het model van Schrijvers zijn in dit onderzoek gebruikt als basis bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Het principe van de hoofdbehandelaar (regievoerder) van het dienstenmodel en het principe van een productieve interactie tussen patiënt en zorgverleners uit het Chronic Care Model zijn hierbij als aanvulling gebruikt.

2 Probleemstelling

Overgewicht en obesitas zijn groeiende problemen bij senioren in Nederland. Een effectieve aanpak is noodzakelijk. Er is onvoldoende inzicht in de huidige zorgverlening rondom overgewicht en obesitas. In de huidige zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas bestaan verschillende knelpunten. Ketenzorg kan deze aanpak mogelijk verbeteren, maar wordt in de huidige situatie nog niet ingezet. Om passende ketenzorg te realiseren, is inzicht in de gewenste situatie noodzakelijk. Deze situatie dient zowel vanuit het perspectief van de senior als vanuit het perspectief van de zorgverlening bekeken te worden.

2.1 Onderzoeksdoel

Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de huidige en gewenste zorgverlening voor senioren (60+) met overgewicht en obesitas in Zwolle en de noodzakelijke randvoorwaarden voor implementatie van de gewenste zorgverlening. De beschrijving van dit inzicht dient handvatten te bieden om verandering in de praktijk te realiseren.

2.2 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Hoe kan de zorgverlening voor senioren (60+) met overgewicht en obesitas in Zwolle verbeterd worden?

Door middel van de volgende deelvragen kan de centrale onderzoeksvraag beantwoord worden:

1. Hoe ziet de huidige zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle eruit?
2. Hoe ziet de gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle eruit?
3. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen volgens zorgverleners en senioren een rol bij het realiseren van de gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle?

3 Methode

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek, gebaseerd op de methode van de grounded theory (Boeije, 2006). Een kwalitatieve benadering van onderzoek wordt aanbevolen wanneer er weinig bekend is over een onderwerp (Boeije, 2006). De grounded theory is gekozen omdat ervaringen, betekenisverlening en sociale context centraal staan binnen de vraagstelling van het onderzoek. Alvorens het onderzoek te starten is een onderzoeksvoorstel opgesteld, welke door de wetenschapscommissie van de VU en VUMC in Amsterdam is goed gekeurd. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van maart 2009 tot en met januari 2010.

3.1 Werving deelnemers

De onderzoekspopulatie in dit onderzoek bestond uit zorgverleners en senioren met overgewicht of obesitas werkzaam respectievelijk woonachtig in Zwolle.

3.1.1 Zorgverleners

Op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen zijn de beroepsgroepen die een rol spelen in de zorgverlening rondom senioren met overgewicht en obesitas samengesteld: huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, wijkverpleegkundigen, psychologen en internisten.

In eerste instantie werd aangenomen dat de huisartsen de gehele huisartsenpraktijk zouden vertegenwoordigen, gedurende het onderzoek bleek dat ook de individuele mening van praktijkondersteuners waardevolle informatie zou opleveren. Hiertoe is besloten om ook deze beroepsgroep te benaderen.

Vervolgens is per beroepsgroep getracht om een zo breed mogelijke afspiegeling van de verschillende wijken in de stad Zwolle te realiseren. Extra aandacht is besteed aan de werving van professionals uit de wijken Holtenbroek en Diezerpoort. Dit zijn wijken waar mensen wonen met een lage SES en/of een niet westerse cultuur. Bij deze bevolkingsgroepen komt overgewicht en obesitas vaker voor. De samenstelling van de focusgroepen vond plaats door de projectgroepleden te vragen om geschikte mensen aan te dragen. Vervolgens werden middels het sneeuwbaaleffect voldoende deelnemers geworven. Een van de onderzoekers benaderde de zorgverleners en informeerde hen mondeling en schriftelijk over het onderzoek.

3.1.2 Senioren

De onderzoekspopulatie van senioren bestond uit senioren met de volgende kenmerken: 60 jaar of ouder; woonachtig in Zwolle; zelfstandig wonend (of aanleunwoning); sprake van overgewicht op basis van zelfinschatting.

Er is bewust voor gekozen om alleen zelfstandig wonende senioren te includeren in de onderzoekspopulatie. Zelfstandig wonende senioren zijn aangewezen op de eerstelijnsgezondheidszorg. Senioren die woonachtig zijn in verpleeg- of verzorgingshuizen maken veelal gebruik van tweedelijns gezondheidszorg, waar de structuur van de zorg geheel andere kenmerken heeft. Senioren moesten zelf in schatten of zij overgewicht hebben. Hiermee werd voorkomen dat er vooraf aan de dataverzameling een meting moest plaats vinden, wat enerzijds teveel tijd zou kosten en anderzijds een drempel zou kunnen zijn voor deelname.

De samenstelling van de focusgroepen vond plaats door de projectgroepleden te vragen om geschikte mensen aan te dragen. Vervolgens werd ook de mogelijkheid geboden aan de senioren om andere senioren te attenderen op de mogelijkheid deel te nemen aan de focusgroepen. Ook bij de senioren is getracht een zo breed mogelijke afspiegeling van de verschillende wijken in Zwolle te laten deelnemen, waarbij extra aandacht werd besteed aan participatie van senioren uit de wijken Holtenbroek en Diezerpoort. Een van de onderzoekers benaderde de senioren en informeerde hen mondeling en schriftelijk over het onderzoek.

3.2 Dataverzameling

Om zowel het perspectief van de zorgverleners als die van de senioren te kunnen onderzoeken, werd bij beide groepen data verzameld. De dataverzameling vond plaats middels focusgroepen (bij zorgverleners en senioren) en semigestructureerde interviews (bij zorgverleners). Om een beeld van een ideale keten te vormen is het ‘vrije denken’ dat focusgroepen kenmerkt van toegevoegde waarde voor het onderzoek (Dahlin Ivanoff, 2006). Een focusgroep kenmerkt zich door de meerwaarde die het heeft voor exploratie van nieuwe ideeën, opinies en attitudes ten opzichte van het onderzoeksonderwerp. Reacties worden mede uitgelokt doordat meerdere personen tegelijkertijd ondervraagd worden.

Om er voor te zorgen dat alle onderwerpen aan bod kwamen werd gebruik gemaakt van een vraagroute (bijlage 2 en 3). De vragen in deze vraagroute zijn gebaseerd op de proces- en zorginhoudelijke elementen die naar voren komen in het ketenzorgmodel van Schrijvers (2005), aangevuld met uitgangspunten van het dienstenmodel (Donkers, 2008) en het CCM (Wagner, 2001). Voor categorieën zorgverleners die niet voldoende in aantal werkzaam zijn in Zwolle om een focusgroep te organiseren, is gekozen voor een semigestructureerd interview. Deze interviews kenmerkten zich door de open benadering, waar het delen van ervaringen en exploreren van ideeën uitgangspunten waren.

Alle bijeenkomsten vonden plaats in een gesloten ruimte, buiten gehoorafstand van derden. Van de bijeenkomsten werden audio-opnames gemaakt. Het maken van contact tussen gespreksleider en deelnemers, zoals benadrukt wordt door Evers (2007), was hierbij een eerste vereiste. Er werd gestreefd naar een ambiance waarin de respondenten vrijuit konden spreken. De anonieme verwerking van de gegevens werd benadrukt. Alle bijeenkomsten werden afgesloten met het bedanken van de deelnemers en het uitreiken van cadeaubonnen.

3.2.1 Zorgverleners

Met huisartsen, wijkverpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten en praktijkondersteuners werd een focusgroep gehouden. Met een psycholoog en een internist vond een interview plaats. Hieronder wordt uiteengezet hoe de dataverzameling heeft plaatsgevonden.

Focusgroepen & semigestructureerde interviews

In de focusgroepen met professionals werd gestreefd naar een omvang van zes deelnemers, met een minimaal vereiste van drie. Per beroepsgroep werd één focusgroep gehouden. De bijeenkomsten duurden 2 uur. Het taalgebruik werd zoveel mogelijk aangepast op de verschillende groepen. De gesprekken bestonden uit vier onderdelen. Het eerste onderdeel was een introductie en een kennismakingsronde. In het tweede gedeelte werd gevraagd naar de huidige zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle. In het derde gedeelte werd gevraagd naar de gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle. In het laatste gedeelte stonden de suggesties en ideeën om van de huidige situatie naar de gewenste situatie te komen centraal. Door de respondenten werden de - in hun ogen - belangrijkste elementen die gehandhaafd moeten blijven in de gewenste situatie geschreven, evenals de belangrijkste elementen die gerealiseerd dienen te worden in de gewenste situatie. Hier werden twee lijsten van gemaakt, deze lijsten dienden als naslagwerk gedurende de analyses.

De interviews duurden 1,5 uur en bestonden uit dezelfde onderdelen als de focusgroepen. Gedurende de interviews werd gebruik gemaakt van dezelfde onderwerpenlijst als bij de focusgroepen.

3.2.2 Senioren

Met senioren werden focusgroepen gehouden. Er werd gestreefd naar een omvang van 6 deelnemers met een minimaal vereiste van vier en een maximum van 12. De bijeenkomsten duurden 1,5 uur. De gesprekken bestonden uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel was een introductie en een kennismakingsronde. In het tweede gedeelte werd ingegaan op huidige

zorgverlening voor senioren met overgewicht/obesitas in Zwolle. In het derde gedeelte werd ingegaan op de gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle.

3.3 Data-analyse

Van de focusgroepen en interviews zijn woordelijke transcripties gemaakt. De analyse van de data bestond uit vier fases: open coderen, axiaal coderen, selectief coderen en integreren (Boeije, 2006). De analyse is uitgevoerd door twee onderzoekers en een supervisor.

3.3.1 Open coderen

De gesprekken werden nageluisterd en gelezen ten behoeve van een eerste, globale analyse. Vervolgens werden de data open gecodeerd, waardoor de data uiteengehaald werden in codes. De codes zijn een samenvattende notatie voor een stuk tekst, waarin de betekenis van dat fragment wordt uitgedrukt. Het open coderen heeft plaatsgevonden met behulp van het computerprogramma Atlas.ti. Op basis van het open coderen hebben de respondenten een beknopte samenvatting gekregen van het gesprek waaraan zij hadden deelgenomen. De respondenten kregen de gelegenheid op deze samenvatting te reageren. De reacties zijn verwerkt in de samenvattingen.

3.3.2 Axiaal coderen

Na het open coderen werd overgegaan op het axiaal coderen. Axiaal coderen kan gezien worden als een beweging van concrete codes naar meer abstracte classificaties. Het kenmerkt zich door reductie van het aantal codes en het maken van onderscheid tussen belangrijke en minder belangrijke codes in de data. In deze fase werden de verschillende open codes gerelateerd aan elementen van de drie gebruikte modellen (zie paragraaf 1.3.2) Op basis van deze analyses is een rapportage geschreven, welke is besproken in expertmeetings (de stuurgroep en de projectgroep) en in individuele gesprekken met 14 adviseurs. In bijlage 1 is een lijst opgenomen met de geconsulteerde adviseurs. In de expertmeetings is besproken in welke mate het ontstane beeld in de rapportage aansluit bij de praktijkervaringen in Zwolle en de recente wetenschappelijke inzichten, welke kennishiaten er nog waren en welke innovatieve kansrijke aangrijpingspunten er naar voren kwamen om een keten voor overgewicht en obesitas voor senioren in de stad Zwolle te kunnen ontwikkelen. Ook deze gesprekken zijn volledig op band opgenomen en verwerkt. De op- en aanmerkingen die de deelnemers gegeven hebben op basis van de rapportage werden meegenomen in de laatste fase van de analyse. Ook de op- en aanmerkingen die de 14 adviseurs gaven, zijn meegenomen in de laatste fase van de analyse.

3.3.3 Selectief coderen

In de fase van axiaal coderen werd duidelijk dat door het relateren van de open codes aan de gebruikte modellen, niet alle essentiële codes een plek kregen in het gebruikte model voor het opstellen van de vraagroute. Het betrof codes met betrekking tot de communicatie tussen zorgverlener en senioren en tussen zorgverleners onderling. Hiertoe is besloten over te gaan op selectief coderen. Selectief coderen kenmerkt zich door het categoriseren en verbinden van losse data-elementen. Er werd gezocht naar hoofdthema's die betrekking hadden op communicatie tussen zorgverlener en senioren en tussen zorgverleners onderling. Hiertoe werden verschillende hoofdthema's onderscheiden en ook de relaties tussen deze hoofdthema's werden benoemd. Veel van de gegeven informatie kon worden ondergebracht bij deze thema's en vormden hiermee een verbindende lijn (een patroon) in de analyses.

Daarnaast is in de fase van selectief coderen ook gezocht naar een antwoord op de derde deelvraag met betrekking tot de belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij het realiseren van de gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle.

3.3.4 Integreren

In de laatste fase van de data-analyse vond integratie van de gevonden resultaten plaats. Deze fase kenmerkt zich door het trekken van conclusies op basis van de gevonden resultaten en het doen van aanbevelingen voor zowel de praktijk als vervolgonderzoek. De input uit de expertmeetings en de gesprekken met de adviseurs zijn in deze fase gebruikt om de aanbevelingen te formuleren.

3.4 Kwaliteitsbewaking

De wijze waarop de kwaliteit (betrouwbaarheid en geldigheid) van het onderzoek bewaakt is wordt hieronder uiteengezet, daarbij wordt onderscheid gemaakt in: de kwaliteit van de dataverzameling en de kwaliteit van de data-analyse.

3.4.1 Kwaliteit van de dataverzameling

Voorafgaand aan de dataverzameling is op basis van literatuuronderzoek een protocol en een vraagroute samengesteld (bijlage 2 en 3). De dataverzameling vond te allen tijde plaats door twee personen; een gespreksleider en een observator. Beiden waren in het bezit van de onderwerpenlijst. Na afloop van elk onderdeel in de focusgroep of het interview vroeg de gespreksleider aan de observator of alle onderwerpen aan bod waren gekomen, wanneer dit niet het geval was dan werden aanvullende vragen gesteld. Bij alle focusgroepen en

interviews is steeds dezelfde persoon gespreksleider geweest. De gespreksleider – werkzaam bij een onafhankelijk onderzoekscentrum - is gezondheidswetenschapper (beleid en beheer van de gezondheidszorg) en heeft geen belangen bij de meningen en suggesties van de respondenten. In de inleiding van de focusgroep werd de anonieme verwerking van de data benadrukt en werd voldoende aandacht besteed aan het creëren van een ontspannen sfeer, waarmee de kans op sociaal wenselijk antwoorden verkleind werd. Tijdens de focusgroepen en interviews werd voortdurend door middel van samenvatten en parafraseren gecheckt of de informatie goed begrepen was.

3.4.2 Kwaliteit van de data-analyse

De observator heeft gedurende de bijeenkomsten aantekeningen gemaakt. De gespreksleider heeft na elke bijeenkomst een veldverslag geschreven, waarin gereflecteerd werd op de interactie, de interviewtechniek en de context. De aantekeningen van de observator en de veldverslagen van de gespreksleider zijn in de analyses gebruikt voor juiste interpretatie van de data.

Alle analyses zijn uitgevoerd door twee onderzoekers. De codering vond onafhankelijk van elkaar plaats, waarbij gebruik is gemaakt van het computerprogramma Atlas.ti. Aansluitend op de open codering zijn in meerdere bijeenkomsten de verschillen in de codering besproken en is er na feedback en discussie overeenstemming bereikt. Vervolgens werd ook met een supervisor gediscussieerd over de data, waarna eveneens overeenstemming werd bereikt.

Na de eerste analyse hebben de respondenten een samenvatting met de belangrijkste bevindingen van de bijeenkomst gekregen. Hierop konden zij reageren, deze reacties zijn meegenomen in de vervolganalyses. Deze member-check verhoogt de kwaliteit van de analyse. Ook hebben individuele adviseurs en expertgroepen gereageerd op de data. Er werd besproken in welke mate het ontstane beeld aansluit bij bestaande wetenschappelijke inzichten, welke kennisdelen er nog zijn en welke innovatieve kansrijke aangrijpingspunten van belang zijn om te komen tot een keten voor overgewicht en obesitas voor senioren in de stad Zwolle. Ook deze gesprekken zijn volledig opgenomen. De op- en aanmerkingen die in deze gesprekken naar voren zijn gekomen zijn meegenomen in de laatste fase van de analyse: het opstellen van de conclusies en aanbevelingen.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de focusgroepen en interviews die zijn gehouden.

4.1. Onderzoekspopulatie

In totaal vonden vijf focusgroepen en twee interviews plaats met in totaal 29 zorgverleners. In iedere focusgroep waren zorgverleners vertegenwoordigd uit de wijken Holtenbroek of Diezerpoort. De respondenten van de interviews werkten niet specifiek voor een wijk, maar voor de gehele stad Zwolle. In tabel 3 is de respons schematisch weergegeven.

Tabel 3: Respons zorgverleners

Vorm	Beroepsgroep	Aantal deelnemers
Focusgroep	Fysiotherapeuten & sportmedewerkers	9
Focusgroep	Diëtisten	3
Focusgroep	Huisartsen	3
Focusgroep	Wijkverpleegkundigen	4
Focusgroep	Praktijkondersteuners	8
Interview	Internist	1
Interview	Psycholoog	1

Verdeeld over drie focusgroepen zijn in totaal 25 senioren bevroegd over hun ervaringen met en ideeën over de zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas, zie tabel 4. In elke focusgroep waren senioren uit de wijken Holtenbroek of Diezerpoort aanwezig.

Tabel 4: Respons senioren

Vorm	Doelgroep	Aantal deelnemers
Focusgroep 1	Senioren	7
Focusgroep 2	Senioren	9
Focusgroep 3	Senioren	9

4.2. Huidige situatie

De eerste deelvraag (inzicht in de huidige situatie) is beantwoord door middel van de gehanteerde vraagroutes (bijlage 2 en 3).

Signalering

Wanneer senioren met overgewicht bij een zorgverlener komen, is dat vaak op eigen initiatief, zelfs dan voelt de senior zich niet altijd serieus genomen.

De huisarts heeft moeite met signaleren en bespreken van overgewicht, omdat er in zijn ogen geen goed vervolgaanbod om naar door te verwijzen beschikbaar is. Bovendien ziet de

huisarts overgewicht niet als (chronische) ziekte. Obesitas wordt door de huisarts wel als een gezondheidsprobleem gezien.

Verwijzing

De communicatie tussen zorgverleners is vaak slecht, met name de communicatie met huisartsen verloopt stroef.

Zorgverleners hebben onvoldoende inzicht in de verwijzingsmogelijkheden. Voor zorgverleners ontbreken momenteel een goede sociale kaart, een duidelijk protocol en voldoende kennis over de doorverwijzingsmogelijkheden.

Een psycholoog met ervaring op het terrein van overgewicht is door de andere zorgverleners – met name genoemd door diëtisten - vaak moeilijk te vinden.

Behandeling

De beeldvorming over diëtisten is niet gunstig bij senioren en huisartsen. Dat wordt herkend door de diëtisten.

Behandeling is nu meestal mono-disciplinair. Er zijn wel multidisciplinaire initiatieven, maar deze zijn zeer kleinschalig. Deze initiatieven zorgen voor positieve ervaringen. Een multidisciplinaire aanpak wordt dan ook als voorwaarde voor de keten gezien.

Zorgverleners geven zichzelf een voldoende voor hun eigen aanpak, behalve wijkverpleegkundigen. Zij twijfelen over hun aanpak door gebrek aan kennis en vaardigheden met betrekking tot overgewicht.

Nazorg

Na afronding van een behandelprogramma bij een individuele zorgverlener is er na de follow-up geen blijvende nazorg. Geen van de betrokkenen zorgverleners houdt na afronding van een behandeling structureel contact met de senior.

Deskundigheid

Fysiotherapeuten geven aan dat in de scholing over beweegprogramma's voldoende aandacht besteed wordt aan gedragsverandering.

Wijkverpleegkundigen voelen zich, door gebrek aan specifieke kennis en vaardigheden met betrekking tot overgewicht, onzeker over de aanpak van de problematiek.

Senioren geven aan dat fysiotherapeuten beter dan diëtisten in staat zijn om patiënten te motiveren hun gedrag ten aanzien van een gezonde leefstijl te veranderen.

Infrastructuur

Er is geen duidelijke regievoerder.

Er is geen duidelijke ketenfinanciering. De verschillende zorgverleners worden allemaal gefinancierd vanuit de voor de beroepsgroep geldende financieringsstromen.

Zorgverleners die senioren behandelen na een doorverwijzing (diëtist, psycholoog, fysiotherapeut) voelen zich afhankelijk van de verwijzer. De reden van doorverwijzing is vaak niet duidelijk en verwijsbrieven ontbreken of zijn niet informatief. Het ontbreken van voldoende tijd en geld belemmert een optimale samenwerking tussen zorgverleners.

Evaluatie en kwaliteitsborging

Behandelingen worden individueel – met de klant – geëvalueerd.

Er vindt nagenoeg geen monitoring plaats en waar het gebeurt, is er geen sprake van uniformiteit.

Zorgverleners hebben geen inzicht in elkaars dossiers en hebben geen zicht op welke behandelingen doorlopen.

4.3. Gewenste situatie

De tweede deelvraag (inzicht in de gewenste situatie) is eveneens beantwoord door middel van de gehanteerde vraagroutes (bijlage 2 en 3).

Signalering

Volgens senioren en zorgverleners dienen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de keten overgewicht te signaleren en te bespreken.

Verwijzing

Voor zorgverleners zijn een goede sociale kaart, een duidelijk protocol en voldoende kennis over de doorverwijsmogelijkheden essentieel. De huisarts en de praktijkondersteuner zien een centrale rol voor de praktijkondersteuner in een goede anamnese en het uitstippelen van het zorgpad. Zorgverleners verwijzen graag rechtstreeks naar elkaar, korte lijnen zorgen voor efficiëntie.

Behandeling

Huisartsen vinden dat een actieve rol in de behandeling van overgewicht beter past bij de praktijkondersteuner dan bij de huisarts zelf.

De intensiteit van de voorgestelde behandeling varieert van ‘kennismaken met bewegen’ tot de inzet van ‘motiverende gespreksvoering’.

Eigen verantwoordelijkheid en motivatie van senioren is volgens zorgverleners essentieel voor het slagen van de behandeling. Senioren en zorgverleners geven aan dat senioren hierbij hulp nodig hebben. Senioren geven aan dat motivatie bij henzelf niet het probleem is, maar de wijze waarop zorgverleners daarmee omgaan.

Nazorg

Nazorg dient tot stand te komen in aansluiting op de behandeling.

Senioren en zorgverleners zien met betrekking tot bewegen een belangrijke rol voor Stichting Welzijn Ouderen.

Deskundigheid

Verschillende zorgverleners willen scholing op het gebied van bespreekbaarheid en motivatie. Scholing moet zich daarnaast richten op multidisciplinair handelen (inzicht in elkaars expertise, werkwijze, duidelijk protocol en de sociale kaart).

Infrastructuur

De huisarts wordt gezien als centrale zorgverlener in de keten. De huisarts zelf is nog afwachtend m.b.t. deze rol. De huisartsen stellen een aantal voorwaarden, zoals goede financiering en inzet van de praktijkondersteuner. Over het algemeen wordt erkend dat structurele financiering nodig is voor het verder opzetten van ketenzorg.

Er zou een stadsbrede aanpak moeten zijn voor zorgverleners, waarbij senioren zorg dichtbij huis kunnen ontvangen (in de wijk). Daarnaast is het van belang dat er geen overlap is in het zorgaanbod. Aansluiting bij zorgverlening voor andere chronische aandoeningen is essentieel. Senioren zien kansen voor groepstherapie. Omdat de behaalde resultaten in groepsverband worden besproken, werkt het motivatieverhogend voor senioren om vol te houden. Ze willen niet afgaan in de groep.

Evaluatie en kwaliteitsborging

Zowel senioren als zorgverleners vinden goede monitoring en evaluatie belangrijk.

Verschillende zorgverleners geven het belang aan van dossier dat door meerdere zorgverleners kan worden geraadpleegd, de suggestie is gedaan dat de senior beheerder wordt van dit dossier.

4.4 Hoofdthema's

Door selectief te coderen is dieper ingegaan op de essentie van de gewenste situatie. In deze essentie draaide het om de communicatie tussen senioren en zorgverleners. Deze communicatie kon worden ingedeeld in vier hoofdthema's die in deze paragraaf worden beschreven: *serieus nemen & bespreken*, *motiveren*, *volhouden* en *samenwerken*. Ieder hoofdthema wordt vanuit vier perspectieven bekeken, te weten: het perspectief van de zorgverlener, het perspectief van de interactie tussen zorgverleners, het perspectief van de senior en het perspectief van de interactie tussen zorgverlener en senior. In deze paragraaf zijn, aan de hand van de hoofdthema's, veel citaten opgenomen die vanuit de huidige situatie een doorkijk geven naar de gewenste situatie.

4.4.1 Serieus nemen & bespreken

In de interviews kwam naar voren dat senioren en zorgverleners vanuit verschillende perspectieven aankijken tegen het hoofdthema '*serieus nemen & bespreken*'.

Perspectief senior

De senioren maken geen onderscheid tussen overgewicht en obesitas, veelal weten zij het verschil tussen beiden niet. De senior wil door de zorgverlener serieus genomen worden met zijn 'te dik zijn', dat is nu niet altijd het geval.

Senior: "Mijn huisarts vindt mij niet te dik, hij zegt u bent fors, u bent niet dik."

Senior: "Mijn huisarts zegt: dat is je bouw, daar moet je mee leven."

De senior ziet in de behandeling van overgewicht een belangrijke rol voor de huisarts:

"In mijn ogen moet de huisarts zeggen van: Ga eens naar de diëtiste" of weet ik wat, maar hij stuurt je weer naar huis met het advies er zelf iets aan te doen, maar daar heb je toch de huisarts voor?"

Perspectieven senior - zorgverlener

Zorgverleners geven aan dat senioren zich vaak niet bewust zijn van hun overgewicht en de risico's die dit met zich meebrengt.

Fysiotherapeut: "Wat mij opvalt is, dat als je van mensen hun BMI uitrekent en je hebt het erover, dat mensen zich helemaal niet realiseren hoe zwaar ze zijn. Ik heb dat toevallig vorige week een paar keer aan de hand gehad, dat mensen eigenlijk bijna schrikken hoeveel overgewicht ze hebben, zich helemaal niet bewust zijn."

Diëtist: "Mijn gevoel is dat mensen met overgewicht, oudere mensen die een BMI hebben van 28 dat die geen overgewicht hebben volgens hun idee. Vergeleken met iedereen om zich heen zijn zij dun en worden ook als dun gezien."

Huisartsen kiezen vaak een afwachtende houding om het gewicht te bespreken, omdat het een erg gevoelig onderwerp is en om te voorkomen dat senioren niet meer naar de huisarts komen. De huisarts legt het initiatief bij de senior.

Huisarts: “....als mensen het er over willen hebben dan moeten ze daar zelf op terugkomen. Soms probeer ik het te benoemen, maar je merkt wel dat sommige mensen dat echt niet leuk vinden. Sommigen ervaren dat echt als een belemmering om in het vervolg te komen, dus ik denk dat je goed op moet passen met wat je zegt, dat het voor heel veel mensen een moeilijk onderwerp is.”

Hoewel de zorgverlener zoekt naar manieren om het probleem bespreekbaar te maken, vindt de senior het over het algemeen prettig als de zorgverlener het probleem aankaart. Mits dit op een respectvolle manier gebeurt.

Huisarts: “Om gewoon in het luchtledige te noemen van u heeft overgewicht, heeft u daar last van? Nee, dat werkt niet.”

Senior: “Verschillende zorgverleners mogen mijn gewicht bespreekbaar maken. Dat zouden ze voor mij allemaal kunnen zijn. Als ze het maar op een aardige manier doen, niet van u bent te dik, u moet nodig afvallen.”

Door de zorgverleners werd ook aangegeven dat de senior zelf het probleem niet serieus neemt.

Wijkverpleegkundige: “Ze zien het niet altijd als een probleem.....dan denk ik van moeten ze dan elk koekje laten staan, wat ze dan zo lekker vinden bij de koffie en dat hebben die mensen er vaak ook niet voor over, om de laatste tien jaar van hun leven flink aan de lijn te gaan doen.”

Wijkverpleegkundigen geven aan dat senioren ook van het leven moeten genieten en dat zij daar in de praktijk vaak aan proberen bij te dragen.

“Maar ook wel bij oude mensen, van laat ze lekker eten, lekker slagroom, dat we ze juist ook verwennen. We zeggen: “Neem nog een chocolaatje”, dat merk ik in de thuiszorg wel.”

Perspectief zorgverlener

Tijdens alle interviews kwam bij de zorgverleners de vraag naar voren wanneer overgewicht serieus genomen moet worden. Men vraagt zich soms af in hoeverre obesitas nu een chronische ziekte is en in hoeverre deze ziekte op zichzelf serieus genomen moet worden. Zorgverleners gaven aan overgewicht en obesitas veelal niet als primair probleem zien in de zorg voor senioren.

In de focusgroep met de fysiotherapeuten werd opgemerkt:

“Obesitas moeten we gewoon als klacht gaan zien, gewoon als een probleem, als een ziektebeeld. Waarom een longprobleem als probleem zien en obesitas niet?”

Huisarts: "Er moet een bewustwording optreden, zowel bij hulpverleners als bij de patiënt omdat dat een probleem is. Dat er meer ziekte-inzicht komt."

Wijkverpleegkundigen geven duidelijk aan dat zij zich nog niet voldoende bewust zijn van het probleem.

"Als ik bij mensen thuis kom, zie ik zat mensen die behoorlijk te zwaar zijn, ook met diabetes en artrose, nou zou het gewoon goed zijn als die mensen afvallen, maar ik heb zelf nooit zo bewust gezegd van: "Goh heeft u overgewicht? Even uitrekenen." Ik heb nooit een plan opgesteld, ik heb ook nooit in een zorgmap zien staan mevrouw heeft overgewicht als probleem."

Huisartsen geven aan dat zij met name overgewicht bespreken wanneer er sprake is van comorbiditeit:

"Er wordt niemand puur voor alleen obesitas behandeld, praktisch niemand. Het is de comorbiditeit zoals bij mensen met diabetes, waardoor mensen in beeld komen en dan is het één van de onderwerpen."

Doordat geen consensus bestaat over het zien van obesitas als ziekte, wordt het ook niet altijd bespreekbaar gemaakt met de zorgvrager. Dit geldt met name voor de zorgverleners die een (mogelijke) signalerende rol hebben, voor diëtisten speelt de vraag of zij het gewicht bespreekbaar moeten maken niet.

Wijkverpleegkundige: "Ik vind het nogal wat om in de anamnese te gaan zeggen, van goh u heeft aardig overgewicht, wilt u daar iets mee? Ja hallo, ik kom net binnen, wie ben ik om dat zo even mee te delen, ik weet niet of je dat op die manier kunt doen, dat is best confronterend denk ik."

Wijkverpleegkundigen zien voor hun beroepsgroep wel een belangrijke rol in de keten.

"Maar wij zijn het begin, wij moeten de hele keten op gang zetten; wij zijn de eersten die het signaleren bij de mensen en dan komt de keten aan het rollen."

Ook de psycholoog geeft aan dat het bespreken van overgewicht als lastig wordt ervaren.

"Er zijn maar weinig mensen die senioren zullen aanspreken op hun overgewicht, daar ligt dus wel een taak voor artsen die dat zouden moeten doen, of misschien fysiotherapeuten of misschien ook wel maatschappelijk werk. In ieder geval mensen die bij senioren over de vloer komen. Misschien moet er wel meer bemoezucht komen, het is ook de durf om mensen aan te spreken op het overgewicht en de consequenties die dat heeft."

In de praktijk blijkt dat bij het bespreken van overgewicht de schuldvraag een rol speelt, waardoor voor zorgverleners het bespreken van overgewicht een andere lading krijgt.

Wijkverpleegkundige: "Het is natuurlijk nu zo als je een andere ziekte hebt, dan is het vaak niet je schuld, maar als je te dik bent, dan komt het door jou, want dan moet je maar niet zoveel eten. Terwijl als mensen artrose hebben dan zeg je: "goh wat vervelend."

Perspectief zorgverlener - zorgverlener

Uit de focusgroep met de fysiotherapeuten kwam naar voren dat huisartsen overgewicht nog niet zien als ziekte. Ook de wijkverpleegkundigen gaven aan dat zij ervaren dat huisartsen overgewicht niet als ziekte zien.

Fysiotherapeut: "Huisartsen moeten het als een probleem gaan zien, die zien het als gezellige ouderen."

Wijkverpleegkundige: "Nou een huisarts moet het wel onderkennen, een huisarts onderkent het nu niet altijd. Nou dan zegt de senior: "De huisarts vindt dat ik wel wat dikker mag zijn, omdat ik wat ouder ben."

Praktijkondersteuners geven aan dat het voor huisartsen geen reguliere zorg is om het gewicht te meten.

"Het is geen reguliere zorg van een huisarts om iemand op de weegschaal te zetten, terwijl het wel reguliere zorg is om bij iemand de bloeddruk te meten, dat is heel normaal. Dat vindt iedereen heel belangrijk. Het is heel belangrijk om de bloeddruk te weten, maar het gewicht? Dat is een ondergeschoven kindje!"

De praktijkondersteuners zijn zelf bewust van de risico's van overgewicht en zien het als hun taak om deze risico's met senioren te bespreken.

"Wij zijn niet de gezellige buurvrouw, wij hebben de functie van verpleegkundige, professional. Ik wil ze niet bang maken, ik zeg: U hebt uw eigen keuze, ik ga u de wet niet voorschrijven, maar ik zit hier wel om u bewust een keuze te laten maken. Als u er voor kiest om te dik te zijn, dan is het risico heel groot dat u diabetes ontwikkelt."

Fysiotherapeuten geven aan dat er geen zorgverlener de regie over het bespreken en signaleren van overgewicht neemt. Het wordt dan vaak pas in een ver gevorderd stadium besproken.

"Wat mij weleens verbaast, ik heb een mevrouw in gedachten die zo ontzettend obees is en die zo ontzettend veel klachten heeft en een heel circuit aan specialisten heeft doorlopen. Dan blijkt er niemand in dat traject te zijn die daadwerkelijk durft te benoemen dat die mevrouw daar wat aan moet doen. Dat kom je heel vaak tegen"

Wijkverpleegkundigen geven aan dat wanneer zij iemand door willen verwijzen via de huisarts, daar op onbegrip wordt gestuit. Er zijn geen eenduidige afspraken tussen zorgverleners:

"dan wil ik ze wel doorverwijzen naar de huisarts voor een diëtist, maar dat hebben die mensen dan zelf al eens gevraagd, maar dan zegt de huisarts, nou dat vind ik niet nodig, u bent niet te zwaar"

Tabel 5: Serieus nemen & bespreken

Serieus nemen & bespreken			
senior	senior – zorgverlener	zorgverlener	zorgverlener – zorgverlener
<ul style="list-style-type: none"> • Voelt zich niet serieus genomen door zorgverleners • Senior ziet taak voor huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverleners geven aan dat senioren niet bewust en gemotiveerd zijn. • De senior heeft geen voorkeur in welke zorgverlener overgewicht bespreekt, mits het respectvol gebeurt. • Zorgverlener gunt senior van het leven te genieten 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschouwing overgewicht als chronische ziekte • Bij zorgverleners bestaat een wisselend bewustzijn van de problematiek • Missen handvatten om problematiek aan te pakken • Bespreken wordt als lastig ervaren door zorgverleners • Overgewicht bij senioren niet primaire probleem 	<ul style="list-style-type: none"> • Fy, di, wk geven aan dat ha overgewicht niet als ziekte zien • Geen zorgverlener heeft de regie op signaleren en bespreken overgewicht • Zorgverleners voeren geen eenduidig beleid

4.4.2 Motiveren

Ook aan het thema ‘motiveren’ geven zorgverleners en senioren een verschillende invulling.

Perspectief senior

De motivatie van de senior kan positief en negatief worden beïnvloed door de omgeving. De motivatie om zelf iets te gaan doen aan het probleem kan wankel zijn. Senioren gaven hierbij ook aan dat er meer speelt dan alleen het volgen van een dieet. Het gebrek aan sociale steun speelt vaak een rol. Bijvoorbeeld in de thuissituatie:

Senior: “Als je geen medewerking krijgt van je man, dat is echt een lekkerbek, dan loopt het zo gauw mis....Hij zegt: “Waarom heb je dit niet en waarom heb je dat niet?” Ik vind het zo erg dat je geen medewerking krijgt, dan moet je het in je eentje oplossen en dat lukt niet.”

Life-events (verlies partner, pensioen, verminderende fysieke mogelijkheden) hebben invloed op de leefstijl van senioren en de motivatie om een gezonde leefstijl te hebben. De invloed op de leefstijl kan zowel positief als negatief zijn.

Senior: “Ik heb jaren lang praktijklessen op de middelbare school gegeven, je dronk maar één kopje koffie in je koffiepauze want dan was je tijd om en nu ben je thuis en je neemt een 2^e kopje koffie dat soort dingentjes wel. Mijn huisarts vond dat eigenlijk niet zo belangrijk. Ik kreeg het dus zelf niet voor elkaar, het is nu drie jaar, ik ben drie jaar met pensioen, ik ben nu 68, ik ben dus in die drie jaar 25 kilo aangekomen.”

Voor een andere senior is een gezondere leefstijl juist makkelijker door het pensioen:

Senior: “Het heeft er ook een beetje mee te maken hoe je leven is ingedeeld. Toen ik nog werkte kon ik gewoon op mijn werk eten. Dat is gewoon een bepaald gedrag. Dan begin je met

de soep, je kunt kiezen uit twee of drie soorten soep, er zijn verschillende groentes en vooral als er nasi of bami was, dat lustte mij wel, een toetje na, dat is een manier van eten tussen de middag, Wat ik nu ervaar, ik ben nu met pensioen, dan koken we zelf en daar gaat altijd een stukje af, een halve aardappel of een aardappel. We eten nu veel minder, mijn vrouw kookt afgestapt, dan is er ook gewoon niet meer.”

Perspectief senior - zorgverlener

De senior is volgens de zorgverlener soms niet gemotiveerd om iets te doen aan zijn eetpatroon.

Wijkverpleegkundige “Ik zie geregeld dat mensen echt niet willen, terwijl heel veel hulpverleners hen er op gewezen hebben. Dan rijden ze met hun scootmobiel en lopen met de rollator en liggen heel veel op bed omdat ze zo moe zijn omdat ze zere knieën hebben en eten dan één boterham...”

Huisartsen zijn van mening dat wanneer een senior zelf over het gewicht begint hij gemotiveerder is om het aan te pakken.

Huisarts: “...als ze zelf komen dan weet ik ook dat er een bepaalde motivatie achter zit, waardoor ik ook beter gemotiveerd ben van oke hier gaan we wat voor doen.”

Fysiotherapeuten geven aan dat de senioren met een intrinsieke motivatie degenen zijn die succes behalen, bij andere gevallen zijn de resultaten vaak teleurstellend.

“Wij werken natuurlijk wel vaak samen met de diëtisten; een hele tijd geleden hebben we dit geëvalueerd. De resultaten waren redelijk triest, wanneer je de inspanningen vergelijkt met het resultaat van het afvallen. Ik denk dat diegene met intrinsieke motivatie om het echt te willen, de mensen zijn die succes behalen.”

Senioren zelf geven aan dat zij juist gemotiveerder worden wanneer zij ondersteuning krijgen van zorgverleners:

Senior: “Ik weet best dat er veel af moet en ik zou best een steuntje in de rug willen hebben.”

De senioren stellen het ook op prijs wanneer de huisarts al in een eerder stadium over een gewichtsverandering begint. Het probleem is dan nog minder groot, waardoor de motivatie om er iets aan te doen groter is.

Senior: “Ik was altijd 75 kilo totdat ik een jaar of 55 was en in een tijd van 5 jaar vloog ik door naar 95. Dus dan ga je naar de huisdokter toe. Maar hij vond het nog niet erg. In mijn ogen moet ie dan al zeggen van ga eens naar een diëtiste of weet ik ook wat, maar nee dan stuurt ie je weer naar huis. Hij moet er wat van zeggen, daar heb je toch een huisdokter voor.”

Perspectief zorgverlener

Zorgverleners zijn wisselend gemotiveerd om het probleem overgewicht te bespreken met de senior en deze vervolgens te behandelen of te verwijzen. Als oorzaak worden hiervoor verschillende redenen genoemd, zoals het belang dat de senior zelf gemotiveerd is:

Praktijkondersteuner: “Ik word er ook wel eens kriegel van, dan denk ik al dat gebemoei met al die mensen, dus ik zit zelf ook altijd een beetje van wel benoemen en aangeven dat mensen

er op terug kunnen komen voor adviezen maar ik ben toch ook wel een beetje terughoudend, dat ik denk van krijg het eerst maar eens koud en kom bij mij dan maar om een jas vragen, dan wil ik je wel helpen.”

Een huisarts gaf aan dat het initiatief om het gewicht aan te kaarten bij de senior moet liggen, omdat er dan motivatie is om het aan te pakken. De huisarts is dan zelf ook gemotiveerder om hierin ondersteuning te bieden.:

“Ik denk dat het goed is dat patiënten dan zelf komen want als ze zelf komen dan weet ik ook dat er een bepaalde motivatie achter zit, waardoor ik ook beter gemotiveerd ben van oké hier gaan we wat voor doen. Je hebt ook veel mensen die weten het niet, die vinden het wel prima dan is het voor mij moeilijk om mij te motiveren om er bij de mensen een bepaalde motivatie uit te krijgen.”

Fysiotherapeuten geven aan dat intrinsieke motivatie essentieel is voordat een traject gestart wordt:

“Iemand moet wel voor de volle 100% een traject ingaan, anders dan gaan mensen er toch mee stoppen, want het is allemaal al zo zwaar en zo lastig”

Of, zoals door een praktijkondersteuner in het volgende citaat wordt weergegeven, het ontbreken van resultaat:

Praktijkondersteuner: “Ik had een discussie met de huisarts hoeveel tijd ik aan overgewicht en obesitas kon besteden en ja, zegt ze, steeds weer terug te komen op het gewicht, dat zie je toch niet terug in de BMI, dus zij was zo van nou dat je het een keer ter sprake brengt, goed maar dat het toch vaak weinig resultaat oplevert.”

Als gewicht niet tot klachten leidt is de motivatie van senioren volgens zorgverleners ook vaak laag. De senior zit dan soms helemaal niet te wachten op actie.

Huisarts: “Het is angst voor ziektes, dat verhaal dat klopt, je kunt diabetes en hypertensie wel laten behandelen maar voor obesitas en preventief, als ze nog maar weinig klachten hebben, dan is het moeilijk om ze te motiveren. Ja als je eenmaal 60 bent, dat is het een heel moeilijke groep om te motiveren, als ze het hebben dan willen ze wel wat maar als ze nog niks hebben dan...”

Perspectief zorgverlener - zorgverlener

Doordat zorgverleners geen eenduidig beleid voeren in de aanpak, vallen resultaten tegen, waardoor zorgverleners elkaar demotiveren in een adequate aanpak.

Diëtisten geven aan dat het slagen van de behandeling mede afhangt van hoe de verwijzer het overgewicht bespreekbaar heeft gemaakt bij de cliënt:

Diëtist: “Het is ook altijd een gevoelig punt, overgewicht bij cliënt, hoe brengt de huisarts het ter sprake, schuift ie al de klachten van de patiënt op overgewicht heb je iemand die met veel weerstand komt die zegt van ik moet van de dokter. Dus hoe benader je iemand, hoe benader je cliënten met overgewicht, dat vind ik wel heel belangrijk.”

De huisarts zelf geeft aan dat de resultaten bij de diëtist vaak tegen vallen, waardoor hij niet gemotiveerd is om door te verwijzen.

Huisarts: “Ik vind de diëtisten altijd wat teleurstellen, ze krijgen advies over gezonde voeding maar daar blijft het dan ook vaak bij. Dat is vaak niet het enige probleem van mensen met overgewicht.”

Tabel 6: Motiveren

Motiveren			
senior	senior – zorgverlener	zorgverlener	zorgverlener – zorgverlener
<ul style="list-style-type: none"> De motivatie van de senior wordt beïnvloed door de omgeving, positief dan wel negatief. 	<ul style="list-style-type: none"> Zorgverleners zijn van mening dat de senior veelal niet gemotiveerd is. Senioren willen graag eerder aangesproken worden op hun gewicht. 	<ul style="list-style-type: none"> Zorgverleners zijn wisselend gemotiveerd om het overgewicht aan te pakken. 	<ul style="list-style-type: none"> Doordat zorgverleners geen eenduidig beleid voeren, vallen resultaten tegen en raken zorgverleners soms gedemotiveerd.

4.4.3 Volhouden

Het derde hoofdthema *volhouden* wordt hieronder uiteengezet.

Perspectief senior

Als de senior gemotiveerd is om het probleem overgewicht aan te pakken blijkt uit de interviews dat het volhouden van deze aanpak in het dagelijkse leven nogal weerbarstig is.

Volhouden is lastig als de senior eenzaam is geworden wegens het verlies van werk, partner en geliefden.

Senior: “Toen mijn man pas was overleden, heb ik aan tafel eten wel volgehouden, maar op een gegeven moment dacht ik, ik zet het maar gewoon op schoot voor de tv. In het begin wil je het wel volhouden, maar dan op een gegeven moment denk je: flauwekul. Je zit maar alleen voor de tv met een placemat, met het bord op schoot en dan eet je het zo op.”

Uit de interviews blijkt dat de senior graag een steuntje in de rug heeft, een stok achter de deur om de (veranderde) gezonde leefstijl vol te houden.

Senior: “Vroeger was het heel simpel bij kinderen, vreemde ogen dwingen, maar bij grote mensen is dat ook zo!”

Dit hoeft niet perse te komen vanuit de kant van de zorgverleners, ook stichting welzijn ouderen of een beweegclub in groepsverband kan hierin een rol spelen. Het sociale aspect is hierbij van essentieel belang.

De senior geeft aan dat het moeilijk is om de balans tussen een gezonde leefstijl en genieten van het leven te vinden.

Senior: “Ik weet dat ik zelf verantwoordelijk ben, maar kijk met een mooie zomer. Je zit achter het huis in je tuin, je neemt een glas water, nou dan is het ook wel leuk om af en toe een glaasje wijn te nemen en dan komen er ongetwijfeld nootjes bij.....die balans vinden dat is moeilijk hoor, echt waar.”

Senior: “Ja, met die chocola dat is precies hetzelfde. Ik ben in 1935 in Holland gekomen en toen was er een crisis, net als nu, dus je moest een reepje met zijn zessen delen. Toen kwam de oorlog, toen was er geen chocola. Toen de oorlog voorbij was, hadden we geen geld. En nu heb ik het geld en nu mag ik het niet”

Senior: “Je moet ook nog een beetje kunnen genieten hè?”

Perspectief senior – zorgverlener

Teleurstellende ervaringen en resultaten uit eerdere pogingen om het gewicht te beheersen beïnvloeden de beeldvorming van senioren ten opzichte van zorgverleners. De senioren geven aan dat de adviezen van de zorgverlener vaak niet aansluiten bij de vraag van de senior en dat zij daardoor de adviezen niet in praktijk kunnen brengen.

Senior: “De diëtist geeft weliswaar goede adviezen, maar daarna lig je maar wat te spartelen..”

Senior: “Ik weet niet hoe ik het moet noemen, het was geen desinteresse, maar het was wel iets van ja, je moet het zelf doen. Maar hoe ik het moest doen, werd me niet verteld.”

Senior: “De diëtist geeft je eigenlijk de middelen aan, ze zegt wel wat je moet en kunt doen, maar je moet het zelf verder doen. Ze zegt wat je moet koken en wat beter voor je is, maar de praktijk is heel anders”

Eenzaamheid is voor senioren een belemmering om een gezonde leefstijl vol te houden:

Diëtist: “Mensen zijn eenzaam, eenzaamheid is een groot struikelblok denk ik, verliezen van partner, op die manier eenzaamheid, ja “dan moet ik alleen gaan wandelen”, ja daar loop ik tegenaan bij ouderen en eh ja, wat doe je dan? Ja, dan zeg je dan ga je toch alleen.”

Perspectief zorgverlener

Zorgverleners merken op dat het volhouden van een gezonde leefstijl voor senioren moeilijk is, dit komt mede doordat na afloop van de behandeling geëvalueerd wordt en daarmee de behandeling wordt afgesloten. Er is geen sprake van continue monitoring.

Diëtist: “Nou ja, er komt natuurlijk een verwijzing van de arts, waarop staat overgewicht, punt. Ik bedoel dat is altijd zo, daar staat eigenlijk niks op, maar vervolgens rapporteren wij terug na afsluiting. En daar blijft het dan bij.”

Daarnaast wordt aangegeven dat behandelprogramma's een te korte doorlooptijd hebben waardoor een blijvende gedragsverandering niet bewerkstelligd kan worden:

Fysiotherapeut: “Dat is onze ervaring ook, een programma van 12 weken is te kort, zeker als je in die 12 weken naast behandelen ook een blijvende gedragsverandering wilt bereiken. Een half jaar zou beter zijn, dat is een stuk langer.”

Perspectief zorgverlener - zorgverlener

Geen van de zorgverleners heeft na het afronden van een programma de vinger aan de pols of de gezonde leefstijl van de senior wordt gecontinueerd. Er zijn geen afspraken gemaakt over de zorgverlener die verantwoordelijk is voor het behoud van geboekte resultaten. Het blijft bij de reguliere verslaglegging:

Huisarts: “Er is een keurige verslaglegging van 3 of 4 bezoeken van het gewicht bij de start en na afloop en dan is vaak het laatste dat mensen niet meer op een afspraak verschijnen of hebben geen afspraak meer gemaakt, dus het contact wordt afgesloten.”

Daarnaast ontbreken vaak concrete behandeldoelen en is de aanpak veelal monodisciplinair, waardoor volhouden voor senioren moeilijk is:

Huisarts: “Er is geen duidelijk behandeldoel. Er is natuurlijk wel een behandeldoel maar er is niet een pad daar naar toe, dat je zegt van we gaan 10 keer wandelen, Nordic Walken, en we gaan 10 keer en dan kijken hoe het dan is. Bij een diëtist zijn het enkel 4 gesprekken en na 2 keer weet je wel wat gezonde voeding en wat geen gezonde voeding is. Dan is een diëtiste in feite ook klaar... Dus het is ook een gebrek aan handvatten om concreet iets met het advies te doen.”

De fysiotherapeuten geven aan dat meer evaluatie momenten belangrijk zijn met zowel de senior als met collega zorgverleners, het volhouden wordt daarmee gemakkelijker:

Fysiotherapeut: “Ik denk dat tussentijdse evaluatie heel erg belangrijk is, ook als het goed gaat. Positieve bekrachtiging werkt nog beter, wanneer je als senior via een derde uit de keten ook nog eens te horen krijgt dat het goed gaat. Dan gaat de intrinsieke motivatie gigantisch omhoog.”

Tabel 7: Volhouden

Volhouden			
senior	senior– zorgverlener	zorgverlener	zorgverlener – zorgverlener
<ul style="list-style-type: none"> • De senior vindt het moeilijk de balans te vinden tussen gezond leven en genieten, waardoor volhouden als lastig wordt ervaren. • Senioren willen graag hulp bij het volhouden van een gezonde leefstijl 	<ul style="list-style-type: none"> • Concrete doelstellingen ontbreken vaak, waardoor resultaten voor senioren tegenvallen en senioren teleurgesteld raken. • Senioren missen concrete handvatten in de behandeling, het blijft vaak bij adviezen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Goede nazorg ontbreekt, waardoor volhouden voor senioren moeilijk is. • Behandelingen duren te kort voor blijvend resultaat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn geen afspraken over de nazorg gemaakt, waardoor geen enkele zorgverlener de verantwoordelijkheid neemt.

4.4.4 Samenwerken

Over afstemmen met elkaar en samenwerken in de zorg rondom de senior met overgewicht werd door zorgverleners verschillend gedacht.

Perspectief senior

Senioren geven aan dat zorgverleners onvoldoende op de hoogte zijn van wat de ander doet. Doorverwijzingen hebben in hun ogen een toevallig karakter.

Senior: “Nou dat vraag ik me af, er is een consultatiebureau en een personal coach en ik weet niet allemaal wat. Maar de één weet niet van de ander.”

Senior: “Volgens mij lopen al die disciplines door elkaar heen en kijken ze te weinig naar elkaar”

Perspectief senior – zorgverlener

Zorgverleners en senioren hebben niet altijd dezelfde verwachtingen van een behandeling. Vaak worden de verwachtingen niet voldoende uitgesproken, waardoor teleurstellingen ontstaan. Teleurstellingen hebben een negatieve invloed op het bereiken van resultaat.

De praktijkondersteuner geeft aan dat het essentieel is om bij de verwachtingen van de senior aan te sluiten:

“Ik vind het belangrijk, dat het altijd in je achterhoofd zit, om te blijven voelen van wat weten mensen en wat verwachten mensen. En dat je soms teveel vanuit je eigen professie praat en dan ga je weleens de mist in. Dat je denkt iemand anders weet het wel. Het blijft altijd een aandachtspunt om aan te sluiten bij mensen.”

Perspectief zorgverlener

Alle zorgverleners geven aan onvoldoende op de hoogte te zijn van welke zorg rondom overgewicht en obesitas in Zwolle wordt aangeboden. Een goede sociale kaart ontbreekt.

Fysiotherapeut: “Zorgverleners, die ook niet goed weten waar ze allemaal naar toe kunnen verwijzen.”

Zorgverleners geven aan dat zij met name verwijzen naar zorgverleners die zij kennen, mede omdat er geen duidelijk overzicht is van de verschillende verwijsmogelijkheden.

Diëtist: “Er zijn wel mensen die naar mij worden doorverwezen alleen voor overgewicht, maar dat komt omdat ik steeds dicht bij die praktijkondersteuners sta en zij steeds makkelijker mensen doorverwijzen.”

Fysiotherapeut: “Het begint bij elkaar kennen. Ken je bijvoorbeeld de psycholoog, dan komen de verwijzingen vanzelf.”

De bereikbaarheid van zorgverleners wordt wisselend ervaren. Wanneer verschillende beroepsgroepen fysiek dicht bij elkaar gesitueerd zijn, bijvoorbeeld in hetzelfde gebouw,

bevordert dit de bereikbaarheid. Parttime werken, fysiek verder van elkaar gesitueerd zijn en drukke agenda's belemmeren juist de bereikbaarheid.

Diëtist: "Nou als je bij elkaar in één setting werkt, dan zijn de lijnen veel korter, dan heb je veel meer samenwerking. Als je elkaar ziet, schiet je elkaar even aan, je kent elkaar van de koffietafel, dus je gaat heel makkelijk even bij elkaar binnen."

Perspectief zorgverlener - zorgverlener

Er zijn geen duidelijke afspraken over wie welke rol heeft in de behandeling van overgewicht.

Zorgverleners onderschrijven vervolgens het belang van samenwerking in de keten.

Fysiotherapeut: "Het is natuurlijk belangrijk, je kunt er wel over doorgaan, dat je met z'n allen iets doet, en de diëtiste, en de psycholoog, als je alleen als fysiotherapeut behandelt – en dan praat ik gewoon uit eigen ervaring – dan bereik je niets, helemaal niets."

De samenwerking die er tussen zorgverleners is, is kleinschalig.

Fysiotherapeut: "Het blijft heel kleinschalig, heel beperkt. In de praktijk kun je bijna geen oefengroepjes vormen of wat dan ook om een beetje verder te komen. Het blijft aan de lage kant, dus je zou wat meer samen moeten werken, waardoor je ook voor bepaalde onderdelen ergens anders terecht kunt"

Diëtist: "Er zijn eilandjes, multidisciplinair, multidisciplinaire eilandjes, zoals ik het zou willen noemen, maar geen grote initiatieven, in ieder geval niet dat ik weet."

Ook diëtisten geven aan dat er winst te behalen is door beter met elkaar samen te werken.

Diëtist: "Als ik kijk, ook wat samenwerking en doorverwijzing betreft, dan is er nog heel wat winst te behalen. Ik zie nu vaak ouderen met verhoogde bloedsuikers, met hypertensie, dus ook met andere diagnoses naar je doorverwezen worden, maar echt puur overgewicht? Daar is veel verbetering mogelijk. Iedereen doet maar zijn eigen ding en we zitten op eilandjes te werken."

Om de keten te laten slagen is het essentieel dat zorgverleners dezelfde adviezen geven.

Wijkverpleegkundigen: "En als wij het zeggen en de dokter zegt dat het niet nodig is, dan ben je nergens meer."

De diëtisten geven aan dat de praktijkondersteuner een spin in het web is met betrekking tot samenwerking in de keten.

Diëtist: "Praktijkondersteuners begeleiden ook vaak mensen met diabetes, hoge bloeddrukcontroles, dus dat is vaak degene die dan aangeeft, nou misschien moet u ook iets met het gewicht gaan doen. Dus ik denk dat die praktijkondersteuner wel een spin in het web is, in de huisartsenpraktijk in ieder geval."

De praktijkondersteuners zien zichzelf ook als spin in het web

Ook de huisarts ziet een belangrijke rol voor de praktijkondersteuner. De huisarts geeft aan dat de praktijkondersteuner goed structureel en volgens een protocol werken, hij besteedt dat dan ook graag aan hen uit:

Huisarts: “Wij zijn natuurlijk toch wat fladderig en zijn niet zo erg aan regels gebonden. Als je een goed programma hebt, dan kan de praktijkondersteuner dat perfect uitvoeren, die laat zich ook niet zo makkelijk ompraten. Wij houden veel meer rekening met allerlei verzachtende omstandigheden.”

De huisarts heeft een unieke positie in de keten, die door de andere zorgverleners weleens als te machtig wordt ervaren. Met name fysiotherapeuten zijn zich bewust van de rol die de huisarts in de keten heeft.

Fysiotherapeut: “Huisartsen, met alle respect, die doen hun werk gewoon prima. Zij hebben patiënten en hebben daardoor de macht. Een fysiotherapeut heeft geen patiënten, die krijgt ze.. Die komen bij één van ons omdat ze toevallig jou kennen of omdat ze hebben gehoord van iemand dat je daar zijn moet, nou op het moment dat ik mijn werk niet goed doe en ik zie hem nooit meer dan gaat ie naar een ander. Dus ik denk dat huisartsen wat dat betreft heel anders in de keten zitten, dan alle andere zorgverleners.”

De huisarts wordt door fysiotherapeuten gezien als poortwachter, taken die daarbij genoemd worden zijn: signaleren van overgewicht en obesitas, bewaken van zorgtrajecten, kennen van mogelijkheden van de keten en van de senioren. De huisarts kan de juiste doorverwijzing in gang zetten.

Fysiotherapeut: “Signaleren, lijnen bewaken en hij kent de mogelijkheden die er zijn in de keten en waar de zorg voor zijn patiënten op aan kan sluiten. En ook dusdanig dat hij weet welke patiënt het meeste gebaat is bij welk stukje uit de keten om tot gedragsverandering en meer beweging te komen en dus tot afvallen te leiden.”

Er zijn ook twijfels of de huisarts de financiering – bijvoorbeeld als hoofdaannemer, zoals bij diabetes – zou moeten regelen. Fysiotherapeuten denken dat het eigen financiële belang van een huisarts kan meespelen, waardoor patiënten niet de voor hen meest optimale zorg kunnen krijgen.

Fysiotherapeut: “Huisartsen krijgen bijvoorbeeld €800 per jaar voor iedere diabetespatiënt en als hij zorgt dat die patiënt zo min mogelijk hulp nodig heeft, dan houdt hij zelf het meeste over natuurlijk, maar dan komt de patiënt wellicht niet terecht bij de zorg terecht waar hij moet zijn.”

Fysiotherapeuten vragen zich af of het wenselijk is dat voor een verwijzing naar de diëtist een verwijsbriefje van de huisarts nodig is. In hun ogen is het wenselijk dat een fysiotherapeut en diëtist rechtstreeks naar elkaar kunnen verwijzen.

“De diëtist wordt heel vaak aan de huisarts gekoppeld of de huisarts koppelt de diëtist aan zichzelf, terwijl ik vind – maar misschien heb ik er niet genoeg verstand van – dat de diëtist veel meer bij bewegen past, dus ik vind dat de diëtist veel meer aan ons gekoppeld moet worden.”

De huisarts zelf is afwachtend over zijn rol in de keten, hij stelt een aantal voorwaarden aan een mogelijke rol.

Huisarts: “Als wij met een helicopterview aansturing kunnen geven aan de keten, met behulp van de praktijkondersteuner, èn er is sprake van een financiële prikkel, dan zouden we wel een stuk regie op ons kunnen nemen. Ik denk wel dat je moet afbakenen wat wel en niet.”

Het beeld van de zorgverleners over de diëtist is niet goed.

Huisarts: “Ik vind diëtisten altijd wat teleurstellen, ze krijgen advies over gezonde voeding, maar daar blijft het dan ook vaak bij, het is dan een gebrek aan handvatten om concreet iets met het advies te doen.”

De diëtist (h)erkent dit beeld en pleit voor meer samenwerking met de andere disciplines.

Diëtist: “De drempel naar de diëtist moet lager gemaakt worden. Dat heeft te maken met hoe brengt de praktijkondersteuner of de huisarts het, een stuk beeldvorming, daar heeft het mee te maken. De beeldvorming van de diëtist moet verbeterd worden.”

Tabel 8: Samenwerken

Samenwerken			
senior	senior – zorgverlener	zorgverlener	zorgverlener – zorgverlener
<ul style="list-style-type: none"> • Verwijzingen hebben een toevallig karakter. • Zorgverleners zijn volgens senioren niet op de hoogte van andere zorgverleners doen. Samenhang ontbreekt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Senioren en zorgverleners hebben vaak verschillende verwachtingen die onvoldoende uitgesproken worden. • POH geeft belang aan van aansluiting bij de belevingswereld van de senioren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverleners zijn onvoldoende op de hoogte van de verwijzingsmogelijkheden • Verwijzingen m.n. naar zorgverleners die zij kennen. Bereikbaarheid is belangrijk, maar ontbreekt vaak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidig beleid • Samenwerking wordt als essentieel ervaren • Er worden tegenstrijdige adviezen gegeven • POH is spin in het web • Huisarts heeft unieke positie in keten • Beeldvorming diëtist is niet goed.

4.5 Bevorderende en belemmerende factoren

In de fase van selectief coderen is gericht gezocht naar het antwoord op de derde deelvraag (bevorderende en belemmerende factoren). Hierbij is zowel vanuit het perspectief van de zorgverleners als het perspectief van de senior gericht gezocht naar bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de implementatie van de gewenste situatie voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle. Daarnaast zijn de interviews met de individuele geconsulteerde adviseurs en de leden van de expertgroep en de stuurgroep (hierna afgekort als ‘adviseurs’) op deze vraagstelling geanalyseerd.

4.5.1 Bevorderende factoren

Zorgverleners en adviseurs geven aan dat bij de ontwikkeling en implementatie van de keten aangehaakt moet worden bij landelijke ontwikkelingen. En dat er niet lokaal verschillende oplossingen voor hetzelfde probleem geïmplementeerd worden. Landelijk is er een groot aantal trajecten waar lering uit getrokken kan worden.

Zorgverleners en adviseurs zien daarnaast kansen voor een wijkgerichte aanpak, waar senioren zorg dichtbij huis ontvangen en aansluiting gezocht kan worden bij de overige activiteiten in de wijk, zoals het aanbod van Stichting Welzijn Ouderen Zwolle en de GGD. Door goede samenwerking wordt het ook mogelijk om de aanpak van overgewicht te starten in de sociale netwerken van senioren en niet direct in de eerstelijnszorg, waarmee de aanpak laagdrempelig en goedkoper zal zijn.

Ook senioren zien kansen voor een wijkgerichte aanpak. Senioren geven daarnaast aan dat zij kansen zien voor groepsbehandeling. Belangrijk is het aansluiten bij de belevingswereld van de senioren. Door in gesprek te gaan met de senioren en de behandeling aan te laten sluiten bij de voordelen en wensen van de doelgroep, wordt verwacht dat resultaten zullen verbeteren. Als voorbeeld wordt hierbij genoemd, het vroegtijdig inspelen op de mogelijk optredende gewichtsveranderingen bij life-events (pensioen, kleinkinderen, verlies partner). Dit wordt bevestigd door de adviseurs.

Zorgverleners en adviseurs zien intensivering van de onderlinge samenwerking als bevorderende factor voor zorgverbetering. Korte lijnen, duidelijke protocollen, een goede sociale kaart en kennis van elkaars expertise worden onder andere gezien als bevorderende factoren voor efficiënte en doelmatige zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas. Zorgverleners zien daarnaast kansen voor monitoring van behandelresultaten om de zorg te verbeteren. Hierdoor zou het op den duur mogelijk worden om enkel bewezen effectieve interventies aan te bieden. Het verspreiden van kerncijfers kan daarbij ook bijdragen aan prikkels om de zorg verder te verbeteren. Vervolgens wordt een kans gezien in het aanstellen van een goede regievoerder in de keten. Over welke professie, instelling of de senior deze regie kan uitvoeren en op welke niveaus dit plaats zou moeten vinden, is nog geen consensus bereikt.

Bij zorgverzekeraar Achmea komt ongeveer tweederde van de premiegelden uit collectiviteiten. Hier liggen mogelijkheden om gezondheidsprogramma's voor deze collectiviteiten te koppelen aan bijvoorbeeld de keten overgewicht en obesitas. Werkgevers

Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Senioren
Eindrapport Kwalitatief Onderzoek – ATW Overgewicht

kunnen medefinanciers voor projecten met betrekking tot gezonde leefstijl zijn en er kunnen afspraken rondom leefstijladvisering met bedrijfsartsen gemaakt worden.

Tenslotte zien de verschillende zorgverleners allen een kans in het verbeteren van de zorg door kennis en vaardigheden over zowel de inhoudelijke behandeling als de samenwerking in de keten te verbeteren. Verschillende zorgverleners zien daarbij ook kansen om interdisciplinair scholingen aan te bieden. Diëtisten willen bijvoorbeeld een scholing verzorgen. De adviseurs (met name de GGD) pleiten voor meer aandacht voor preventie door in de keten aansluiting te zoeken bij de openbare gezondheidszorg.

4.5.2 Belemmerende factoren

De eerste belemmerende factor die gezien wordt, is het ontbreken van inzicht bij de verschillende zorgverleners (achterban) om overgewicht en obesitas als onderdeel van hun werk te zien en hiermee aan de slag te gaan. Implementeren van optimale zorg voor senioren met overgewicht en obesitas wordt hiermee erg moeilijk. Zorgverleners spreken hun huivering uit voor een geheel nieuwe keten, die niet aansluit bij de overige ketens die er zijn. Het wiel moet – zo gezegd – niet opnieuw uitgevonden worden. Er wordt een belemmerende factor gezien in het ontbreken van aansluiting bij andere zorg(ketens) waar senioren met meervoudige problematiek gebruik van maken. Het gevaar bestaat dat de senior hierdoor door de bomen het bos niet meer ziet. Er moet aandacht zijn voor de comorbiditeit van de senior. De zorg voor overgewicht en obesitas moet aansluiten bij de overige zorg die de senior ontvangt.

Daarnaast bestaat bij verschillende zorgverleners de huivering dat er onvoldoende financiële middelen en tijd beschikbaar zijn om een keten te kunnen realiseren. Het ontbreken van financiële middelen wordt als bedreiging gezien voor implementatie van de zorgverbeteringen. Zorgverleners voelen zich betrokken bij zorgverbeteringen, maar er moet een goede “*prijs-kwaliteitverhouding*” zijn met betrekking tot de geleverde inspanningen en de resultaten daarvan. De huisartsen geven aan dat financiële prikkels van zorgverzekeraars, om te bevorderen dat zorgverleners samen werken in de keten, niet ten kosten moeten gaan van de kwaliteit van zorg. De kwaliteit van zorg staat in hun ogen voorop.

In het verlengde van deze financiële aspecten voor zorgverleners, wordt als bedreiging ook genoemd dat een te hoge eigen bijdrage voor senioren ervoor zal zorgen dat zij niet deelnemen aan activiteiten/behandelprogramma's.

De zorgverleners in de eerstelijns oriënteren zich in hun werk op de individuele fysieke mens. Gezondheid wordt gezien als de afwezigheid van (lichamelijke en psychische) klachten. De behandeling richt zich op ziekten of gezondheidsgerelateerde problemen. De werkwijze van zorgverleners kenmerkt zich door genezen en verzorgen. Overgewicht en obesitas worden door zorgverleners niet altijd als ziekte gezien, maar als bijvoorbeeld een leefstijlprobleem. Het medische georiënteerde paradigma en de visie van (para-)medici op overgewicht en obesitas stroken niet met elkaar. Deze discrepantie is mede oorzaak voor de huidige knelpunten in de zorg voor senioren met overgewicht en obesitas. De bedreiging bestaat dat zorgverleners de aanpak van overgewicht vanuit hun eigen beroepsdomein en ziektegerelateerd aanpakken. Duidelijk is geworden dat de behandeling niet alleen op het individu gericht moet zijn, maar dat hierbij het gehele systeem betrokken moet worden. Dit is een werkwijze die zorgverleners in de eerstelijns zich nog meer eigen moeten maken.

Onvoldoende aansluiting bij de specifieke eigenschappen van de doelgroep wordt als belemmerende factor gezien voor het slagen van zorgverbeteringen. Een grote groep senioren kenmerkt zich door een afwachtende houding. Zij zijn niet assertief met betrekking tot de zorgverlener. Eenzaamheid komt veel voor bij senioren. In de zorgverbeteringen moet met genoemde factoren rekening gehouden worden.

Tabel 9: Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende en belemmerende factoren	
Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Aansluiten bij landelijke ontwikkelingen. • Wijkgerichte aanpak, aansluiten bij wijkgerichte (preventie)activiteiten. • Aansluiting bij belevingswereld senioren (life-events). • Koppeling gezondheidsprogramma's zorgverzekeraars aan de keten. • Intensiveren samenwerking. • Monitoring van behandelgegevens/resultaten. • Aanstellen regievoerder. • Kennis en vaardigheden ontwikkelen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Achterban ziet belang niet. • Geen aansluiting bij andere ketens waar senioren met comorbiditeit gebruik van maken. • Onvoldoende tijd en financiële middelen voor implementatie. • Hoge eigen bijdrage voor senioren. • Geen systeemaanpak maar individuele aanpak van problematiek. • Onvoldoende aansluiting bij specifieke kenmerken senioren.

5 Beschouwing

In het voorgaande hoofdstuk is ingegaan op de resultaten. In dit hoofdstuk volgen de discussie, conclusies en aanbevelingen.

5.1 Samenvatting van de resultaten

Conform de onderzoeksvragen wordt hier een samenvatting van de resultaten gegeven.

Huidige zorgverlening

De huidige zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle, kenmerkt zich door moeizame signalering van overgewicht, onder andere door gebrek aan tijd en het ontbreken van een vervolgaanbod om naar te verwijzen. Senioren voelen zich vaak niet serieus genomen met hun hulpvraag met betrekking tot het gewicht. Verwijzingen verlopen moeizaam, omdat zorgverleners niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden in Zwolle. De behandeling is veelal monodisciplinair en waar toch multidisciplinair wordt samengewerkt, zijn de ervaringen positief. Evaluaties vinden plaats op individueel niveau met de klant. Zowel in de infrastructuur van de keten (ontbreken protocollen, geen regievoerder) als in de deskundigheid van zorgverleners (onvoldoende kennis overgewicht/obesitas en motiverende gespreksvoering) worden als knelpunten ervaren door zowel zorgverleners als senioren en met overgewicht. De verwachtingen van senioren en zorgverleners met betrekking tot het resultaat van een behandeling komt vaak niet overeen, waardoor senioren teleurgesteld zijn over het behaalde resultaat.

Gewenste zorgverlening

Ten aanzien van de gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle, bestaat vooral behoefte aan duidelijke en efficiënte werkafspraken. Rollen, taken en verantwoordelijkheden zijn voor zorgverleners en senioren in de gewenste situatie transparant. Daarnaast dient er inzicht te bestaan in elkaars kennis en vaardigheden, door middel van o.a. een sociale kaart, netwerkbijeenkomsten en deskundigheidsbevordering (zowel zorginhoudelijk als met betrekking tot de keten). In de gewenste situatie is er sprake van continue monitoring. De huisartsenpraktijk kan een spilfunctie vervullen, mits aansluiting met wijkgerichte activiteiten is gewaarborgd. Zorgverleners verlenen zorg op maat, waarbij senioren uit een gedifferentieerd aanbod kunnen kiezen. Indien wenselijk heeft de senior een zorgverlener die functioneert als eerste aanspreekpunt.

Hoofdthema's

Het is essentieel dat in de gewenste situatie voldoende aandacht is voor de bejegening van en aansluiting bij de senioren met overgewicht en obesitas, welke samengevat kan worden in de volgende hoofdthema's: *serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden* en *samenwerken*. Dit uit zich in het serieus nemen van overgewicht als ziekte/probleem en eveneens het serieus nemen van de problemen die de doelgroep ervaart met het overgewicht/obesitas. Daar hoort ook het adequaat bespreken van overgewicht en obesitas bij. Zorgverleners hebben daarnaast voldoende tools in handen om de doelgroep te motiveren en gemotiveerd te houden. De doelgroep wordt door middel van concrete handvatten begeleid in het continueren van een gezonde leefstijl. Zorgverleners worden ondersteund in een optimale onderlinge samenwerking.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bij het implementeren van de zorgverbetering dient rekening gehouden te worden met de bevorderende en belemmerende factoren genoemd door senioren en zorgverleners. Daarmee wordt gerealiseerd dat er aansluiting is bij landelijke ontwikkelingen en bij andere zorgketens waar senioren gebruik van maken. De achterban van de betrokken zorgverleners wordt actief betrokken bij het project, het draagvlak voor het project dient Zwolle breed vergroot te worden. Structurele financieringsmiddelen voor de gewenste zorgverlening dienen te worden gerealiseerd.

5.2 Discussie

De gevonden resultaten zullen in deze paragraaf kritisch bediscussieerd worden.

5.2.1 Onderzoeksmethode

Door gebruik te maken van focusgroepen kon opinievorming plaatsvinden, waardoor in kaart gebracht kon worden hoe de deelnemers dachten over de verschillende onderwerpen. Om sociaalwenselijke antwoorden zo goed mogelijk te voorkomen, is zorg gedragen voor een veilige sfeer. Tevens is benadrukt dat anonimiteit is gegarandeerd.

De focusgroepen met senioren bestonden uit senioren die zichzelf hebben aangemeld voor deelname, om deze reden mag aangenomen worden dat het gaat om gemotiveerde deelnemers. De ongemotiveerde senioren hebben we met dit onderzoeksdesign niet bereikt, Het is te verwachten dat zij niet reageren op een oproep voor deelname aan een focusgroep. Het is aannemelijk dat minder gemotiveerde senioren nog moeilijker de juiste zorg bereiken.

Een sterk punt binnen dit onderzoek is de inclusie van alle mogelijke ketenpartners. Hierdoor was het mogelijk om vanuit de verschillende invalshoeken naar de huidige en gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas te kunnen kijken. Er is gekeken vanuit zowel de invalshoek van de zorgverleners die aan het begin van de keten staan, als vanuit de zorgverleners die aan het eind van de keten staan, als vanuit de senioren zelf.

5.2.2 Kwaliteit

De interne validiteit is onder andere verhoogd door het gebruik van een vraagroute gebaseerd op het model van Schrijvers (2005), daarbij aangevuld met elementen uit de modellen van Donkers (2008) en Wagner (2001). Verder is de interne kwaliteit ook vergroot door gebruik te maken van expertmeetings, gesprekken met individuele adviseurs, de constructie van gespreksleider en observator in de gesprekken, gebruik van memo's, woordelijke transcripties en volledige analyse door twee onderzoekers. Ook zijn memberchecks gebruikt. Verslagen van de focusgroeps gesprekken en de interviews zijn voorgelegd aan de deelnemers. Opmerkingen hierop zijn vervolgens verwerkt in de resultaten.

De resultaten konden worden geïnterpreteerd binnen het theoretisch kader van het model van Schrijvers, Donkers en Wagner, aangevuld met een viertal essentiële hoofdthema's.

Het aantal deelnemers aan de focusgroepen was in enkele groepen aan de lage kant. Op basis van de acht gehouden focusgroepen lijkt datasaturatie bereikt, ook in de kleinere groepen. Dit komt mede doordat in alle focusgroepen dezelfde vraagroute is gebruikt en dezelfde gespreksleider is ingezet.

De resultaten uit de focusgroepen en interviews zijn niet zondermeer generaliseerbaar naar zorgverleners buiten Zwolle. De data geven een goed beeld van de knel- en verbeterpunten in de Zwolse praktijk, maar kunnen door willekeurige zorgverleners buiten Zwolle anders worden ervaren. Bijvoorbeeld de rol van een welzijnsorganisatie of de sociale cohesie kan in andere steden verschillen met de Zwolse situatie. Het geeft ook de kracht van het de lokale aanpak aan; succesvolle implementatie van ketens kenmerkt zich door een lokale aanpak.

5.2.3 Praktische haalbaarheid

De onderzoeksresultaten geven duidelijk inzicht in de perspectieven van zorgverleners en senioren op de huidige en gewenste zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas en ook over de kansen en bedreigingen die zij zien met betrekking tot de implementatie van het model. Deze inzichten geven handvatten voor de gewenste inrichting van de processen en ook met betrekking tot de aandachtspunten met betrekking tot de inhoud van de behandeling. Grotendeels geeft het ook een antwoord op de gewenste structuur van de keten.

5.3 Conclusie

De zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle kan worden verbeterd door het opzetten van een zorgketen waarin structuur-, proces-, en zorginhoudelijke elementen een plaats krijgen. De uitgevoerde inventarisatie biedt handvatten voor het verbeteren van deze elementen. Het ketenmodel kan ontwikkeld worden aan de hand van de uitgangspunten uit de modellen van Schrijvers, Donkers en Wagner, mits aangevuld met aandacht voor de communicatie tussen zorgverlener en senior en tussen zorgverleners onderling. De essentie van deze aandacht voor communicatie is te splitsen in de volgende hoofdthema's: *serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden* en *samenwerken*. Zorgverleners en senioren blijken vanuit verschillende perspectieven te kijken naar deze thema's. Door deze verschillen kan miscommunicatie ontstaan en daardoor stagnatie in de keten van de zorgverlening. Zorgen voor passende aansluiting bij landelijke ontwikkelingen, bij andere zorgketens, bij de belevingswereld van de senior en bij wijkgerichte (preventie)activiteiten zijn belangrijke bevorderende factoren bij de realisering van de gewenste zorgverlening. Evenals het aanstellen van een regievoerder en het monitoren van de behandelgegevens. Een eenzijdige focus op een individuele aanpak in plaats van op een systeemaanpak is een mogelijke belangrijke belemmering bij het realiseren van de gewenste zorgverlening.

5.4 Aanbevelingen

In onderstaande paragraaf worden aanbevelingen gedaan. Deze hebben enerzijds betrekking op vervolgonderzoek en anderzijds op de praktijk.

5.4.1. Vervolgonderzoek

Alvorens een definitieve beslissing te nemen over de wijze waarop de zorgketen wordt ingevuld is het aan te raden vervolgonderzoek uit te voeren.

Allereerst verdient het de aandacht om kwantitatief in kaart te brengen welke senioren met overgewicht waar in de zorg terecht komen, op welke wijze de doorverwijzing plaatsvindt, hoe groot de drop-out is en eveneens wat de resultaten van uitgevoerde behandelingen zijn. Inzicht in deze gegevens maakt de huidige situatie nog inzichtelijker, anderzijds draagt een dergelijk onderzoek direct bij aan het opzetten van een solide monitoringssysteem in Zwolle. Een dergelijk onderzoek kan gezien worden als een 0-meting van de zorgverlening voor senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle. Na implementatie van ketenzorg kan een zelfde meting opnieuw uitgevoerd worden, waarmee de verbeteringen in kaart gebracht kunnen worden.

Daarnaast is het aan te bevelen om senioren met een allochtone afkomst in kaart te brengen hoe zij tegenover de zorg staan. Bij deze doelgroep komt overgewicht en obesitas immers vaker voor. Uitgangspunt hierbij is de vraag of de voorgestelde verbeteringen, voortvloeiend uit dit onderzoek, passend zijn bij de ervaringen en wensen van deze specifieke doelgroep.

5.4.2 Praktijk

Een eerste stap in de praktijk dient gezet te worden door het realiseren van een structuur waarin zorginhoudelijke en proceselementen een plek krijgen, bijvoorbeeld in de vorm van een zorgprogramma. Met betrekking tot de ontwikkeling van een dergelijk zorgprogramma zijn een aantal aandachtspunten te onderscheiden.

Allereerst dient duidelijkheid in gezamenlijk opgestelde doelen, voor zowel zorgverleners als senioren, het uitgangspunt in het zorgprogramma te zijn. Dit kan door het ontwikkelen van instrumenten en tools die praktisch toepasbaar zijn, zoals een sociale kaart, netwerkbijeenkomsten, transparante werkafspraken en deskundigheidsbevordering. Deze deskundigheidsbevordering kan zowel inhoudelijk als op de organisatie van zorg gericht zijn, afhankelijk van de vraag die beroepsgroepen hebben. Het telkens toepassen van evidence based gebleken werkwijzen verhoogt hierbij de kwaliteit van de zorgverlening. Ook duidelijkheid over de begrippen overgewicht en obesitas is gewenst. Achmea richt zich met name op obesitas. Overgewicht is verzekeringstechnisch geen ziekte, in de aanpak rekening houden met wat wel en niet tot de verzekerde zorg kan gaan behoren.

Daarnaast is betrokkenheid van de zorgverleners essentieel. Zorgverleners dienen zich te kunnen identificeren met de keten. Dit kan bereikt worden door in samenspraak met de zorgverleners uitkomst-, proces- en structuurindicatoren op te stellen.

Tenslotte is aansluiting bij de doelgroep essentieel, dit kan bewerkstelligd worden door invulling te geven aan vier hoofdthema's: serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden en samenwerken. Aansluiting kan bevorderd worden door netwerkbijeenkomsten met aanwezigheid van de doelgroep en spiegelbijeenkomsten met de senioren over de verleende zorgverlening. Afstemming met andere ketens is nodig, vanwege vaak voorkomende comorbiditeit bij overgewicht en obesitas.

Een van de grootste uitdagingen in het vormgeven van de zorginnovatie en de implementatie daarvan zit in het vergroten van het draagvlak voor het aanpassen van de huidige werkwijze. Onder de deelnemende zorgverleners was dit draagvlak groot, maar ook de overige zorgverleners in Zwolle dienen betrokken te worden bij de keten. Netwerkbijeenkomsten, een

werkconferentie, nieuwsbrieven en mond-tot-mondreactions en positieve stimuleringsprikkels (wellicht vanuit verzekeraar/gemeente) kunnen hiertoe bijdragen. Dit draagvlak dient niet enkel op operationeel niveau gerealiseerd worden, maar ook op strategisch en tactisch niveau binnen organisaties. Bestuurders en managers dienen betrokken te worden bij de ontwikkelingen. Evenals invloedrijke stakeholders, zoals de gemeente en de zorgverzekeraar. Aansluiting bij functionele bekostiging wordt hierbij als kans gezien.

Met betrekking tot senioren is het belangrijk het belang van een gezonde leefstijl en de kennis hieromtrent te vergroten. Hierdoor kan de preventie van overgewicht en obesitas worden vergroot. Senioren kunnen het best binnen hun eigen netwerken benaderd worden voor deze kennisoverdracht. Mogelijkheden hiervoor zijn; activiteiten van SWOZ, via wijkverpleegkundigen van Icare of via de ouderenbonden (ANBO of PSOB). De drempel om psychologische ondersteuning in te schakelen zou verlaagd moeten worden. De psycholoog kan een belangrijke rol spelen bij gedragsverandering die nodig is bij veranderen van leefstijl.

6 Referenties

1. Aa, van der, A. & Minkman, M. (2007) *Tools voor ketenzorg. Naar actie en reactie*. Utrecht: CBO.
2. Boeije, H.R. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
3. Boot, J. M. & Knapen, M. H. J. M. (2001). *Handboek Nederlandse Gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum.
4. Bussel, B. van, Pijpers, E., Ferreira, I., Castermans, P. Nieuwenhuijzen Kruseman, A.C. (2007) Polymorbidity in diabetes in older people: consequences for care and vocational training. *Postgraduate Medical Journal* 83,763 – 767.
5. CBS, www.cbs.nl, december 2008.
6. Coördinatieplatform zorgstandaarden (CPZ). (2009). *Standaard voor zorgstandaarden*. Den Haag: ZonMW programma Disaesemanagement chronische ziekten.
7. CVZ (2007) Van preventie verzekerd.
8. Dahlin Ivanoff, S., Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of occupational therapy*, 13, 125-132.
9. Donkers, E.C.M.M., Bras, A., Dingenen van, E.C.M. (2008). Ketens met karakter. Drie basismodellen helpen bij opzet van zorgketens. *Medisch Contact*, 19, 822-824.
10. Drewes, H.W. , Boom, J. H. C., Graafmans, W.C., Struijs, J.N. & Baan, C.A. (2008). *Effectiviteit van disease management*. Bilthoven: RIVM.
11. Durlinger, B. (2000). *Zorgketens in internationaal perspectief*. Vraagsturing & zorgketens. Amstelveen: St. Sympoz.
12. Evers, J.C. (2007). *Kwalitatief interviewen: Kunst en kunde*. Den Haag: Lemna.
13. Gezondheidsraad, www.gezondheidsraad.nl, december, 2008
14. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken. IGZ, Den Haag, 2003.
15. Klink A, & Bussemaker J. Programmatische aanpak van chronische ziekten. Kamerstuk, 16 juni 2008.
16. Klink A, Bussemaker J. Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010. Kamerstuk, 5 april 2007.
17. Kodner, D.L. & Kyriacou, C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, 1-19.

18. Kremers, S.P.J., Bruijn de, G.J., Visscher, T.L.S., Mechelen van, W., Vires de, N.K., & Brug, J. (2006). Environmental influences on energy balance-related behaviors: A dual-process view. *International Journal of behavioural Nutrition and Physical Activity*, 3 (9), 1-10.
19. 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.
20. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Niet van later zorg. 22 januari 2007.
21. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Kamerstuk, 24 september 2007.
22. Nooyens, A.C.J., Visscher, T.L.S., Verschuren, W.M., Schuit, A.J., Boshuizen, H.C., Mechelen van, W. & Seidell, J.C. (2008). Age, period and cohort effects on body weight and body mass index in adults: The Doetinchem Cohort Study. *Public Health Nutrition*, in press, 1-9.
23. PON (2009) www.partnerschapovergewicht.nl, januari 2010.
24. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Bijlage 6: Ketenzorg en zorgnetwerken. Zoetermeer, 1998.
25. RIVM-rapport (2008) *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose toekomstige chronische ziekten-prevalentie 2005 – 2025*. RIVM.
26. Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., Raad, C. (2009). *Ketenzorg. Praktijk in perspectief*. Amsterdam: Reed business.
27. Schokker, D.F., Visscher, T.L.S., Nooyens, A.C.J., Baak, van M.C., & Seidell, J.C. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands. *Obesity reviews*, 8, 101-107.
28. Schrijvers, G., Spreeuwenberg, C., Laag van der, H., Rutten, G., Nabarro, G., Schene, A., Linden van der, B., & Acampo, M. (2005). *Disease management in de Nederlandse Context*. Utrecht: Igitur Publishing & Archiving Services.
29. Seidell, J.C., Nooyens, A.C.J., & Visscher, T.L.S. (2005). The Boyd Orr Lecture. Cost-effective measures to prevent obesity: epidemiological basis and appropriate target groups. *Proceedings of the nutrition society*, 2005, 1-5.
30. Visser, M., Pluijm, S.M.F., Horst van der, M.H.L., Popelaars, J.L. & Deeg, D.J.H. (2005). Leefstijl van 55-64 jarige Nederlanders in 2002/'03 minder gezond dan in 1992/'93. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 149(52), 2973-2978.
31. Vilans, www.vilans.nl, januari 2010

32. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1(1):2-4.
33. Welling, B.J.M. & Smit, R.L.C. (1999). Zorgketens in Nederland. *Brancherapport curatieve, somatische zorg. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies*. Utrecht: Nivel/NZi
34. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WH consultation*. World Health Organization Technical Report Series. Vol 894. Geneva: WHO 2000.
35. Zwollemonitor, www.zwolle.nl, december 2008.

7 Bijlagen

Bijlage 1: Geconsulteerde adviseurs

Naam	Instelling/Expertise
Dr. M.J. Westerman	VU/Kwalitatief onderzoek
Mw. A. v. d. Aa	Ketenzorg en –netwerken
Dhr. M. Oosterkamp	Achmea/ Zorgontwikkeling vanuit het perspectief van de verzekeraar
Mw. G. v. Oort	Achmea/Zorgontwikkeling vanuit het perspectief van de verzekeraar
Dr. E.G.A.H. v. Mil	Jeroen Bosch Ziekenhuis/kinderarts
Mw. M.v. Spanje	Obesitas Vereniging/ patiëntenperspectief
Mw. N. v.d. Pol	Obesitas Vereniging/patiëntenperspectief
Dr. M.P.L’Hoir	TNO/ klinisch pedagoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut, onderzoeker
Dr. J.J.M. ten Dam	Windesheim, lectoraat de Gezonde Stad/ gezondheidsverschillen, wijkgerichte aanpak
Prof.Dr. A.J.P. Schrijvers	Julius Centre UMCU/Hoogleraar Public health in het bijzonder Structuur en functioneren van de Gezondheidszorg
Emeritus Prof. Dr. D. Post	Universiteit Groningen/Sociale Geneeskunde
Prof. Dr. Ir. M. Visser	VU/ Healthy Aging
Mw. I. Roosen	Gemeente Zwolle/beleidsmedewerker zorg
Dhr. M. Stevens	Gemeente Zwolle/beleidsmedewerker zorg

Bijlage 2: Vraagroute zorgverleners

In de focusgroepen zullen drie thema's ter sprake komen: de huidige situatie rondom ketenzorg, de gewenste situatie rondom ketenzorg en de noodzakelijke randvoorwaarden om de gewenste situatie te realiseren.

De drie thema's zullen aan bod komen door geheel open vragen te stellen, zodat de deelnemers hun eigen kijk, visie en ideeën omtrent de ketenzorg voor senioren kunnen invullen.

In het vraagschema hieronder is per thema een aantal deelaspecten opgenomen. De verwachting is dat de professionals deze deelaspecten zelf ter sprake zullen brengen. Is dit niet het geval dan zal de gespreksleider de deelaspecten aanbieden als bespreekpunt. Onder het "schema vraagroute professionals" is per thema en vervolgens per deelaspect weergegeven welke vragen de gespreksleider in kan brengen om voldoende informatie te verzamelen.

Schema vraagroute focusgroepen

NR	Thema	Deelaspecten	Methode	TIJD (min)
Inleiding			PRESENTATIE	10
1	Huidige Situatie	Signalering Doorverwijzing Monitoring Bereik Effect	Rapportcijfer	30
	Samenvatten			
	PAUZE			10
2	Gewenste Situatie	Ketenpartners Interventies Signalering Doorverwijzing Bereik Monitoring Regievoerder Deskundigheid Financiering	Droombeeld	30
	Samenvatten			
3	Van huidige naar gewenste situatie		Geeltjes + prioriteren	30
	Samenvatten & afsluiten			10
TOTAAL				2 uur

Huidige Situatie

Ketenpartners

- Welke rol heeft jullie beroepsgroep in de huidige situatie mbt overgewicht/obesitas?
- Welke rol vervullen de andere betrokken beroepsgroepen in jullie ogen?

Interventies

- Welke interventies zijn bij jullie beroepsgroep bekend?
- Welke doelgroep wordt er aangesproken?
- Welke methode wordt ingezet?
- Welke fase van zorg betreft het preventie – signalering – behandeling – nazorg?
- Wordt de interventie multi- of monodisciplinair aangeboden?
- Wat zijn in- en exclusie criteria?

Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Senioren
Eindrapport Kwalitatief Onderzoek – ATW Overgewicht

- Wat is bekend over de effectiviteit van de interventies?
- Op welke wijze wordt de interventie bekostigd?

Signalering

- Welke rol heeft uw beroepsgroep bij de signalering van overgewicht/obesitas?
- Welke andere professionals hebben (ook) een rol bij de signalering van overgewicht/obesitas?
- Welke senioren komen volgens uw doelgroep in aanmerking voor een interventie?
 - Wat zijn hierbij afkappunten?
- Welke burgers melden zich zelf aan voor een interventie?
 - Met welk probleem melden zij zich?
 - Wanneer burgers zich zelf aanmelden, wat weten zij dan van de interventie?
- Waar komen senioren vandaan die meedoen?
- Bepaald uw doelgroep of er sprake is van overgewicht/obesitas of doet de burger dat zelf?

Doorverwijzing

- Naar welke professionals heeft u senioren met overgewicht/obesitas weleens doorverwezen?
- Welke professionals hebben senioren met overgewicht/obesitas naar u doorverwezen?
- Hoe ziet de doorverwijzing eruit?
 - Welke informatie geeft u daarbij mee?
- (Op welke manier) houdt u in de gaten of de doorverwezen cliënt daadwerkelijk zorg heeft ontvangen?
- Wie wordt er doorverwezen?
 - Wat is definitie van overgewicht?
 - Welke afkappunten worden gebruikt om mensen door te verwijzen?

Monitoring

- Welke informatie over mensen met overgewicht/obesitas wordt momenteel door verschillende professionals vastgelegd?
- Op welke manieren vindt momenteel afstemming plaats tussen professionals?
- Wie heeft de verantwoordelijkheid voor goede monitoring?

Bereik

- Kunt u iets vertellen over het bereik van de doelgroep?
- Hoe groot schat u het percentage van senioren met overgewicht welke daadwerkelijk zorg krijgen?

Effect

- Kunt u per interventie aangeven wat volgens u bekend is over de effectiviteit van de interventie?

Gewenste situatie

Ketenpartners

- Welke beroepsgroepen dienen – naast huidige partners – een rol te spelen in de ideale keten?
- Welke rol dienen zij volgens jullie beroepsgroep te vervullen?

Interventies

- Welke interventies ontbreken nog in de huidige situatie?
- Wat maakt een interventie in jullie ogen effectief?

- Wat is er nodig om de huidige situatie te verbeteren?

Signalering

- Op welke manieren kan de signalering van (dreigend) overgewicht/obesitas verbeterd worden?

Doorverwijzing

- Op welke wijze kunnen doorverwijzingen geoptimaliseerd worden?

Bereik

- Op welke manieren kan ervoor gezorgd worden dat een groter aantal mensen dat in aanmerking komt voor interventies ook daadwerkelijk zorg verleend krijgt?
- Welke manieren helpen om het bereik van behandeling en begeleiding te vergroten?
- Waar zit de doelgroep in jullie ogen op te wachten?

Regievoerder

- Is het aanstellen van een regievoerder in de keten wenselijk?
- Wat zijn de taken van zo'n regievoerder?
- Over welke eigenschappen dient deze regievoerder te bezitten? + waarom?
- Welke mogelijkheden zijn er om een regievoerder voor een keten obesitas aan te wijzen? + waarom?
- Wie is in de ideale keten – gezien vanuit jullie beroepsgroep – de regievoerder? + waarom?

Monitoring

- Welke informatie van mensen met obesitas zouden te allen tijde bekend moeten zijn bij professionals?
- Op welke manieren kan afstemming plaatsvinden tussen professionals?
- Zijn er andere manieren om senioren goed te monitoren?
- Wie heeft de verantwoordelijkheid voor goede monitoring?

Deskundigheid

- Welke vaardigheden hebben professionals nodig om in de keten te kunnen functioneren?
- Welke vaardigheden hebben professionals nodig om optimale zorg te kunnen verlenen?
- Welke ondersteuning is er nodig om optimaal te kunnen functioneren?
- Dienen er wijzigingen plaats te vinden om de deskundigheid te verbeteren?

Financiering

- Wie zou er – gezien vanuit jullie beroepsgroep – verantwoordelijk voor financiering van de keten?

Bijlage 3: Vraagroute senioren

In het interview zullen twee thema's ter sprake komen: de huidige situatie rondom ketenzorg en de gewenste situatie rondom ketenzorg.

De twee thema's zullen behandeld worden door het stellen van open vragen, zodat de deelnemer zijn/haar eigen kijk, visie en ideeën omtrent de ketenzorg kan invullen.

In het vraagschema hieronder is per thema een aantal deelaspecten opgenomen. De verwachting is dat de senioren deze deelaspecten zelf ter sprake zullen brengen. Is dit niet het geval dan zal de gespreksleider de deelaspecten aanbieden als bespreekpunt. Onder het "schema vraagroute focusgroepen" is per thema en vervolgens per deelaspect weergegeven welke vragen de gespreksleider in kan brengen om voldoende informatie te verzamelen.

Schema vraagroute focusgroepen

NR	Thema	Deelaspecten	Methode	TIJD (min)
Inleiding				10
1	Ervaringen	Preventie Signalering Doorverwijzing Behandeling Nazorg Regievoerder Ketenpartners Deskundigheid Financiering	+ en -	30
	Pauze			10
2	Wensen	Preventie Signalering Doorverwijzing Behandeling Nazorg Regievoerder Ketenpartners Deskundigheid Financiering	Wondervraag	30
	Afsluiting			10
TOTAAL				90

Ervaringen

Overgewicht

- Is uw overgewicht een probleem voor u?
- Wat heeft u er al aan gedaan?

Ketenpartners

- Met welke zorgverleners bent u in aanraking gekomen
- Wat waren uw ervaringen daarmee?

Preventie/Signalering

- Vindt u dat zorgverleners zich op uw overgewicht mogen attenderen?
- Welke zorgverleners hebben u geattendeerd op uw overgewicht?
- Meldt u zichzelf weleens aan voor een interventie/op eigen initiatief?
 - Met welk probleem meldde u zich?
 - Hoe was u op de hoogte van de interventie??

Doorverwijzing

- Door welke zorgverleners bent u doorverwezen?
- Naar welke zorgverleners bent u doorverwezen?
- Waarom werd u doorverwezen?
- Hoe verliep de doorverwijzing?
 - Moest u uw verhaal 2 keer vertellen?

Behandeling/Nazorg

- Welke mogelijke behandelingen voor overgewicht kent u allemaal?
 - Multi- of mono-disciplinair?
 - Preventie – behandeling – nazorg
- Welke behandelingen hadden effect?
 - Wat waren de werkzame elementen?
- Welke ervaringen heeft u hiermee?

Regievoerder

- Is er een zorgverlener geweest die de regie over het zorgtraject heeft gehouden?
- Wat zijn uw ervaringen met de regie?

Deskundigheid

- Wat vindt u van de manier waarop zorgzorgverleners u benaderen?
- Vindt u dat de zorgverleners voldoende kennis hebben om u goed te helpen?

Financiering

- Op welke manier werd de zorg die u heeft gehad betaald?
- Hebt u weleens een eigen bijdrage betaald?

Wensen

Ketenpartners

- Welke beroepsgroepen dienen een rol te spelen in de ideale keten?
- Welke rol dienen zij volgens u te vervullen?

Interventies

- Welke interventies ontbreken nog in de huidige situatie?
- Wat maakt een interventie in jullie ogen effectief?
- Wat is er nodig om de huidige situatie te verbeteren?

Signalering/preventie

- Op welke manieren kan preventie van (dreigend) overgewicht/obesitas verbeterd worden?
- Op welke manieren kan de signalering van (dreigend) overgewicht/obesitas verbeterd worden?

Doorverwijzing

Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Senioren
Eindrapport Kwalitatief Onderzoek – ATW Overgewicht

- Op welke wijze kunnen doorverwijzingen geoptimaliseerd worden?
- Wat is nodig voor optimalisatie?

Behandeling/Nazorg

- Op welke manier kan de behandeling verbeterd worden?
- Wat is hier voor nodig?
- Op welke manieren kan ervoor gezorgd worden dat een groter aantal mensen dat in aanmerking komt voor interventies ook daadwerkelijk zorg verleend krijgt?
- Welke manieren helpen om het bereik van behandeling en begeleiding te vergroten?
- Voor welke interventies zou u zich direct inschrijven?

Regievoerder

- Is het aanstellen van een regievoerder in de keten wenselijk?
- Wat zijn de taken van zo'n regievoerder?
- Over welke eigenschappen dient deze regievoerder te bezitten? + waarom?
- Wie is in de ideale keten – volgens jullie – de regievoerder? + waarom?

Deskundigheid

- Welke vaardigheden hebben zorgverleners nodig om in de keten te kunnen functioneren? + optimale zorg?
- Welke ondersteuning is er nodig om optimaal te kunnen functioneren?
- Dienen er wijzigingen plaats te vinden om de deskundigheid te verbeteren?

Financiering

- Bent u bereid een eigen bijdrage te betalen?