

# Evaluatie ATW Overgewicht

proces en resultaat

VU-Windesheim en Stichting Icare

Elze Derksen, Anne Esther Marcus-Varwijk, Jenine Bijker, Margriet de Boer en Tommy Visscher

Datum: oktober 2011

## Auteurs en correspondentie

Elze Derksen, Anne Esther Marcus-Varwijk, Jenine Bijker, Margriet de Boer en Tommy Visscher

Voor correspondentie met de projectleiders kunt u terecht bij:

Drs. Margriet de Boer / Drs. Jenine Bijker

Stichting Icare

Postbus 900

7940 KE Meppel

[m.deboer@icare.nl](mailto:m.deboer@icare.nl) / [j.bijker@icare.nl](mailto:j.bijker@icare.nl)

Voor correspondentie met coördinator onderzoek kunt u terecht bij:

Dr. Tommy Visscher

OPOZ, VU-Windesheim

Postbus 10090

8000 GB ZWOLLE

[TLS.Visscher@windesheim.nl](mailto:TLS.Visscher@windesheim.nl)

[www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl)

# Inhoud

<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>4</b>
<b>INLEIDING</b> .....	<b>5</b>
<b>1 DE ATW OVERGEWICHT</b> .....	<b>7</b>
1.1 WAT IS HET PRAKTIJKPROBLEEM? .....	8
1.2 WAAROM EEN ACADEMISCHE THUISZORG WERKPLAATS? .....	8
1.3 WIE WERKEN ER SAMEN BINNEN DE ATW OVERGEWICHT? .....	8
1.4 WAT ZIJN DE DOELSTELLINGEN VAN DE ATW OVERGEWICHT? .....	8
1.5 HOE ONTSTAAT SAMENSPEL TUSSEN BELEID, ONDERZOEK EN PRAKTIJK (BOP)? .....	9
1.6 HOE IS HET PROJECT GEORGANISEERD? .....	10
1.7 WELKE VISIE OP KETENZORG PAST DE ATW OVERGEWICHT TOE? .....	14
<b>2 RESULTAAT EN PROCES</b> .....	<b>16</b>
2.1 FASE 1: VOORBEREIDING .....	16
2.2 FASE 2: VERKENNING .....	18
2.3 FASE 3: KETENONTWIKKELING .....	23
2.4 FASE 4: IMPLEMENTATIE .....	27
2.5 COMMUNICATIE .....	32
<b>3 EVALUATIE VAN RESULTAAT EN PROCES VAN DE ATW OVERGEWICHT</b> .....	<b>34</b>
3.1 EVALUATIE VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE PROJECTGROEPEN (GEBRUIKERS) .....	34
3.2 EVALUATIE VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE STUURGROEP .....	35
3.3 EVALUATIE DRAAGVLAK VANUIT WIZDIZ .....	377
3.4 PROCESEVALUATIE DOOR MIDDEL VAN DRIE INTERVIEWS MET EXTERNE BETROKKENEN .....	38
<b>4 BEVORDEREND EN BELEMMEREND</b> .....	<b>40</b>
4.1 BEVORDERENDE FACTOREN .....	40
4.2 BELEMMERENDE FACTOREN .....	411
<b>5 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN</b> .....	<b>433</b>
5.1 CONCLUSIE .....	433
5.2 AANBEVELINGEN TEN AANZIEN VAN HET PROJECT .....	477
<b>BRONNENLIJST</b> .....	<b>50</b>

## SAMENVATTING

Zowel in de wetenschap als in de praktijk is veel aandacht voor preventie van overgewicht en obesitas. Er is voortschrijdend inzicht in het ontstaan en de behandelingsmogelijkheden. Icare, OPOZ en lokale partijen (zoals GGD IJsselland) constateerden in 2007 echter ook knelpunten bij de uitvoering van preventie en behandeling van overgewicht in de regio Zwolle. Dit heeft geleid tot de oprichting van de Academische Thuiszorg Werkplaats (ATW) Overgewicht opgericht. In deze procesevaluatie worden de projecten beschreven die in de periode 2008-2011 vanuit de ATW Overgewicht uitgevoerd zijn.

De ATW Overgewicht had als doelstelling: Icare en OPOZ hebben samen met ketenpartners in Zwolle een evidence - based ketenmodel van preventie en behandeling voor kinderen en ouderen (met speciale aandacht voor allochtonen en lage SES) met overgewicht gerealiseerd. Het model biedt een handvat aan (thuiszorg)organisaties elders in het land, om het probleem overgewicht evidence-based aan te pakken. Er ontstaat een infrastructuur waarin (thuiszorg)interventies blootstaan aan continue monitoring en evaluatie. De ATW Overgewicht richtte zich op kinderen (0-19jaar; project kinderen) en senioren (60+; project senioren) en had een doorlooptijd van 1 april 2008 tot 1 juli 2011.

De projecten zijn in vier fasen vormgegeven: 1. voorbereiding; 2. verkenning; 3. ketenontwikkeling; en 4. implementatie. In fase 1 (voorbereiding) heeft de nadruk gelegen op het realiseren van draagvlak en het organiseren van de projecten (onderzoeksvoorstellen, projectplannen, activiteitenplannen). In fase 2 (verkenning) heeft het onderzoek onder senioren, ouders van kinderen en professionals centraal gestaan evenals het opstellen van een sociale kaart met beschikbare interventies voor kinderen en senioren. Fase 3 (ketenontwikkeling) kenmerkt zich door het ontwikkelen van een digitaal zorgprogramma waarin de werkafspraken en uitgangspunten van de keten naar voren komen. Deze fase werd afgesloten met een werkconferentie "Zorgverleners aan zet". De laatste fase, fase 4 (implementatie), stond in het teken van implementatie, met verankering en deskundigheidsbevordering als speerpunten. In deze fase heeft ook het onderzoek met betrekking tot indicatoren plaatsgevonden.

Conform de doelstellingen van het project is een structuur ontstaan waarbinnen de komende jaren ketenzorg voor kinderen en senioren met overgewicht en obesitas op een evidence-based manier en volgens de landelijke ontwikkelingen van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) lokaal verder geïmplementeerd kan worden.

Binnen de ATW Overgewicht heeft academisering van de praktijk plaatsgevonden en heeft het onderzoek een praktijkgericht karakter gekregen. Het onderzoek heeft zich gericht op en geput uit de praktijk. De praktijk heeft zich verrijkt met wetenschappelijke – toepasbare – inzichten.

We concluderen dat de uitgevoerde projecten op 3 niveaus van meerwaarde zijn: 1 de meerwaarde van de Academische Thuiszorgwerkplaats, 2 de meerwaarde voor professionals en 3 de meerwaarde voor de cliënt/ burger

We concluderen dat door de inrichting van een ATW onderzoek echt vanuit een praktijkvraag is uitgevoerd en op passende wijze vertaald naar verbeterpunten. De ATW voor landelijke en regionale ontwikkeling als brug kan dienen voor kennisdeling.

De meerwaarde voor zorgprofessionals wordt ervaren is dat de ATW Overgewicht het bewustzijn van het eigen handelen heeft vergroot. "Waarom doe ik wat ik doe en wat levert mij dit op". We concluderen dat de meerwaarde voor de doelgroep is dat zij zich gehoord en begrepen voelen.

De belangrijkste aanbevelingen van de projecten richten zich op het realiseren van regie op ketenniveau, het realiseren van regie op klantniveau en het betrekken van de achterban van de betrokkenen uit dit project. De belangrijkste aanbevelingen ten aanzien van de Academische werkplaats richten zich op continueren van de ATW werkwijze, verbreding van het thema, uitbreiden van de betrokken partners bij de formele samenwerking en het genereren en verspreiden van expertise.

## INLEIDING

### **Wat is het doel van deze evaluatie?**

Doel van deze evaluatie is inzicht krijgen in de resultaten van 3 jaar ATW Overgewicht en de manier waarop die resultaten zijn bereikt.

### **Voor wie is deze evaluatie opgesteld?**

Dit document bevat een procesevaluatie van het project kinderen en het project senioren vanuit de Academische Thuiszorg Werkplaats (ATW) Overgewicht.

Deze procesevaluatie is geschreven voor de volgende doelgroepen:

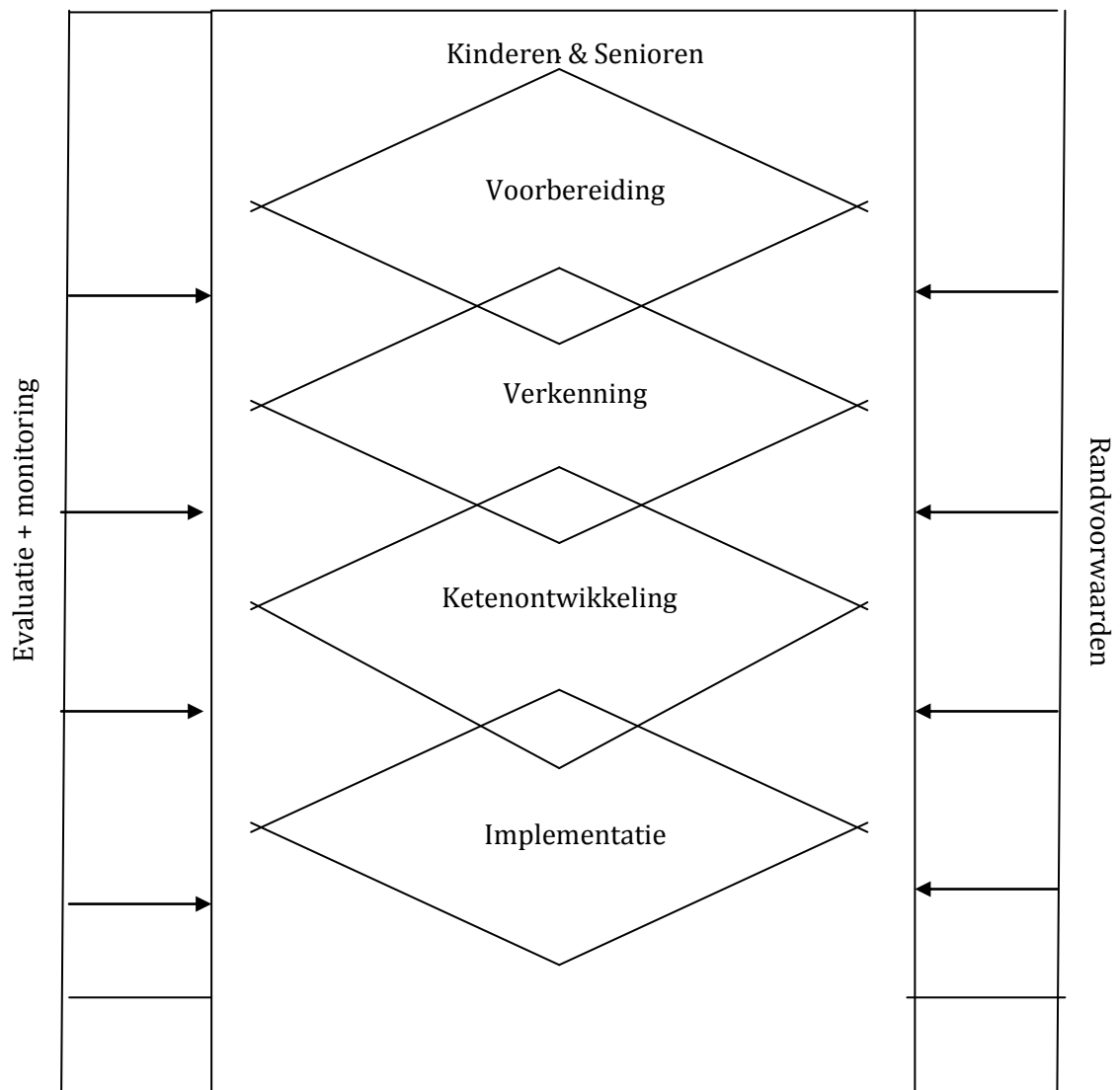
- ZonMw
- Intern betrokkenen
- Andere organisaties die ketenzorg Gezond Gewicht willen opzetten.

### **Op welke wijze is de evaluatie opgezet?**

In de aanvraag zijn de projecten 2 fasen beschreven een verkenningsfase en een implementatiefase. Bij de start van de projecten is volgens het Preffimodel (NIGZ) (zie figuur 1) uitgegaan van de 4 fasen: 1, voorbereiding; 2, verkenning; 3, (keten)ontwikkeling en 4, implementatie. In het model kennen deze fasen een divergerend en vervolgens convergerend karakter. Dit komt ook terug in de proces-evaluatie. Aan het einde van iedere fase is met projectgroep- en stuurgroepleden geëvalueerd of resultaten zijn bereikt en hoe het proces daartoe is verlopen. Vervolgens zijn gezamenlijk aandachtspunten voor de volgende fase benoemd. Indien van toepassing is daarbij de projectplanning aangepast. Binnen alle fasen spelen randvoorwaarden, monitoring en evaluatie een rol, deze zijn ook onderdeel van het model en derhalve ook opgenomen in de proces-evaluatie.

### **Wat staat er in dit document beschreven?**

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op de ATW Overgewicht; het praktijkprobleem, de achtergrond en de organisatie van de projecten. Met de informatie uit dit hoofdstuk is de lezer in staat om de volgende hoofdstukken te lezen. Dit betreft de evaluatie van de resultaten en het proces (H2), een beschouwend hoofdstuk (H3), bevorderende en belemmerende factoren worden beschreven (H4) en ten slotte conclusies en aanbevelingen (H5).



*Figuur 1: Evaluatiemodel ATW Overgewicht*

Bron: Preffi 2.0 NIGZ

# 1 DE ATW OVERGEWICHT

## 1.1 Wat is het praktijkprobleem?

Zowel in de wetenschap als in de praktijk is aandacht voor preventie van overgewicht en obesitas. Er is voortschrijdend inzicht in het ontstaan en de behandelingsmogelijkheden. Icare, OPOZ en lokale partijen (zoals GGD IJsselland) constateerden in 2007 echter knelpunten bij de uitvoering van preventie en behandeling van overgewicht in de regio Zwolle.

- Hulpverlening en begeleiding starten niet tijdig genoeg: professionals signaleren overgewicht relatief laat, mensen met overgewicht ervaren het gewicht lange tijd niet als een probleem.
- Als overgewicht wel gesignaleerd wordt is er onvoldoende sprake van adequate doorverwijzing. Dit varieert van niet doorverwijzen, tot doorverwijzen naar een begeleidingsaanbod dat onvoldoende aansluit op de situatie van de persoon met overgewicht (is onvoldoende op maat).
- Professionals handelen te solistisch en monodisciplinair. Een ketenwerkwijze ontbreekt.
- In de begeleiding van mensen met overgewicht is onvoldoende aandacht voor zelfmanagement.
- Er wordt onvoldoende onderzoek gedaan naar de effecten van de geboden interventies.

Een sluitende keten bij de aanpak van overgewicht en obesitas kan bijdragen aan het oplossen van bovenstaande knelpunten. Ten behoeve van de afstemming tussen de professionals uit de eerste en tweede lijn (huisarts, specialist, verpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist, bewegingsinstructeur) dienen afspraken gemaakt te worden over de structurele toewijzing van mensen met overgewicht en obesitas aan een primaire zorgverlener, diagnostiek en begeleiding- behandeldoelen.

Vanuit de Jeugdgezondheidszorg, Huishoudelijke Verzorging, Verpleging en Verzorging en Voeding en Dieet heeft de thuiszorg veel contactmomenten, met name met de doelgroepen kinderen (en hun ouders) en ouderen. Dit zijn relevante doelgroepen om preventie en behandelingen van overgewicht en obesitas op te richten.

De ATW Overgewicht is opgedeeld in 2 projecten: (1) Project 'Kinderen (0-19) met overgewicht en hun ouders' en (2) Project 'Ouderen (60+) met overgewicht'.

Kinderen verdienen aandacht, omdat daar de sterkste stijgingen in het voorkomen van obesitas plaatsvinden, aangeleerd voeding- en beweggedrag een belangrijke invloed heeft op gezond gedrag later in het leeftijd, en obesitas op jonge leeftijd een risicofactor is voor obesitas op latere leeftijd, en een verhoogd gezondheidsrisico met zich mee brengt (Dietz 1998). Ouderen verdienen zo mogelijk een nog hogere prioriteit; het percentage overgewicht en obesitas het hoogst bij senioren en blijven ook aar stijgen. En, het absolute risico op ziekten, lichamelijke beperkingen vroegtijdig overlijden is het grootst bij senioren (Seidell 2005). In theorie, zal dus bij ouderen de grootste maar ook de snelste gezondheidswinst te zien zijn bij een succesvolle ketenaanpak.

## 1.2 Waarom een Academische Thuiszorg Werkplaats?

Binnen het ZonMw programma 'Preventiekracht dichtbij huis' (tot 1 januari 2009 Preventiekracht Thuiszorg) wordt, in opdracht van het Ministerie van VWS, naast de uitvoering van de reguliere preventieactiviteiten gewerkt aan een kwaliteitsverbeteringstraject gericht op de uitvoering van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de thuiszorg.

In het kader van dit kwaliteitsverbeteringstraject is aan Icare samen met OPOZ een subsidie toegekend voor een Academische ThuiszorgWerkplaats gericht op de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in de eerstelijnszorg. Deze subsidie is in maart 2008 toegekend. De ATW Overgewicht kende een doorlooptijd van 3 jaar met een kostenneutrale verlenging van 3 maanden (1 maart 2008 tot 1 juli 2011).

## 1.3 Wie werken er samen binnen de ATW Overgewicht?

Een Academische Thuiszorg Werkplaats kan omschreven worden als een gestructureerde regionale samenwerking, primair tussen thuiszorg en universiteit/hogeschool in combinatie met één of meerdere gezondheidsbevorderende instellingen. Het doel is het creëren van samenhang, samenwerking en (lokale) interactie tussen beleid, onderzoek en praktijk.

In de ATW Overgewicht werken Icare en het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ), samen met ketenpartners aan ketenzorg voor kinderen en senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle. Ketenpartners zijn andere Zwolse gezondheid- en welzijnsorganisaties zoals GGD IJsselland, MCC Klik, Isaklinieken, Sport Service Zwolle, Travers en WIJZ.

## 1.4 Wat zijn de doelstellingen van de ATW Overgewicht?

De doelstelling is dat in juli 2011 Icare en OPOZ samen met de ketenpartners in Zwolle een evidence-based ketenmodel van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas voor kinderen en senioren gerealiseerd hebben.

Het betreft een ketenmodel voor overgewicht en obesitas waarin professionals zicht krijgen op geschikte interventies voor ouders van kinderen en senioren. Het model besteedt specifiek aandacht aan mensen met een lagere Sociaal Economische Status (SES) en allochtonen. Het ketenmodel is gebaseerd op de ontwikkelingen van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Kenniscentrum Overgewicht en CBO richtlijnen voor obesitas. Het ketenmodel wordt zodanig beschreven dat het geschikt is voor samenwerking en voor toepassing elders. Er ontstaat een infrastructuur waarin (thuiszorg)interventies blootstaan aan continue monitoring en evaluatie. Het model biedt een handvat aan (thuiszorg)organisaties elders in het land, om het probleem overgewicht evidence-based aan te pakken.

Om deze doelstelling te realiseren zijn de volgende beoogde resultaten opgesteld:

Beoogd resultaat 1: Adequate signalering en doorverwijzing. Realiseren van een structuur voor verantwoordelijkheden en protocollen die nodig is voor adequate vroegsignalering en doorverwijzingen.

Beoogd resultaat 2: Samenstellen van een evidence-based programma overgewicht. Ontwikkelen van een samenhangend integraal programma in de zorglijn.

Beoogd resultaat 3: Realiseren van randvoorwaarden zoals competente professionals (deskundigheidspakket op maat), informatie-uitwisseling/ kennistransfer en financiering (model voor gefinancierde keten).

### Taakstelling

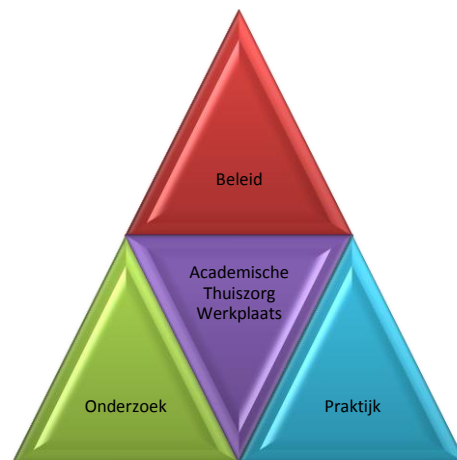
De academische thuiszorgwerkplaats draagt -met ketenpartners- zorg voor een model dat de keten van preventie en behandeling voor kinderen en ouderen (met speciale aandacht voor allochtonen en lage SES) met overgewicht weergeeft.

Het model biedt een handvat aan (thuiszorg)organisaties elders in het land, om het probleem overgewicht evidence-based aan te pakken.

Er ontstaat een infrastructuur waarin (thuiszorg)interventies blootstaan aan continue monitoring en evaluatie.

## 1.5 Hoe ontstaat samenspel tussen beleid, onderzoek en praktijk (BOP)?

Een Academische Thuiszorg Werkplaats is een (kennis)infrastructuur waarin beleid, wetenschap, praktijk en opleidingen samenwerken. Concreet betekent dit dat OPOZ (Hogeschool Windesheim/VU Amsterdam/VUmc) structureel samenwerkt met de afdeling gezondheidsbevordering en preventie (G&P) van Stichting Icare (thuiszorginstelling) en andere ketenpartners om vragen vanuit de praktijk te vertalen naar onderzoeksvragen. Het handelen van de professional kan zo wetenschappelijk worden onderbouwd en wetenschappelijke kennis wordt vertaald naar voor de praktijk bruikbare producten, diensten en voorzieningen. Icare en andere ketenpartners kunnen op die manier meer evidence-based gaan werken en OPOZ kan meer praktijkgericht onderzoek gaan uitvoeren.



Figuur 2: Samenspelbeleid, praktijk en onderzoek

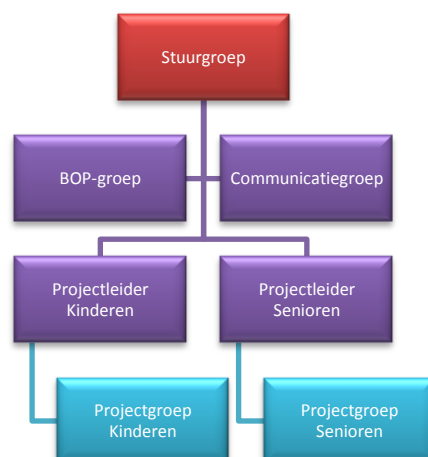
Evidence-based handelen en uitvoer van onderzoek gericht op de praktijk zijn bij de inrichting van de ATW Overgewicht op de volgende wijze beoogd:

- Onderzoeksvragen worden geformuleerd door de projectleiders en projectgroepleden (praktijk)
- Onderzoeker is één dag in de week aanwezig op praktijkinstelling
- Onderzoeker, onderzoekscoördinator en projectleiders hebben 2-wekelijks overleg over de voortgang van het project en over afstemming tussen beleid, onderzoek en praktijk (BOP-groep).
- Onderzoeker en onderzoekscoördinator zijn projectgroepleden bij de projectgroepen en zijn hierdoor goed op de hoogte van de dagelijkse praktijk van preventiewerkers en professionals.
- Beleid, onderzoek en praktijk zijn vertegenwoordigd in de stuurgroep van de ATW Overgewicht. De drie verschillende werelden nemen gezamenlijk beslissingen over de koers van de ATW Overgewicht.
- Onderzoekers verdiepen zich in praktijk (aanwezigheid op de werkvloer, participeren in werkoverleg), projectleiders verdiepen zich in onderzoek (voorwaarden onderzoek, methodologie, analysestrategieën, onderzoeker geeft presentaties in werkoverleg), zodat zij “elkaars taal spreken” bij het nemen van beslissingen.

## 1.6 Hoe is het project georganiseerd?

De projectorganisatie van de projecten is schematisch weergegeven in figuur 3. Het project wordt aangestuurd door een stuurgroep die 3 tot 4 keer per jaar bijeen komt. Daaronder zijn een BOP-groep (Beleid-Onderzoek-Praktijk-groep) en een communicatiegroep gesitueerd die zowel voor het project kinderen als project senioren ondersteunend zijn. De BOP-groep komt tweewekelijks bijeen, de communicatiegroep ongeveer 6 keer per jaar. Tenslotte zijn er twee projectgroepen: één voor kinderen en één voor senioren. De projectgroepen komen 5 keer per jaar bijeen en worden door de projectleiders aangestuurd. In Tabel 1 (Bemensing, taken en verantwoordelijkheden ATW Overgewicht) wordt figuur 3 verder uitgewerkt.

Bij de start van de ATW Overgewicht is een adviesgroep samengesteld die gedurende de projecten geraadpleegd kunnen worden. De bemensing, taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partners zijn in tabel 1 uitgewerkt.



*Figuur 3: Organogram Projectorganisatie ATW Overgewicht*

Tabel 1: Bemensing, taken en verantwoordelijkheden ATW Overgewicht

<b>Stuurgroep</b>	
<b>Bemensing</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. B. Hogeboom directeur V&amp;V Icare, samenwerkingscoördinator</li> <li>2. Prof. Dr. Ir. J.C. Seidell, wetenschappelijk directeur OPOZ, tevens hoogleraar</li> <li>3. Ir. M.A.J.G. de Jong, Programmacoördinator Samen Gezond, GGD IJssel Vecht</li> <li>4. Drs. N. Bauwens, MCC Klik, directeur</li> <li>5. P. Harmsen, regiomanager Icare Jeugdgezondheidszorg IJssel Zwartewater</li> <li>6. J. Hekkert, manager Icare V&amp;V regio IJsselzwartewater (medio 2010 vervangen door Ellen Schaepman)</li> </ol>	<p>Vertegenwoordiging van personen die mandaat van het management hebben om beslissingen te nemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stelt voor project kinderen en project ouderen een projectleider aan (totaal 2 projectleiders)</li> <li>- bewaakt de voortgang van de thuiszorgwerkplaats en stuurt op de resultaten van project kinderen en ouderen</li> <li>- waarborgt de inzet en capaciteit binnen de betrokken organisaties en zorgt voor overeenstemming en aandacht op alle niveaus van de organisatie. Vooraf wordt de inzet en capaciteit van de betrokken medewerkers getoetst.</li> <li>- Bewaakt de resultaten van de thuiszorgwerkplaats in relatie tot de overige ontwikkelingen in het veld en stuurt projectleiders aan om een optimale implementatie te bewerkstelligen.</li> </ul>
<b>BOP-groep</b>	
<b>Bemensing</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elze Derksen, Onderzoeker OPOZ (t/m april 2011)</li> <li>2. Tommy Visscher, onderzoekscoördinator, OPOZ</li> <li>3. Jenine Bijker, Projectleider senioren, Icare, Consulent G&amp;P</li> <li>4. Margriet de Boer, Projectleider kinderen, Icare, Consulent G&amp;P</li> <li>5. Willy Brink, Mede-onderzoeker, OPOZ, (aug2009 t/m dec2010), JGZ-verpleegkundige /adviseur Icare JGZ</li> </ol>	<p>Onderzoeker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onderzoeksvoorstellen opstellen</li> <li>- Meetinstrumenten ontwikkelen/toetsen</li> <li>- Dataverzameling (kwalitatief en kwantitatief)</li> <li>- Data-analyse</li> <li>- Resultaat beschrijven in wetenschappelijke artikelen/beleidsdocumenten</li> </ul> <p>Onderzoekscoördinator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bewaakt voortgang onderzoek</li> </ul> <p>Projectleider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bewaakt voortgang onderzoek</li> <li>- bewaakt aansluiting onderzoek met de praktijk</li> </ul> <p>Mede-onderzoeker</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dataverzameling (kwalitatief)</li> <li>- Data-analyse</li> <li>- Resultaat beschrijven in wetenschappelijke artikelen/beleidsdocumenten</li> </ul>
<b>Communicatiegroep</b>	
<b>Bemensing</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inge Lups, marketing &amp; communicatie Icare</li> <li>2. Jenine Bijker, Projectleider, Icare, Consulent G&amp;P</li> <li>3. Margriet de Boer, Icare, Consulent Gezondheidsbevordering en Preventie</li> <li>4. Saskia van Helden, manager OPOZ (tot 1-1-2011)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opstellen en uitvoering geven aan het communicatieplan, waaronder beeldmerk ontwikkeling, website, nieuwsbrieven</li> </ul>
<b>Projectleider Kinderen</b>	
<b>Bemensing</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
<p>Margriet de Boer, Icare, Consulent Gezondheidsbevordering en Preventie (tot 1-2- 2009 Marg Koopmans)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voorzitten en bijeenroepen van de projectgroep en adviesgroep</li> <li>- aansturing projectmedewerkers/onderzoekers</li> <li>- afstemming verschillende betrokkenen Icare en OPOZ</li> <li>- afstemming verschillende betrokkenen Zwolse ketenpartners</li> <li>- communiceren en rapporteren aan de samenwerkingscoördinator en stuurgroep over voortgang van het project</li> <li>- Rapporteren aan ZonMw over de voortgang middels tussen- cq eindrapportages</li> </ul>

<b>Projectgroep Kinderen</b>	
<b>Bemensing</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
1. Margriet de Boer, Icare, Consulent Gezondheidsbevordering en Preventie 2. Tommy Visscher, onderzoekscoördinator OPOZ 3. Elze Derksen, Onderzoeker, OPOZ 4. Harry Pathuis, kinderarts GGD JGZ 5. Hans van Unen, kinderarts Isalaklinieken 6. Tamara Ernst, projectleider, SportserviceZwolle 7. Sylvia Hoebink, diëtist, LIV Advies 8. Madeleine Hirdes/Renate Nieuwenkamp, Orthopedagogen 9. Gee van Emst, Medisch Coördinator, MCC Klik ( tot 1-1-2010 Olof Schwantje) 10. Elisabeth Floor, adviseur, Progez ( tot medio 2010 Henk Bloten) 11. Caroline van de Berg, kinderfysiotherapeut (vanaf okt 2010) 12. Ada Kingma, Icare JGZ 13. Ina Kievit, Gezondheidsmakelaar Zwolle Gezonde Stad 14. Henrieke Boeve, Doomijn (kinderopvang) 15. Ingrid Kerkdijk, fysiotherapeut (tot 1 december 2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afstemming met de projectleider en/of professionals die op praktijkniveau actief zijn</li> <li>- Projectbeleid uitwerken</li> <li>- Toetsen van ideeën op praktische haalbaarheid</li> <li>- Inbreng van inhoudelijk procesdeskundigheid</li> <li>- Inbreng van (inter)nationale en regionale ontwikkelingen</li> <li>- Inbrengen van een netwerk en achterban mobiliseren</li> <li>- Ambassadeursfunctie ATW Overgewicht</li> </ul>

<b>Projectleider Senioren</b>	
<b>Bemensing</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
Jenine Bijker, Projectleider, Icare, Consulent G&P	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem projectleider kinderen</li> </ul>

<b>Projectgroep Senioren</b>	
<b>Bemensing</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
1. Jenine Bijker, Icare, Consulent Gezondheidsbevordering en Preventie 2. Tommy Visscher, onderzoekscoördinator OPOZ 3. Elze Derksen, onderzoeker, OPOZ 4. Anneke Haagsma, Icare V&V, Verpleegkundige Consultatiebureau voor Senioren 5. Anneke Nusselder, Icare, consulent Gezondheidsbevordering en Preventie 6. Sylvia Hoebink, diëtist, LIV Advies 7. Jan van der Heide, beleidsmedewerker WIJZ 8. Jan Pot, senior (tot juli 2010) 9. Elisabeth Floor, adviseur, Progez ( tot medio 2010 Henk Bloten) 10. Herman Tichelaar, fysiotherapeut BAG 11. Gee van Emst, Medisch coördinator, MCC Klik( tot 1-1-2010 Olof Schwantje) 12. Hilly Langewen, senior adviseur GGD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem projectgroep kinderen</li> </ul>

Tabel 2 Adviesgroep ATW Overgewicht

<b>Bemensing</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anja van der Aa, Stichting Ketennetwerk</li> <li>2. Alice Bosch, Kenniscentrum Ketenzorg Chronisch Zieken</li> <li>3. Hans Brug , VU, EMGO+</li> <li>4. Joop ten Dam Lector de Gezonde stad Windesheim,</li> <li>5. Edith Dekker Achmea,</li> <li>6. Jolanda Groothuis, Kenniscentrum Ketenzorg Chronisch Zieken</li> <li>7. Monique L’Hoir, TNO</li> <li>8. Edgar van Mil, Jeroen Bosch ziekenhuis</li> <li>9. Maarten Oosterkamp, Achmea</li> <li>10. Doeke Post, RUG Emeritus Hoogleraar</li> <li>11. Irma Roosen, Gemeente Zwolle</li> <li>12. Mieke van Spanje, Obesitasvereniging</li> <li>13. Guus Schrijvers, UMC Utrecht</li> <li>14. Marjolein Visser, VU</li> <li>15. Toon Voorham, GGD</li> <li>16. Marjan Westerman, VU</li> </ol>	<p>Inbreng van inhoudelijke expertise op het gebied van:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Praktijk ketenzorg</li> <li>2. Ketenzorg diabetes</li> <li>3. Tailoring/ zelfdiagnose/ bejegening/ deskundigheidsbevordering</li> <li>4. Verbinding 0<sup>de</sup> en 1<sup>ste</sup> lijn/ bejegening / participatie / implementatie</li> <li>5. Zorgverzekeraarperspectief, Ketenzorg</li> <li>6. Ketenzorg Diabetes</li> <li>7. Psychosociale aspecten</li> <li>8. Behandeling en nazorg</li> <li>9. Zorgverzekeraarperspectief, Ketenzorg</li> <li>10. Perspectief Nederlandse gezondheidszorg</li> <li>11. Infrastructuur, randvoorwaarden</li> <li>12. Patiëntenperspectief</li> <li>13. Ketenzorg algemeen, structuren en samenwerking</li> <li>14. Extrapolatie data naar LASA en algemene bevolking / attitude senioren</li> <li>15. Verbinding 0<sup>de</sup> en 1<sup>ste</sup> lijn</li> <li>16. Onderzoeksmethodologie</li> </ol>

## 1.7 Welke visie op ketenzorg past de ATW Overgewicht toe?

Binnen de ATW Overgewicht is een visie op ketenzorg opgesteld. Deze visie is leidend geweest voor het ontwikkelen van de keten voor senioren en kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle. Hieronder wordt de visie weergegeven.

### **Ketenzorg**

De praktijk kenmerkt zich door een grote verscheidenheid aan uitvoeringsopties om ketenzorg toe te passen (Durlinger, 1999; Welling & Smit, 1999). Binnen de ATW Overgewicht wordt de volgende definitie gehanteerd:

#### **Definitie Ketenzorg**

Ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met diens omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding, maar ook van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement.

### **Zorgstandaarden**

Ketenzorg wordt ontwikkeld voor verschillende chronische aandoeningen. Per chronische aandoening worden zorgstandaarden uitgewerkt. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden geeft aan dat in de zorgstandaarden 4 fasen in het zorgcontinuüm onderscheiden dienen te worden:

1. vroege onderkenning en preventie bij individuen (case finding, 'opportunistische screening');
2. diagnostiek van de betreffende chronische ziekte;
3. opmaken van het individuele zorgplan en instellen van de behandeling
4. en begeleiding, revalidatie, arbeidsre-integratie, maatschappelijke participatie en relapspreventie.

Gezien vanuit de patiënt zouden de vier fasen als volgt kunnen worden aangeduid: 'je hebt een verhoogde kans iets te krijgen' (geïndiceerde preventie), 'je krijgt wat' (diagnostiek), 'je hebt wat' (zorgplan en behandeling), en 'je moet ermee leren leven' (begeleiding, revalidatie, etcetera).

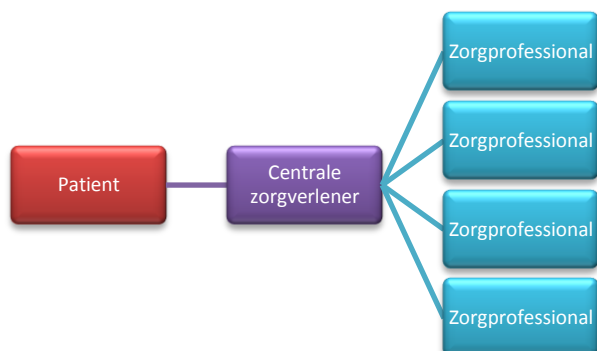
De Academische Thuiszorgwerkplaats Overgewicht richt zich met de ontwikkeling van ketenzorg voor overgewicht en obesitas op alle 4 fasen van het zorgcontinuüm.

## Dienstenmodel

In de eerder genoemde 4 fasen zijn verschillende professionals betrokken. Het transmuraal netwerk midden-Holland (Donkers, 2008) heeft drie werkmodellen voor ketenzorg ontwikkeld, welke concrete handvatten bieden voor de structuur binnen de zorgketen: het transfermodel, het dienstenmodel en het kluwenmodel.

Bij de ontwikkeling van ketenzorg neemt de ATW Overgewicht het dienstenmodel, met zelfmanagement als centraal item, als uitgangspunt.

Bij het dienstenmodel (Figuur 4) heeft de patiënt gelijktijdig met verschillende professionals contact. Daarvan is één de hoofdbehandelaar of eindverantwoordelijke. Een voorbeeld hiervan is de diabetesketen, maar het is ook van toepassing op kinderen met overgewicht en obesitas die meerdere professionals gelijktijdig consulteren. Het dienstenmodel gaat uit van het aanleren van zelfmanagement, waardoor de patiënt een zo normaal en stabiel mogelijk leven kan leiden. Communicatie tussen de hoofdprofessional en betrokken professionals is essentieel.



*Figuur 4: 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 professionals 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 staat de doelmatigheid en effectiviteit van de keten onder druk (Rosendal et al., 2009).

## 2 RESULTAAT EN PROCES

In dit hoofdstuk zijn geplande activiteiten en de bereikte resultaten per fase van de projecten weergegeven. Elke fase eindigt met een korte beschouwing van de fase met daarbij zonodig de aanpassingen voor de volgende fase.

### 2.1 Fase 1: Voorbereiding

#### Geplande activiteiten:

1. Schrijven van een plan van aanpak voor het project
2. Betrekken van ketenpartners in uitwerking
3. Inrichten van projectstructuur: projectgroep, stuurgroep, adviseurs
4. Schrijven van een onderzoeksvoorstel voor de verkenningsfase
5. Opstellen van een activiteitenplan en communicatieplan

#### Resultaten:

##### 1) Plan van aanpak

- a) Uitgewerkt projectplan voor beide projecten, goedgekeurd door projectgroep kinderen, projectgroep senioren en de stuurgroep.
- b) De begroting van het project is conform de subsidie-aanvraag en toekenning uitgewerkt. De verdeling van de beschikbare middelen en de wijze van verantwoording zijn afgestemd tussen Icare en Hogeschool Windesheim. Gebleken is dat de wijze van registratie wezenlijk anders is tussen de twee instellingen.

##### 2) Betrekken ketenpartners

- a) Betrokkenen bij de ketenzorg voor overgewicht zijn benaderd voor een Kick-off ATW Overgewicht. Op 3 september 2008 hebben 66 belangstellenden deelgenomen aan de kick-off bijeenkomst en op interactieve wijze kennis genomen van de plannen.
- b) Vertegenwoordigers van alle betrokken ketenpartners zijn bereid gevonden deel te nemen aan projectgroep / stuurgroep. Zij hebben aangegeven dat voor hen helder is wat van hen wordt verwacht en wat zij kunnen verwachten van het project.

##### 3) Inrichten projectstructuur

- a) Projectgroep kinderen samengesteld (zie 1.6, tabel 1)
- b) Projectgroep Senioren samengesteld (zie 1.6, tabel 1)
- c) Adviseurs zijn benaderd voor participatie binnen project op afroepbasis (zie 1.6, tabel 2).

##### 4) Onderzoeksvoorstel

- a) Onderzoeksvoorstel is uitgewerkt en dit voorstel is voorgelegd aan en goedgekeurd door de wetenschapscommissie van EMGO+ (VU en VUmc).
- b) Operationalisatie van de onderzoeksvragen voor de huidige en gewenste situatie
- c) Protocol voor de organisatie, uitvoering en analyse van focusgroepgesprekken en interviews

## 5) Activiteitenplan en communicatieplan

- a) Goedgekeurd activiteitenplan en communicatieplan door de projectgroepen en de stuurgroep.
- b) Beeldmerk voor de ATW Overgewicht en format voor digitale nieuwsbrief

### Afwijkingen van het projectplan

Afwijkingen op het projectplan zijn gerapporteerd in een voortgangsrapportage aan Zon-Mw en zijn beschreven in tabel 3.

Tabel 3: Afwijkingen van het projectplan

<b>Tijdsplanning</b>	In de oorspronkelijke aanvraag is uitgegaan van een looptijd van 1 januari 2008 tot en met december 2010. Het project is echter gestart op 1 - 4 - 2008 en loopt hierdoor tot 31 - 3- 2011.
<b>Onderzoekspopulatie;</b> - bereik cq wervingsstrategie; - inclusiecriteria; - te verwachten behaalde respons	In de projectaanvraag staat dat gefocust wordt op de wijken Holtenbroek en Diezerpoort. In het project zijn vertegenwoordigers van de hele stad betrokken. De keten wordt voor de gehele stad Zwolle ontwikkeld. In het werven van deelnemers voor onderzoek en in het creëren van draagvlak wordt wel continu gezorgd voor afvaardiging uit de wijken Holtenbroek en Diezerpoort
<b>Samenwerking betrokken personen/projectgroep</b>	Een vacature voor onderzoeker is ingevuld per 1 november 2008.

### Beschouwing: Van Fase 1 (Vorbereiding) naar fase 2 (Verkenning)

De ATW kende een goede start. In de voorbereidingsfase is de subsidieaanvraag per project uitgewerkt in een plan van aanpak. Het plan van aanpak is uiteengezet in een activiteitenplan, een communicatieplan en een onderzoeksvoorstel. Daarnaast zijn partners gemobiliseerd en is de projectstructuur vastgesteld. Er is veel contact geweest met professionals in de praktijk voor agendasetting en peiling van behoeften. Tegelijkertijd zijn de onderzoeksvragen geoperationaliseerd en succesvol voorgelegd aan de wetenschapscommissie van EMGO+ van de VU en het VU medisch centrum.

Aan het eind van de voorbereidingsfase bestond een goed en realistisch beeld van de stappen die gezet moesten worden door projectleiding en onderzoekers om de volgende fase, de verkenningfase, succesvol te doorlopen.

## 2.2 Fase 2: Verkenning

Na de fase van voorbereiding is de verkenningsfase ingegaan. De verkenningsfase had als doel inzicht te verwerven in de huidige stand van zaken wat betreft preventie en behandeling voor kinderen en senioren met overgewicht en obesitas, in de gewenste preventie en behandeling. Ook is daarbij doorgevraagd naar de benodigde randvoorwaarden.

### Geplande activiteiten:

#### 1) Overzicht interventies

- a) Overzicht ontwikkelen van interventies gericht op preventie.
- b) In kaart brengen van interventies en mogelijke evidence voor effectiviteit en bereik van die interventies

#### 2) Focusgroepinterviews

- a) Voorbereiden en uitvoeren met ouders (van kinderen) en senioren uit de wijken Holtenbroek, Kamperpoort en Diezerpoort naar de beleving van leefstijl/overgewicht.
- b) Focusgroepinterviews voorbereiden en uitvoeren met een afvaardiging van de betrokken hulpverleners uit de wijken Holtenbroek, Kamperpoort en Diezerpoort naar de huidige en gewenste situatie van doorverwijzing van kinderen en senioren met overgewicht.

#### 3) Literatuuronderzoek

- a) Uitvoeren naar determinanten en aandachtspunten voor doorverwijzing.
- b) CBO richtlijn obesitas (2007) toepassen met betrekking tot de verantwoordelijkheden van signalering en doorverwijzing van overgewicht.
- c) Toepassen van de aanbevelingen en resultaten uit het onderzoek van het signaleringsprotocol en overbruggingsplan van EUR en mogelijk uitvoeren van aanvullend onderzoek.
- d) Analyse van de gegevens over doelgroep vanuit de LASA gerelateerd aan overgewicht en mogelijkheden voor toepassing van deze gegevens.

#### 4) In kaart brengen van alle contactmomenten:

- a) In kaart brengen van alle contactmomenten van professionals met kinderen in de regio Zwolle (met name de wijken Holtenbroek, Kamperpoort en Diezerpoort) waar signaleren en behandelen van overgewicht/obesitas mogelijk is.
- b) In kaart brengen van alle contactmomenten van professionals met senioren in de regio Zwolle (m.n. wijken Holtenbroek, Kamperpoort en Diezerpoort) waar signaleren en behandelen van overgewicht/obesitas mogelijk is.

#### 5) Uitvoering van interventies gericht op agendasetting thema leefstijl / gezond gewicht bij ouderen

## Resultaten:

### 1) Overzicht interventies

- a) Een overzicht van interventies op het gebied van bevorderen gezonde leefstijl, signaleren van overgewicht, begeleiding en behandeling is in beeld gebracht door middel van een sociale kaart.
- b) Van de interventies gericht op personen met overgewicht en obesitas is in kaart gebracht welke gegevens beschikbaar zijn over bereik en effect. Er waren weinig gegevens beschikbaar. De beschikbare interventies gericht op personen met overgewicht en obesitas met gegevens over effect en bereik zijn in kaart gebracht gepresenteerd in de zogenaamde IOTF promise-table.

### 2) Focusgroep gesprekken

- Projectgroepleden hebben deelnemers aangedragen voor focusgroepgesprekken en interviews
- Uitvoering van focusgroep gesprekken en interviews middels inzet stagiaire van de Hogeschool van Amsterdam, Maartje Schilder.
- Terugrapportage van de highlights per focusgroep / interview
- Expertmeeting Kinderen en Senioren
- Interviews leden van de adviesgroep
- Eindrapportage kwalitatief onderzoek kinderen / senioren

*Tabel 4: Deelnemers aan onderzoek Senioren*

<b>Professionals</b>	<b>Aantal deelnemers</b>	<b>Burgers</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
FG* Fysiotherapeuten	9	FG Senioren	7
FG Diëtisten	3	FG Senioren	9
FG Huisartsen	3	FG Senioren	9
FG Wijkverpleegkundigen	4		
FG Praktijkondersteuners	8		
IV* Internist	1		
IV Psycholoog	1		
<b>TOTAAL</b>	<b>29</b>		<b>25</b>

\*FG=Focusgroep, IV = Interview

*Tabel 5: Deelnemers onderzoek Kinderen*

<b>Professionals</b>	<b>Aantal deelnemers</b>	<b>Burgers/aantal deelnemers</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
FG* Fysiotherapeuten /6	6	FG Ouders	4
FG Diëtisten /4	4	FG Ouders	3
FG JGZ-medewerkers/6	6		
FG Orthopedagogen /3	3		
FG Leerkrachten/5	5		
IV* Kinderarts /1	1		
IV Kinderpsycholoog/1	1		
IV Thuisbegeleiders/2	2		
IV Huisarts/1	1		
IV Medewerkers Kinderopvang/2	2		
<b>Onderzoek specifiek gericht op zorg aan allochtone kinderen</b>			
IV Wijkverpleegkundige	1	FG Ouders	5
IV Kinderfysiotherapeut	1	FG Ouders	3
IV Diëtist	1		
<b>TOTAAL</b>	<b>34</b>		<b>15</b>

\*FG=Focusgroep, IV = Interview

### 3) Literatuuronderzoek

- Ter voorbereiding op het onderzoeksvorstel en het design van het onderzoek is relevante literatuur bestudeerd, waaronder: CBO richtlijn obesitas (2007) signaleringsprotocol en overbruggingsplan.
- Met betrekking tot het signaleringsprotocol en het overbruggingsplan is afstemming gerealiseerd met Dr. Carry Renders (VU Amsterdam), de JGZ van Icare en de JGZ van GGD IJsselland. De JGZ van Icare werkt volgens dit signaleringsprotocol en overbruggingsplan. De GGD IJsselland niet.
- Rndom de LASA data heeft afstemming plaats gevonden met Dr. Marjolein Visser (VU Amsterdam). Marjolein Visser is eveneens adviseur binnen het project.

### 4) Contactmomenten

- Inventarisatie van de contactmomenten met kinderen en senioren met overgewicht heeft plaatsgevonden onder projectgroepleden en hun achterban door middel van focusgroepbijeenkomsten en afzonderlijke gesprekken met projectgroepleden.

### 5) Agendasetting

Uitvoering gegeven aan groepsinterventies gericht op leefstijl in het kader van het ZonMw programma Preventiekracht Thuiszorg in de wijken Holtenbroek / Diezerpoort

### Afwijkingen van het projectplan fase 2

Afwijkingen op het projectplan zijn gerapporteerd in een voortgangsrapportage aan Zon-Mw en zijn beschreven in tabel 6.

Tabel 6: Afwijkingen van het projectplan

Onderzoekspopulatie; - bereik cq wervingsstrategie; - inclusiecriteria; - te verwachten behaalde respons	De onderzoekspopulatie huisartsen bleek lastig te betrekken bij de werving voor focusgroep gesprekken. Er is een focusgroep gesprek met huisartsen gerealiseerd voor het project senioren. Voor het project kinderen heeft een interview plaatsgevonden.  De werving van ouders van kinderen met overgewicht verliep moeizaam. In totaal zijn 15 ouders bereid gevonden tot deelname. Realisatie van afvaardiging uit de lage SES buurten is gerealiseerd.
Samenwerking betrokken personen / projectgroep	De vacature voor onderzoeker is ingevuld per 1 november 2008. In deze fase is veel tijd gestoken in het verhelderden van het praktijkprobleem en de mate van betrokkenheid bij het praktijkprobleem. Een projectleider en tevens onderzoeker heeft langdurig ziekteverlof opgenomen. Deze is na vier maanden permanent vervangen door een andere projectleider en een medeonderzoeker. De medeonderzoeker heeft een dubbelfunctie binnen OPOZ en Icare. Gedurende het project zijn enkele projectgroepleden gestopt met hun rol als projectgroeplid. In alle gevallen is vervanging gevonden. Aanpassing binnen projectgroep kinderen: een andere kinderarts; Progez (ROS); een andere medisch coördinator van MCCKlik en een andere orthopedagoog. Projectgroep Senioren is uitgebreid met: Progez (ROS) en een fysiotherapeut. Inzet administratieve ondersteuning (tijdelijk) versterkt.

Samenwerking met eindgebruikers	Samenwerking met eindgebruikers is deels verlopen volgens planning. In project senioren was een senior vertegenwoordigd In project kinderen is afvaardiging van de doelgroep op een andere wijze gerealiseerd. Contact met de einddoelgroep is er geweest via de focusgroepen. Deelnemers aan deze focusgroepen zijn op de hoogte gehouden middels member-checks. Samenwerking met intermediaire doelgroepen is verlopen volgens planning.
Interventies	Conform de activiteiten van het plan van aanpak bij 'samenstellen evidence-based programma overgewicht' hebben we de huidige interventies geïnventariseerd.
Allochtonen	Van februari 2010 – juni 2010 is onderzoek gedaan naar de zorgverlening voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle. Het is daarbij gelukt om focusgroepen met allochtone ouders (2 groepen, in totaal 8 ouders) en interviews met professionals te houden (wijkverpleegkundige, kinderfysiotherapeut en diëtist). Het bereiken van deze deelnemers aan de focusgroepen is gerealiseerd door intensief contact met de professionals in de wijk Holtenbroek die contact hebben met de doelgroep. Via bezoekvrouwen, leerkrachten, medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg, projectgroepleden en sleutelfiguren in de wijk Holtenbroek.

### **Beschouwing: Van Fase 2 (Verkenning) naar fase 3 (ketenontwikkeling)**

Een goed samenspel van projectleiders en onderzoeker heeft het mogelijk gemaakt om vanuit veel verschillende disciplines over verschillende aspecten van ketenzorg voor overgewicht en obesitas inzichten te genereren. De inzet van projectleiders is belangrijk geweest voor het creëren van bereidheid bij professionals en burgers om deel te nemen aan het onderzoek. Geluiden die buiten een Academische Werkplaats-setting vaak opkomen dat 'onderzoek zo lang duurt en alleen maar vertraagt' zijn niet gehoord tijdens de verkenningsfase. Integendeel, zowel burgers en professionals waardeerden de wederzijdse inbreng. Lokale professionals waardeerden de directe input die de ATW Overgewicht kon bieden over landelijke ontwikkelingen (zoals CBO richtlijn, Zorgstandaard Obesitas en JOGG).

Tijdens de verkenningsfase waren er problemen met de personele bezetting van het project. Eén van de projectleiders heeft langdurig ziekteverlof opgenomen hetgeen mede samenhang met de dubbelaanstelling. Deze projectleider had de rol van projectleider en de rol van onderzoeker op zich genomen. Zij had daarmee een dubbelaanstelling bij Icare en OPOZ. Deze situatie bleek niet werkbaar. De verschillende werelden tussen beleid, onderzoek en praktijk leken vanuit één persoon te moeten worden opgelost. Onze ervaring is dat deze verschillen in de dialoog tussen de diverse partijen opgelost moesten worden.

De dubbelaanstelling is daarna ingevuld door twee onderzoekers bij OPOZ aan te stellen, waarvan één ook een reguliere functie binnen de thuiszorgorganisatie had (niet direct gekoppeld aan het project). De andere onderzoeker werkte één vaste dag in de week bij de thuiszorgorganisatie.

Deze dubbelaanstelling bleek heel vruchtbaar. Het heeft ertoe geleid dat binnen het onderzoek meer praktijkervaring ingebracht is. Anderzijds heeft dit opgeleverd dat bij de praktijkorganisatie (Icare) de preventieafdeling nauwer betrokken is geraakt bij onderzoek en onderzoek sindsdien ook meer integreert in de praktijk.

Op het verschijnen van de twee Nederlandstalige onderzoeksrapporten over de huidige en gewenste ketenzorg overgewicht en obesitas voor kinderen en senioren is enthousiast gereageerd. Collega preventiewerkers en onderzoekers, professionals in het veld en beleidsmedewerkers van de gemeente Zwolle kregen een goede kijk op de ketenzorg in Zwolle.

De onderzoekers hebben met name tijdens deze fase ervaren dat de verbinding met de Vrije Universiteit (VU) van wezenlijk belang was. Niet alleen was de VU belangrijk vanwege het raadplegen van de wetenschapscommissie, ook heeft er belangrijke consultancy plaatsgevonden van een VU-medewerker (Dr. Marjan Westerman), gespecialiseerd op het terrein van kwalitatief onderzoek. De samenwerking heeft plaats gevonden met gesloten beurzen en heeft de basis gelegd voor twee wetenschappelijke artikelen waarbij de VU-medewerker co-auteur is.

Projectleiders hebben uitgesproken dat de onderzoeksrapporten zijn gewaardeerd omdat ze een antwoord gaven op de praktijkvragen en dat er ruimte was voor de professionals om zelf met een oplossing te komen. Met andere woorden de onderzoekers hebben voorkomen dat ze zelf oplossingen hebben geformuleerd.

Tijdens de verkenningsfase is ervoor gezorgd om aan te sluiten gebleken dat bij landelijke ontwikkelingen, met name de publicatie van de 'CBO richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' en de ontwikkeling van de Zorgstandaard Obesitas (beide voorgezeten door stuurgroeplid Prof. Dr. J.C. Seidell). Vanuit de ATW Overgewicht is aangehaakt bij de ontwikkeling van de Zorgstandaard Obesitas door deelname aan de projectgroep en de werkgroepen bij het PON.

De onderzoeksrapporten en de bespreking met projectgroepleden hebben geleid tot aanpassingen in het plan van aanpak. Deze aanpassingen hielden met name in:

- Multidisciplinaire aanpak op cliëntniveau centraal te stellen in plaats van de focus op interventies. Om deze reden is besloten om te starten met de ontwikkeling van een zorgprogramma Gezond Gewicht gebaseerd op de adviezen vanuit de concept Zorgstandaard Obesitas in plaats van het selecteren van interventies voor een evidence-based programma.
- De invulling van de deskundigheidsbevordering op maat. De wens van de betrokken professionals is de deskundigheidsbevordering zo goed mogelijk aan te sluiten bij de bestaande structuren.

De verkenningsfase heeft de juiste inzichten opgeleverd om over te gaan op fase 3: de ketenontwikkeling.

## 2.3 Fase 3: Ketenontwikkeling

Na de verkenningsfase is overgaan tot de fase van ontwikkeling van ketenzorg. Inzichten die zijn opgedaan door het onderzoek van de ATW Overgewicht, besprekingen met projectgroepen, stuurgroep en adviesleden, en de inmiddels beschikbare CBO-richtlijn en de concepten van de Zorgstandaard Obesitas, zijn hiervoor gebruikt. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van zorgprogramma Gezond Gewicht kinderen en het Zorgprogramma Gezond Gewicht senioren.

### **Geplande activiteiten:**

#### **1) Structuur keten bepalen**

- a) Op basis van onderzoeksresultaten stellen de projectgroepen de benodigde structuur, taken en verantwoordelijkheden, en protocollen vast of passen deze aan.
- b) Samenstellen van een protocol voor verwijzing naar interventies door de leefstijlconsulent en een protocol voor terugkoppeling van de interventieresultaten naar de leefstijlconsulent.
- c) De leden van de projectgroep maken afspraken over de implementatie van de benodigde structuur, taken en verantwoordelijkheden en protocollen.

#### **2) Ontwikkelen digitaal zorgprogramma**

- a) Selecteren van interventies voor opname in het evidence-based programma's.
- b) Het evidence-based programma digitaal inzichtelijk maken voor de verwijzende hulpverleners en uitvoerders van de interventies van het programma (waaronder digitale sociale kaart)
- c) De gemaakte afspraken digitaal inzichtelijk maken voor hulpverleners en uitvoerders van interventies van het programma.

### **Resultaten**

#### **1) Structuur keten bepalen**

- a) Op basis van de onderzoeksresultaten is de structuur van de keten inzichtelijk geworden en vertaald naar een zorgprogramma Gezond Gewicht kinderen en zorgprogramma Gezond Gewicht senioren. Deze zorgprogramma's zijn beschreven op basis van de fasen van zorg die iemand doorloopt (conform Zorgstandaard Obesitas en Zorgstandaarden Chronisch Zieken). Namelijk preventie en signalering, diagnostiek, actie (individueel zorgplan + behandeling) en blijvend volhouden (begeleiding).  
Voor iedere fase zijn in het zorgprogramma de stappen beschreven. Daarnaast zijn er vier hoofdthema's uitgelicht die in iedere fase terugkeren te weten: Serieus nemen en bespreekbaar maken, motiveren, volhouden en samenwerken. Deze zorgprogramma's zijn ontwikkeld in afstemming met de projectgroepleden en de stuurgroepleden.
- b) In de verschillende stappen in het zorgprogramma is de rol van de centrale zorgverlener opgenomen.
- c) De leden van de projectgroepen en de stuurgroep hebben de voorgestelde structuur, taken en verantwoordelijkheden bevestigd.

## 2) Ontwikkelen digitaal zorgprogramma

- a) Uit de verkenningfase is gebleken dat er slechts een onderbouwde interventie beschikbaar was (Club4Heroes) waarvan veranderingen in lichaamsgewicht van de deelnemers en het bereik van het aantal personen dat meedeed gepubliceerd waren, hoewel op basis van relatief kleine aantallen (Stevelling, 2009). Daardoor was het niet mogelijk om interventies te selecteren voor opname in een evidence-based programma. Het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) geeft in de concept Zorgstandaard Obesitas aan dat verwacht wordt dat interventies effectief zijn indien:
  - (a) uitgegaan wordt van het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico;
  - (b) er een centrale zorgverlener is;
  - (c) gebruik wordt gemaakt van gecombineerde leefstijl interventies;
  - (d) de multidisciplinaire aanpak een looptijd kent van minimaal 1 jaar voor behandeling en minimaal 1 jaar voor begeleiding.
- b) Wel zijn de beschikbare interventies voor de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas voor kinderen en hun ouders en voor senioren in de regio Zwolle in de vorm van sociale kaarten beschikbaar gemaakt voor professionals in Zwolle.
- c) Deze twee sociale kaarten zijn digitaal beschikbaar gemaakt via de website: [www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl).
- d) De ontwikkelde zorgprogramma's Gezond Gewicht zijn ook digitaal beschikbaar gemaakt via de website: [www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl).
- e) De digitale zorgprogramma's Gezond Gewicht voor kinderen en senioren zijn gelanceerd op een werkconferentie "Zorgverleners aan zet" op 21 april 2010. Het aantal deelnemers was 150.

### Afwijkingen van het projectplan fase 3

Afwijkingen op het projectplan zijn gerapporteerd in een voortgangsrapportage aan Zon-Mw en zijn beschreven in tabel 7.

Tabel 7 Afwijkingen projectplan

Afwijkingen projectplan	
Plan van Aanpak	Op basis van de verkenningsfase is een aantal veranderingen aangebracht in het plan van aanpak. Deze veranderingen sluiten beter aan bij het realiseren van de uiteindelijke doelstellingen. Zie toelichting bij projectopzet, interventies en dataverzameling en instrumenten.
Projectopzet	In het plan van aanpak was bij KIB opgenomen dat we een afsluitend symposium zouden organiseren. We hebben al in april 2010 een werkconferentie georganiseerd. Op basis van de resultaten van het onderzoek hebben we begin 2010 afspraken voor ketenzorg geformuleerd. De gemaakte afspraken voor ketenzorg zijn beschikbaar gemaakt voor professionals door middel van de digitale zorgprogramma's Gezond Gewicht. De projectgroepleden hebben daarbij hun wens uitgesproken om dit vroegtijdig te delen met hun achterban. Dit werd onderschreven door MCC Klik, Kenniscentrum Ketenzorg voor Chronisch Zieken, Zorggroep Zwolle en het Centrum Jeugd en Gezin. Daarom hebben we besloten om een werkconferentie in april 2010 te realiseren. Doel hiervan was het presenteren van het zorgprogramma Gezond Gewicht en agendasetting van het thema gezond gewicht bij professionals in Zwolle. Deze werkconferentie kenmerkt tevens de overgang van fase 3 (ketenontwikkeling) naar fase 4 (implementatie).
Interventies	De voorgenomen activiteit: 'Selecteren van interventies voor opname in het programma op basis van effectieve elementen op basis van resultaten van de onderzoeken' is ons inziens niet aan de orde. Landelijk zijn er namelijk ook nog steeds geen evidence-based interventies beschikbaar. Wij volgden het advies van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON).
Samenwerking betrokken personen/projectgroep	De volgende wijzigingen hebben plaatsgevonden in verband met ziekte/ andere werkzaamheden: Stuurgroep: Manager V&V Icare is tijdelijk vervangen.  Projectgroep kinderen: Kinderfysiotherapeut toegevoegd  Projectgroep senioren: Toegevoegd als projectgroeplid: verpleegkundige van het Consultatiebureau voor Senioren, praktijkondersteuner. De vertegenwoordiger vanuit de senioren heeft aangegeven te willen stoppen als projectgroeplid maar blijft wel betrokken bij de uitvoering van het project.  Beide projectgroepen: Andere vertegenwoordiger Progez en andere medisch coördinator van MCC Klik.
Kennisverspreiding	Er zijn op diverse congressen presentaties gehouden met betrekking tot kennisverspreiding, waaronder: <ul style="list-style-type: none"><li>• Presentatie NCVGZ April 2010</li><li>• Posterpresentatie ICO Stockholm Juli 2010</li></ul>

### **Beschouwing van Fase 3 (Ketenontwikkeling) naar fase 4 (implementatie)**

In fase 3 stond de ketenontwikkeling centraal. De projectleiders en de projectgroepen hebben veel contact gehad over het beschrijven van de ketenzorg in de vorm van zorgprogramma's Gezond Gewicht. Dit gebeurde in afstemming met en met inbreng van de onderzoekers. Vanwege de 'andere taal' die onderzoekers en projectleiders zeker in de eerste fasen spraken, is het nodig geweest dat veranderingen in het plan van aanpak en interpretaties daarvan veelvuldig en uitgebreid zijn besproken tussen projectleiders en onderzoekers.

Projectgroepleden zijn content met het beschikbaar komen van een sociale kaart. Suggesties zijn gedaan om de sociale kaart zo concreet mogelijk te maken, inclusief de publicatie van telefoonnummers die nodig zijn bij het doorverwijzen van kinderen en senioren met overgewicht en obesitas. Aan deze suggesties is gehoor gegeven door het toevoegen van een wegwijzer. De sociale kaart en wegwijzer zijn beschikbaar in printvorm en digitaal op de website.

Door wijziging van het plan aanpak van interventies selecteren voor een evidence-based programma naar het ontwikkelen van een zorgprogramma Gezond Gewicht wijzigde ook de gewenste wijze van monitoring en evaluatie. Bij de ontwikkeling van de ketenzorg Gezond Gewicht bleek dat monitoring en evaluatie niet alleen op interventieniveau gewenst is maar vooral vanuit de multidisciplinaire ketenaanpak op klantniveau. Dit maakte dat er behoefte ontstond aan indicatoren van goede ketenzorg zoals deze ook in andere ketenzorg (diabetes en COPD) beschikbaar zijn. In de concepten van de Zorgstandaard Obesitas waren deze indicatoren nog niet opgenomen. Vanuit de ATW Overgewicht werd daarom in de implementatiefase onderzoek gestart naar de wenselijke indicatoren en vervolgens naar de haalbaarheid van deze indicatoren in afstemming met het PON.

Eindproduct van de fase ketenontwikkeling waren de digitale zorgprogramma's Gezond Gewicht kinderen en Gezond Gewicht senioren, gepubliceerd op de website [www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl).

Op verzoek van de projectgroepen en andere partijen is de geplande eindconferentie vervroegd. De werkconferentie 'Zorgverleners aan zet' is op 21 april 2010 georganiseerd. Dit was het markeerpunt voor de overgang van fase 3 (Ontwikkeling ketenzorg) naar fase 4 (implementatiefase). Het digitaal zorgprogramma is vanaf dat moment beschikbaar en bekend bij de 150 bezoekers van de werkconferentie.

## 2.4 Fase 4: Implementatie

De werkconferentie “Professionals aan zet” op 21 april 2010 kenmerkt de overgang van fase 3 (ketenontwikkeling) naar fase 4 (implementatie).

### Geplande activiteiten:

#### 1) Verankering van structuur

- a) Plan aanpak voor verankering van de resultaten
- b) Samenstelling van werkgroep monitoring en verankering
- c) Vragenlijstonderzoek onder hulpverleners naar de wijze van signaleren en doorverwijzen.

#### 2) Deskundigheidsbevordering professionals

- a) Expertmeetings met de hulpverleners om de aanwezige kennis en vaardigheden te inventariseren en zicht te krijgen op de gewenste kennis en vaardigheden
- b) Deskundigheidsbevordering op maat
- c) Inventariseren van digitale mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering.

#### 3) Wetenschappelijke output

- a) Schrijven van een wetenschappelijke publicatie.

#### 4) Indicatoren

- a) Onderzoek naar gewenste en haalbare indicatoren voor ketenzorg

#### 5) Consultatiebureau voor Senioren

- a) Huurders in de wijk Holtenbroek en Diezerpoort worden uitgenodigd voor het Consultatiebureau voor Senioren

### Resultaten:

#### 1) Verankering van structuur bij kinderen en senioren

- a) In het kader van monitoring, en verankering zijn gesprekken gevoerd met MCC Klik, Kenniscentrum Ketenzorg voor Chronisch Zieken, Zorggroep Zwolle, GGD IJsselland (vanaf najaar 2009) en gemeente Zwolle (vanaf najaar 2009) en Achmea (vanaf najaar 2009) en het Centrum Jeugd en Gezin (vanaf voorjaar 2010). Voor verankering van de structuur van de ATW Overgewicht is het van belang dat vervolgstappen aansluiten bij ontwikkelingen bij de genoemde organisaties. De gesprekken zijn hier steeds op gericht geweest.
- b) Gesprekken *Zilveren Kruis Achmea*  
Samenwerkingscoördinator B. Hogeboom en stuurgroep lid J.C. Seidell hebben medio 2010 met de directie zorginkoop van Achmea geconstateerd dat de doelstellingen van de ATW Overgewicht overeen komen met de toekomstvisie van Achmea. Wel is vastgesteld dat er nog stappen te zetten zijn zoals: bekostiging van interventies, consensus over monitoring en evaluatie en een plan van aanpak voor bredere implementatie. Er is groen licht gegeven voor vervolggesprekken om dit nader te verkennen. Uit deze vervolggesprekken zijn voorstellen naar voren gekomen die tot nu toe nog niet tot honorering geleid hebben.
- c) Continue afstemming met het PON.

- d) Op basis van het focusgroeponderzoek in de verkenningsfase was de informatie over wijze van signaleren en doorverwijzen al beschikbaar. Het geplande vragenlijstonderzoek was daardoor niet meer relevant. In plaats daarvan is onderzoek uitgevoerd naar draagvlak ATW Overgewicht en onderzoek naar indicatoren (zie hoofdstuk 3). Het draagvlakonderzoek is uitgevoerd bij betrokken projectgroepleden van de projectgroep kinderen en de projectgroep senioren. Er is een T0 (medio 2010) uitgevoerd en een T1 (voorjaar 2011) met behulp van WIZDIZ. Door middel van een meetweek is medio 2010 gekeken naar het gebruik van het zorgprogramma Gezond Gewicht onder projectgroepleden en de mate waarin zij dit met hun achterban bespreken. Deze meetweek is herhaald in het voorjaar van 2011.

#### **Verankering van structuur bij kinderen**

- e) Verbinding met *Zwolle Gezonde Stad*. De projectleider van het project kinderen maakt sinds november 2009 deel uit van de programmagroep Zwolle Gezonde Stad. De kwartiermaker van Zwolle Gezonde Stad heeft de projectleider van de ATW Overgewicht gevraagd de trekker te zijn van de vijfde JOGG pijler 'verbinden van preventie en zorg'. De onderzoekscoördinator maakt sinds april 2011 deel uit van de programmagroep Zwolle Gezonde Stad.
- f) Verbinding met *Centrum Jeugd en Gezin*. In afstemming met de coördinator van het Centrum Jeugd en Gezin sluit de ATW Overgewicht aan bij aan preventienetwerken en bijeenkomsten vanuit het Centrum Jeugd en Gezin.

#### **Verankering van structuur bij senioren**

- g) Aansluiting bij het netwerk GLI met de volgende partijen: Progez, GGD, Gemeente, WijZ, Tavers, Sportservice Zwolle en Icare.
- h) Gezamenlijke uitvoering van netwerkbijeenkomsten Gecombineerde leefstijl interventie (voorjaar 2011) en betrokken bij voorbereiding van volgende netwerkbijeenkomsten rondom gecombineerde leefstijl interventies (najaar 2011 en verder). . Aan deze netwerkbijeenkomsten werd deelgenomen door 40 tot 50 professionals per bijeenkomst. Deelnemende professionals waren werkzaam op het terrein van zorg, welzijn en sport,
- i) Aansluiting bij bestaande ketenzorg diabetes en ketenzorg cardiovasculair risicomangement dat in ontwikkeling is.
- j) Aansluiting bij spiegelavonden Diabeteszorg vanuit de indicator BMI. Afstemming tussen de koppeling diabeteszorg in het zorgprogramma Gezond Gewicht.

## **2) Deskundigheidsbevordering professionals**

- a) Expertmeeting met hulpverleners over de aanwezige kennis en vaardigheden en de gewenste kennis- en vaardigheden heeft plaatsgevonden in de projectgroepen kinderen en senioren. Op advies van de projectgroepleden is ervoor gekozen om (voorlopig) voor deskundigheidsbevordering aan te sluiten bij de huidige scholingen bij de verschillende organisaties en aan te sluiten bij de bestaande netwerken van professionals.
- b) Deskundigheidsbevordering in aansluiting op de bestaande scholingen/ netwerken:
- i) Deskundigheidsbevordering JGZ Icare, JGZ GGD IJsselland, Travers Welzijn, Doornijk, bespreekbaar maken gezond gewicht en gezonde leefstijl.
  - ii) Deskundigheidsbevordering psychologen en orthopedagogen, zorgprogramma Gezond Gewicht.
  - iii) Deskundigheidsbevordering verpleegkundigen Consultatiebureau voor Senioren, bespreekbaar maken gezond gewicht bij senioren.
  - iv) Casuïstiek bespreking in projectgroepen kinderen en senioren (najaar 2010).
  - v) Presentatie "preventie en zorg" bij start Zwolle Gezonde Stad (februari 2010)
  - vi) Workshop bij opening Centrum Jeugd en Gezin (september 2010)

- c) Werkconferentie 'Zorgverleners aan zet' op 21 april 2010.
- d) Verkennen van digitale mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering bleek nog niet wenselijk, aangezien het traject van deskundigheidsbevordering per organisatie op maat was. Wel zijn alle materialen die voor deskundigheidsbevordering gebruikt zijn ook digitaal beschikbaar gemaakt via de website: [www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl).
- e) Updates digitaal zorgprogramma
- f) Update sociale kaart
- g) Deskundigheidsbevordering nieuwe professionals: Colleges voor Christelijke Hogeschool Windesheim (minor De Gezonde Stad en HBO verpleegkunde), De Vrije Universiteit, het Windesheim Honours College en de Maastricht University.

### 3) Wetenschappelijke output

- a) Concept artikel kinderen: Implementation of a national guideline on childhood obesity management in local primary care setting: listening to care professionals and parents  
Het artikel voor kinderen is gereed voor indiening ter publicatie.
- b) Artikel senioren: A local consensus process making use of focus groups to enhance the implementation of a national integrated health care standard on obesity care  
Het artikel voor senioren is geaccepteerd voor publicatie in Family Practice.
- c) Voordrachten zijn gehouden op diverse lokale, nationale en internationale bijeenkomsten, zowel op uitnodiging als op selectie van ingestuurde abstracts.

### 4) Indicatoren

- a) Onderzoek naar gewenste en haalbare indicatoren voor ketenzorg
  - Ronde 1: relevantie van op literatuur gebaseerde set van indicatoren
  - Ronde 2: haalbaarheid van in ronde 1 als relevant beoordeelde indicatoren.
- b) Publicatie eindrapport indicatoren met daarin een (voorlopig) voorstel voor indicatoren.
- c) Overdracht van de lijst met voorlopige indicatoren naar PON voor verdere ontwikkeling tot een standaard set van indicatoren die van belang is bij de implementatie van ketenzorg overgewicht en obesitas.

### 5) Consultatiebureau voor Senioren

- a) Huurders in de wijk Holtenbroek en Diezerpoort zijn (per huisadres) via de ledenvereniging uitgenodigd een vragenlijst gericht op kwetsbaarheid in te vullen
- b) Inwoners die verhoogd kwetsbaar blijken te zijn ( GFI >4, overgewicht of roken) zijn uitgenodigd voor het Consultatiebureau voor Senioren in de wijk Holtenbroek
- c) Verpleegkundige van de Zichtbare Schakel heeft huisbezoeken afgelegd bij specifieke flats in wijk Holtenbroek. Zij heeft vanuit deze wijk activiteiten georganiseerd gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij allochtone moeders en senioren.

### Afwijkingen van het projectplan fase 4

Afwijkingen op het projectplan zijn gerapporteerd in een voortgangsrapportage aan Zon-Mw en zijn beschreven in tabel 8.

Tabel 8: Afwijkingen projectplan

Afwijkingen projectplan	
Tijdsplanning	De inzet van middelen was nog niet volledig benut. We hebben voorgesteld om, binnen de kaders van het toegekende budget, extra aandacht te besteden aan borging van de projectresultaten tot 1 juli 2011. Dit is goedgekeurd door de stuurgroep en ZonMw (zie ook hieronder: Begroting)
Interventies	We liepen bij deze implementatie tegen een aantal knelpunten aan ten aanzien van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- realiseren centrale zorgverlener</li> <li>- financiering gecombineerde leefstijlinterventies</li> <li>- financiering van langdurige behandeling en begeleiding.</li> </ul> Rondom de knelpunten en mogelijke oplossingen is sprake van continue afstemming met het PON zodat we dit gezamenlijk aan kunnen pakken.
Dataverzameling en instrumenten	In het plan van aanpak hadden we voor de implementatiefase van het onderdeel 'samenstellen evidence-based programma' opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vragenlijstonderzoek onder hulpverleners naar de wijze van signaleren en doorverwijzen.</li> </ul> Op basis van het onderzoek in de verkenningsfase is helder geworden welke leemtes er zijn rondom het signaleren en doorverwijzen. Deze resultaten bieden veel aanknopingspunten voor verbetering. Op basis van dit onderzoek was niet te verwachten dat er andere essentiële inzichten ontstaan door op dit een moment een vragenlijstonderzoek uit te voeren. In plaats hiervan is het verstandiger gebleken om de beschikbare tijd voor het onderzoek te gebruiken voor onderzoek naar een set van kwaliteitsindicatoren en een goed functionerend monitoringstelsel.
Begroting	De kosten voor een aantal begrote activiteiten is vooralsnog lager dan verwacht. De realisatie is hierdoor lager dan begroot. Dit is te verklaren doordat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de onderzoeker pas in november 2008 gestart is;</li> <li>- de intensiteit van de inzet van de projectleiders in de verkenningsfase van het project lager was dan begroot. In de huidige implementatiefase van het project, die binnen het vastgestelde budget verlengd kan worden tot 1 juli 2011, is deze inzet juist intensiever;</li> <li>- de kosten van werkconferentie lager waren dan het begrote slotsymposium; de begrote mogelijkheid voor digitale deskundigheidsbevordering alleen is benut voor het bouwen van de website en het ontwikkelen van een digitale nieuwsbrief. Op basis van de inventarisatie van digitale mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering verwachtten we ook niet dat hier in de resterende projectperiode nog extra kosten voor zouden komen.</li> </ul>
Kennisverspreiding/wetenschappelijke output	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Oral presentation European Congress on Obesity, Istanbul May 2011</li> <li>b) Poster V&amp;VN April 2011</li> <li>c) Poster ECO Istanbul May 2011</li> <li>d) Concept artikel kinderen</li> <li>e) Concept artikel senioren</li> </ul>
Afstemming met landelijke ontwikkelingen: PON-zorgstandaard en coördinatieplatform zorgstandaarden	De laatste jaren heeft prof. Seidell ook deel uitgemaakt van het coördinatieplatform zorgstandaarden. Met PON-medewerkers Drs. Jutka Halberstadt, Drs. Hanneke Noordam en Drs. Sanne Niemer is een aantal malen contact geweest over afstemming tussen de nationale zorgstandaard en implementatie ervan lokaal. Op dit moment vindt overleg plaats tussen PON en de ATW over de inzet van indicatoren.

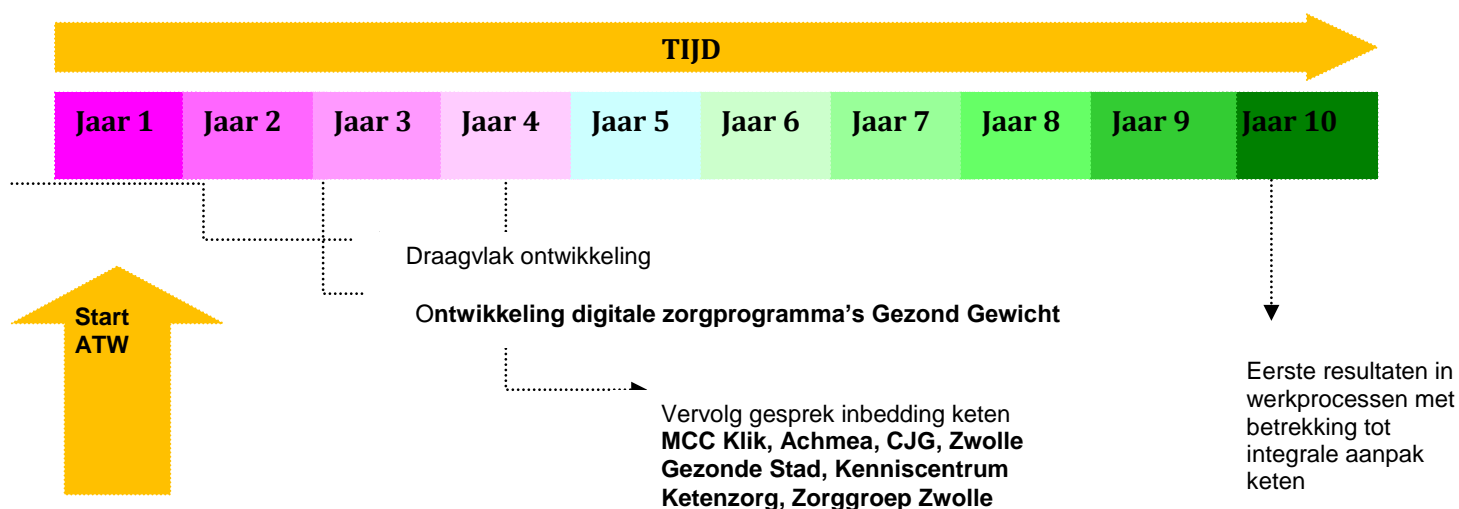
#### **Beschouwing Fase 4 (Implementatie)**

Tijdens de implementatiefase is de Zorgstandaard Obesitas door het PON uitgebracht. De zorgprogramma's Gezond Gewicht zijn te beschouwen als een lokale vertaling van deze Zorgstandaard. Het PON ziet de ATW Overgewicht daarmee als proeftuin voor de implementatie van de Zorgstandaard Obesitas. Het PON gaat ook verder met de set van indicatoren die door de ATW Overgewicht ontwikkeld is.

Bij de implementatie van de zorgprogramma's Gezond Gewicht is gebleken dat multidisciplinaire toepassing van de zorgprogramma's door professionals extra aandacht verdient. De huidige werkwijze van professionals kenmerkt zich vooral door solistisch en monodisciplinair werken. Hoewel er voorbeelden zijn waarbij meerdere professionals betrokken zijn bij de zorg van mensen met overgewicht en obesitas, is er nog geen sprake van geïntegreerde zorg laat staan dat de cliënt mede de vormgever van de zorg is. Bij professionals is de wil aanwezig om multidisciplinair samen te werken, maar in de dagelijkse praktijk lukt dit nog onvoldoende. Professionals geven hierbij aan dat zij behoefte hebben aan: elkaar tegenkomen en kennen; duidelijkheid in verwachtingen tussen professionals onderling en verwachtingen tussen professionals en ouders en kinderen en breder zicht krijgen op de problematiek ('kijken in de keuken van andere professies') en meer vaardigheden in het betrekken van de cliënt bij de zorg.

Voor het realiseren van de multidisciplinaire aanpak is regie op klantniveau van belang. In de focusgroepen en vervolgens ook de projectgroepen, hebben de professionals (en burgers) aangegeven dat deze regie wenselijk is. In de zorgprogramma's Gezond Gewicht staan de taken ten aanzien van deze regie beschreven. Ook is conform de Zorgstandaard Obesitas de rol van centrale zorgverlener in de zorgprogramma's genoemd. Betrokken professionals uit Zwolle hebben aangegeven dat iedere professional de rol van centrale zorgverlener kan nemen. Tijdens de implementatiefase is echter gebleken dat, iedereen die rol zou kunnen nemen, maar niemand deze rol echt oppakt. We hebben hier in de implementatie fase veel aandacht aan besteed. Samen met de projectgroepleden constateerden we dat hierop een impuls noodzakelijk is. Naar aanleiding van gesprekken met gemeente Zwolle en zorgverzekeraar Achmea hebben ingezet op subsidievoorstellen als vervolg en verdieping op de huidige projecten van de ATW Overgewicht.

Naast regie op klantniveau is ook regie op ketenniveau voor de ketenzorg overgewicht en obesitas noodzakelijk. Een Academische Thuiszorgwerkplaats is een blijvende structuur om kennis te genereren maar is geen blijvende structuur voor de borging van de gerealiseerde innovaties. Daardoor is de ATW Overgewicht niet in staat om de regie op ketenniveau blijvend op zich te nemen. De regie op ketenniveau dient bij bestaande structuren in Zwolle geborgd te worden. Om deze reden is in de implementatiefase veel energie gestoken in borging in bestaande structuren in Zwolle. Dit hebben we opgepakt met de gemeente Zwolle, CJG, MCC Klik, Kenniscentrum Ketenzorg, Zorggroep Zwolle en Progez. Tijdens de fase van implementatie is duidelijk geworden dat het model van ketenzorg door de betrokken professionals gesteund wordt. De implementatie van deze zorgprogramma's vergen echter nog meer tijd. Het boeken van resultaten op klantniveau vergt meerdere jaren (zie Figuur 5). Wat betreft resultaten op intermediair niveau is in de ATW periode al veel bereikt.



Figuur 5: De ontwikkeling van keten zorg

## 2.5 Communicatie

Binnen het project heeft communicatie continue centraal gestaan. Zowel binnen het project als naar buiten. Hieronder wordt weergegeven welke communicatievormen zijn toegepast.

### Interne communicatie

- Ad hoc bilateraal overleg tussen BOP-groepleden
- 2 wekelijks overleg gehele BOP groep
- Projectgroepbijeenkomsten
- Stuurgroepbijeenkomsten
- Presentaties door:
  - Onderzoekers OPOZ
  - Projectleiders
- Onderzoeksrapporten kwalitatief onderzoek:
  - Zorgverlening voor senioren met overgewicht. Vanuit het perspectief van zorgverleners en senioren
  - Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle. Kinderen

### Externe communicatie

- Nieuwsbrieven
- Verspreiding sociale kaart ( 2008 + 2010)
- Digitaal zorgprogramma [www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl)
- Verspreiding van de bureaulegger (220 exemplaren verspreid)
- Hoofdstuk: De Boer M. en Bijker J. Ontwikkelen van een keten van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas, ervaringen uit de regio Zwolle. In: Persoonlijke preventie verbindt en onzorgt. Eds. platform personalized prevention/ preventweb, Lemma 2011.
- Wetenschappelijke artikelen:
  - Derksen E.D., Brink-Melis W.J., Westerman M.J., Dam ten J.J.M., Seidell J.C, Visscher T.L.S.. A local consensus process making use of focus groups to enhance the implementation of a national integrated health care standard on obesity care. Fam Prac, in press.

- Brink-Melis W.E., Derksen R.E., Westerman M.J., Renders C.M., Seidell J.C., Visscher T.L.S. A local consensus process making use of focus groups to enhance the implementation of a national integrated chronic disease management model for childhood overweight and obesity (submitted)
- Presentaties
  - Presentatie Kennis beter delen Eindhoven, Marg Koopmans en Tommy Visscher maart 2008
  - Symposium OPOZ-Samen Gezond, Nederlands Congres Volksgezondheid, Groningen (Tommy Visscher 2008)
  - Gastcollege, Preventie in de thuiszorg, VU Gezondheidswetenschappen, (Jenine Bijker, september 2008)
  - Presentatie Peper en Zout, VU-Podium, Zwolle (Tommy Visscher 2008)
  - Obesitas. Expertmeeting, De Goffert, Nijmegen (Tommy Visscher, 2008)
  - Presentatie Gezonde voorbeeld Zwolle, Nationale Balanstop, Oegstgeest (Tommy Visscher 2008)
  - ROEP (regionaal overleg eerstelijns psychologen), Jenine Bijker, Elze Derksen, 17-11-2009
  - Aftrap Zwolle Gezonde Stad, Elze Derksen, Jenine Bijker, 19-02-2010
  - Nederlands Congres Volksgezondheid, Elze Derksen, samen met GGD IJsselland 8 april 2010
  - Oral presentation European Congress on Obesity, Tommy Visscher Istanbul May 2010
  - Workshop Congres Ketenzorg, Margriet de Boer, 2 juli 2010
  - Poster presentation International Congress on Obesity, Tommy Visscher Stockholm July 2010
  - Opening CJG Zwolle, workshop Margriet de Boer, Elze Derksen, 29-09-2010
  - Orthopedagogen, Margriet de Boer, 16 november 2010
  - Posterpresentatie congres JGZ verpleegkundigen, V&VN, Willy Brink en Elze Derksen, 15 april 2011
  - Presentatie 1<sup>e</sup> jaars Verpleegkunde Windesheim, Elze Derksen, 20-4-2010
  - Gastcollege Windesheim Honours College, Elze Derksen, oktober 2010
  - Gastcollege Windesheim De Gezonde Stad, Margriet de Boer, 30-11-2010

### **Evaluatie van website en nieuwsbrieven ATW Overgewicht**

#### **Website:**

De website is veelvuldig bezocht. Tussen 1 april 2010 en 17 juli 2011 is de site 3.595 bezocht door 2.158 unieke bezoekers. Een veel gehoorde reactie is dat het overzicht aan informatie zeer compleet is. De vindbaarheid van documenten is nog wel een aandachtspunt.

#### **Nieuwsbrieven**

Er zijn 8 nieuwsbrieven uitgegeven. Deze zijn verzonden aan gemiddeld 350 mensen per nieuwsbrief.

### 3 Evaluatie van resultaat en proces van de ATW Overgewicht

In het vorige hoofdstuk hebben we de resultaten en het proces per fase van het project beschreven. In dit hoofdstuk wordt de evaluatie van de gehele ATW Overgewicht vanuit verschillende invalshoeken beschreven. Vanuit het perspectief van de projectgroepen/gebruikers, vanuit het perspectief van de stuurgroep, evaluatie draagvlak vanuit het meetinstrument WIZDIZ en evaluatie door middel van interviews met externe betrokkenen.

#### 3.1 Evaluatie vanuit het perspectief van de projectgroepen (gebruikers)

In de laatste projectgroepvergadering van de projectgroep kinderen en projectgroep senioren in mei en juni 2011 is besproken wat de waarde is geweest van de ATW Overgewicht en wat bevorderende en belemmerende factoren zijn geweest.

Leden van de projectgroep geven aan dat ze elkaar steeds beter zijn leren kennen en dat ze een steeds beter beeld hebben van beschikbare interventies en professionals in de wijk ("mijn sociale kaart is veel groter geworden"). De betrokkenheid met en door de ATW Overgewicht heeft menigeen 'een duwtje in de rug gegeven' bij de aanpak van overgewicht bij cliënten, ondanks moedeloosheid die menigmaal optreedt. De aanpak van overgewicht heeft een veel serieuzere ondertoon gekregen gedurende de looptijd van de ATW en de vrijblijvendheid is er vanaf gegaan. Men weet elkaar beter te vinden.

De aansluiting van de ATW Overgewicht bij Zwolle Gezonde Stad en het project 'Multidisciplinaire implementatie zorgprogramma Gezond Gewicht kinderen en hun ouders in Zwolle' (ZonMw programma Op één Lijn) worden gezien als concrete bevorderende factoren en uitkomsten van de ATW Overgewicht.

De ervaringen met andere collega's in het veld zijn beter geworden. Bij Travers is aandacht voor gezondheid een speerpunt geworden en bij de JGZ wordt meer betrokkenheid waargenomen. Men stimuleert en prikkelt elkaar veel meer dan bij de aanvang van de ATW. Van huisartsen wordt nog wel beweerd dat ze nauwelijks doorverwijzen bij kinderen, wel bij senioren.

De sociale kaart wordt gewaardeerd, maar mag wel wat prominenter gepresenteerd worden op de website. De sociale kaart wordt gezien als belangrijke tool, door sommigen als de belangrijkste tool.

Met name volgens één persoon die veel aan het woord was tijdens het laatste projectgroepoverleg senioren is er wel veel gebeurd, maar waren de verwachtingen vooraf te hoog. Volgens deze persoon is er geen zichtbaar resultaat, zorg voor overgewicht is nog steeds te vrijblijvend en de prioriteit voor overgewicht lijkt weg te ebben. Gezamenlijk is geconstateerd dat de verwachtingen inderdaad niet te hoog moeten zijn en dat resultaten pas werkelijk zichtbaar zijn na ruim tien jaar.

Als sterk punt wordt genoemd dat er vanuit het patiëntenperspectief meegedacht is in het project. Maar er wordt vastgesteld dat de band met patiënten wel verloren is gegaan later in het project.

Men is van mening dat de onderzoeksrapportages veel inzicht hebben geleverd. Het viel op dat na veel focusgroepen professionals elkaar opzochten om informatie uit te wisselen en/of een afspraak met elkaar te plannen.

Ketenzorg overgewicht en obesitas in de nabije toekomst heeft nodig dat de expertise en kennis gebundeld blijven worden, dat men op de hoogte blijft. Tegelijkertijd zijn er nog meer initiatieven nodig en dient er nog steeds agendasetting bij burgers plaats te vinden. Het enthousiasme van de ATW wordt gewaardeerd, maar het is zaak om het 'vrijblijvende karakter' in de nabije toekomst nog meer om te zetten in een meer directief karakter van producten.

Structurele financiering is een must om door te kunnen pakken. Implementatie moet verder plaatsvinden. Identificeren en betrekken van patiënten moet beter. In de projectgroep kinderen is genoemd dat met name de 12 -19 jarigen meer aandacht verdienen en binnen de deelnemende organisatie moeten de principes van ketenzorg overgewicht nog wel beter doorsijpelen.

### 3.2 Evaluatie vanuit het perspectief van de stuurgroep

Het stuurgroepoverleg van juni 2011 is gebruikt als eindevaluatie. De stuurgroep heeft een zestal vragen beantwoord:

- 1) Waarin is het project succesvol geweest? Wat waren de bevorderende factoren?
- 2) Waarin is het project nog niet succesvol geweest? Wat waren de belemmerende factoren voor de resultaten?
- 3) Zijn de omstandigheden waarbinnen het project zich afspeelt op dit moment hetzelfde als bij de start van het project? Indien nee, wat vind je dat er anders is?
- 4) Wat is jouw bijdrage vanuit het management geweest aan het bereiken van de resultaten?
- 5) Wat vind je van de sfeer binnen de stuurgroep?
- 6) Wat vind je van de uitstraling van het project binnen en buiten je eigen organisatie?

**Ad 1)** Waarin is het project succesvol geweest? Wat waren de bevorderende factoren?

Succesvol waren in de ogen van de stuurgroep: positieve agendasetting en verbetering van inzicht in opvattingen bij professionals en doelgroep over overgewicht; inzichten in het belang van een ketenbenadering; de digitale zorgprogramma's Gezond Gewicht die toegankelijk zijn via een website.

Bevorderende factoren zijn geweest de inzet van de projectleiders die erin zijn geslaagd een sfeer te creëren tijdens projectgroepoverleggen waarin 'alles gezegd kon worden'. De stuurgroep had een brede expertise en er was een goede aansturing van de projectleiders. De onderzoeker was wekelijks ter plaatse bij Icare en de projectleiders, onderzoeker en onderzoekscoördinator kwamen tweewekelijks samen. Het team van projectleiders en onderzoekers had een brede expertise, creativiteit en doorzettingsvermogen. Patiënten en ouders van patiënten waren betrokken en praatten mee. Bovendien heeft bevorderend gewerkt de inbreng in en communicatie met de Zorgstandaard Obesitas van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON).

**Ad2)** Waarin is het project nog niet succesvol geweest? Wat waren de belemmerende factoren voor de resultaten?

De zorgprogramma's Gezond Gewicht zijn beschikbaar, maar deze zijn nog niet volledig geïmplementeerd. De levensduur van de ATW Overgewicht is nog te kort geweest om tot 'structurele afspraken' te komen over de organisatie van ketenzorg voor overgewicht en obesitas. Belangrijke factor voor het niet geborgd zijn van ketenzorg is gebrek aan financiering voor interventies. Er is door middel van de zorgprogramma's wel vastgelegd wat er moet gebeuren, maar niet door wie. De financiering van dergelijke zorg is nog niet op orde, het bijhouden van indicatoren vergt nog aandacht en er is niemand die de rol van centrale zorgverlener heeft genomen. Er is twijfel of er inmiddels voldoende draagvlak is voor de zorgprogramma's bij professionals op de werkvloer.

**Ad 3)** Zijn de omstandigheden waarbinnen het project zich afspeelt op dit moment hetzelfde als bij de start van het project? Indien nee, wat vind je dat er anders is?

Er lijkt een hoger urgentiebesef te zijn bij professionals en er is ook aandacht voor samenwerking en wijkgerichte aanpak vanuit andere ketens. Huidige bezuinigingen en de nieuwe kabinetsvisie lijken niet te helpen bij het opzetten van ketenzorg. Het ministerie van VWS faciliteert de samenwerking voor een integrale aanpak niet.

**Ad4)** Wat is jouw bijdrage vanuit het management geweest aan het bereiken van de resultaten?

Factoren die men aangaf over eigen inzet die bevorderend hebben gewerkt zijn het extraheren van de onderzoeksvragen uit de praktijk, het geven van antwoorden op de onderzoeksvraag door de onderzoeker en het benoemen van een oplossing door de projectleiders. Er is tijd en energie gaan zitten in het inbrengen van onderzoek in de stuurgroep. Het netwerk in Nederland en Europa heeft positief bijgedragen. Verder heeft men inzichten aangedragen vanuit eigen expertise (ketenzorg, m.n. diabetes, rol van huisartsen), vanuit betrokkenheid bij Zwolle Gezonde Stad en de wijkgerichte aanpak en zijn suggesties gedaan over de inbreng van de GGD in de stuurgroep voor de toekomst.

**Ad5)** Wat vind je van de sfeer binnen de stuurgroep?

De sfeer binnen de ATW wordt unaniem als uitstekend ervaren. Men heeft elkaar gedurende de looptijd van de ATW steeds beter leren kennen.

**Ad6)** Wat vind je van de uitstraling van het project binnen en buiten je eigen organisatie?

Vanwege de goede expertise en omstandigheden heerst de indruk dat de ATW Overgewicht haar voorsprong heeft behouden op ander steden en dat een goede voorbeeldfunctie is vervuld. Er is sprake van een professioneel en gedreven team. De uitstraling naar buiten kan nog wel wat beter. Opvallend is dat de uitstraling naar landelijke collega's nog wat duidelijker is dan de uitstraling lokaal.

### 3.3 Evaluatie draagvlak vanuit WIZDIZ

In 2010 en in 2011 is bij de projectgroepleden naar de waardering gevraagd over de omstandigheden die de implementatie van de keten voor kinderen en senioren met overgewicht en obesitas in Zwolle beïnvloeden. Er is gebruik gemaakt van de bestaande vragenlijst WIZDIZ, een diagnose-instrument voor omstandigheden die integrale zorg beïnvloeden. Het gaat om de volgende omstandigheden: lokale context, draagvlak, management en externe factoren. De projectgroepleden hebben deze vragenlijst in september 2010 (T0) ingevuld en in maart 2011 (T1). In september 2010 hebben 16 projectgroepleden de lijst ingevuld, in maart 2011 hebben 12 projectgroepleden de lijst ingevuld.

#### **Lokale context:**

De gemiddelde score voor lokale context is zowel in T0 als in T1 niet gunstig, niet ongunstig. In deze categorie is een groot aantal vragen beantwoord met onbekend, met name op vragen met betrekking tot financiering blijken de projectgroepleden geen zicht te hebben, zowel in T0 als in T1.

#### **Draagvlak:**

De gemiddelde score voor draagvlak is zowel in T0 als in T1 niet gunstig/niet ongunstig. Positieve elementen zitten in het onderlinge vertrouwen naar elkaar en de overeenstemming rondom de aanpak van de ATW Overgewicht. Echter, de doelen van de ATW kregen van de projectgroepleden niet altijd prioriteit. Wederom komt naar voren dat de financiering onduidelijk was voor projectgroepleden.

#### **Management:**

De gemiddelde score voor management is licht gedaald. Van gunstig, naar niet gunstig/niet ongunstig.

Aandacht voor de afstemming tussen projectgroepleden verdient verbetering, het is niet altijd duidelijk welke visie de verschillende projectgroepleden hebben met betrekking tot de ATW Overgewicht. Management werd met name goed gewaardeerd op de volgende onderdelen: leiderschap en overtuigingskracht van de projectleiding/communicatieve vaardigheden en openheid in communicatie van de projectleiding.

#### **Externe factoren:**

De gemiddelde score voor externe factoren is in T0 niet gunstig/ niet ongunstig, deze is gedaald naar (zeer) ongunstig in T1. Er is bij de projectgroepleden weinig inzicht in aansluiting bij landelijke ontwikkelingen als wet- en regelgeving/reguliere financiering en subsidieregelingen. Wel waren de projectgroepleden van mening dat de doelstellingen van de ATW Overgewicht goed aansloten bij het beleid van de overheid.

#### **Totaalscore:**

Zowel in T0 als in T1 kwam de totaalscore uit op niet gunstig, niet ongunstig. Het is opmerkelijk dat bij T1 op alle onderdelen de score lager uitpakte dan bij T0, ondanks inspanningen van de projectleiders om de aandachtspunten uit T0 aan te pakken. Mogelijke redenen hiervoor zijn:

- Het tijdstip in het project. Professionals waren zelf aan zet. Deze handelingsvrijheid kan samengaan met een gevoel van onduidelijkheid/gebrek aan sturing.
- Dezelfde items als in T0 waren nog onduidelijk, hierdoor kan een gevoel van "moedeloosheid" ontstaan.

### 3.4 Procesevaluatie door middel van drie interviews met externe betrokkenen

Er zijn drie interviews met externe professionals afgenomen (gemeente Zwolle, Achmea en PON). De interviews hadden een vertrouwelijk karakter en zijn uitgevoerd door een onderzoeker van OPOZ die niet betrokken was bij de ATW Overgewicht, Ir. Anne Esther Marcus-Varwijk. Doel van deze interviews is te achterhalen hoe deze externe professionals de waarde en uitstraling van de ATW Overgewicht hebben ervaren, de succes en leerpunten weer te geven en er is gevraagd naar adviezen voor verankering van de ATW Overgewicht.

#### **Uitstraling ATW Overgewicht**

Tijdens gesprekken met respondenten werd de ATW Overgewicht vooral geassocieerd met het BOP-team (beleid, onderzoek, praktijk), waarin onderzoekers en projectleiders deelnemen.

Dit BOP-team van de ATW Overgewicht Zwolle heeft een enthousiaste en professionele uitstraling naar buiten toe. Een citaat dat dit verder toelicht: *“Er is veel kennis aanwezig en daadkracht om de keten op te bouwen en de informatie die ze daaruit halen te willen delen met anderen. Bijvoorbeeld de website, factsheets en dergelijke documenten die zijn goed vindbaar en handig voor anderen.”*

De werkwijze van de ATW wordt gezien als een mooie samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk. Er wordt informatie uit de praktijk verzameld, zorgstandaarden krijgen vorm, het onderzoek ondersteund en vervolgens worden producten intern en extern gedeeld.

In het landelijk netwerk zorgde wetenschappelijk directeur van OPOZ (en stuurgroep lid ATW Overgewicht) ervoor dat in communicatie tussen Zwolle en landelijke partner PON de lijnen kort gehouden zijn.

Op stuurgroepniveau is contact geweest met (destijds) de directeur zorginkoop van Achmea. Hoge ambities en verwachtingen zijn wederzijds uitgesproken over ketenzorg obesitas. Destijds is afgesproken dat de plannen van de ATW Overgewicht concreet gemaakt zouden worden. Verschillende overleggen tussen het BOP-team en Achmea heeft helaas niet geresulteerd in een vertaling van deze ambities en verwachtingen naar concrete vervolgstappen waarop Achmea een akkoord kon geven. De Achmea-SAG-aanvraag die hiervoor was voorbereid is tot teleurstelling van Achmea en de ATW Overgewicht niet gehonoreerd.

#### **Waarde ATW Overgewicht: Successen en leerpunten**

In deze alinea wordt ingegaan op de visie van de drie respondenten over de successen van de ATW en de punten die minder goed uit de verf zijn gekomen.

Uitkomsten focusgroepgesprekken: Het eindrapport met de focusgroep interviews was goed om te lezen. Er is boven tafel gebracht hoe de situatie nu is en wat de gewenste situatie zou zijn binnen verschillende beroepsgroepen en ouders/ouderen. Ook werd weergegeven wat onderlinge mening waren over elkaar. De informatie die uit dit rapport kwam, wordt als zeer bruikbaar ervaren.

Zorgprogramma Gezond Gewicht: ATW Overgewicht heeft anderen geholpen een beeld te vormen hoe de ketenzorg overgewicht en obesitas in elkaar zit. Deze praktijk informatie is gebruikt als input voor het ontwikkelen van de Zorgstandaard Obesitas. Vica versa is binnen de ATW geëxperimenteerd met concepten van de Zorgstandaard Obesitas van het PON en is er een vertaalslag gemaakt naar zorgprogramma's Gezond Gewicht zoals het in de praktijk gebruikt kan worden.

Samenwerking in de keten: De ATW Overgewicht constateerde dat er nog onvoldoende samenwerking was tussen zorgprofessionals. Hierin hebben ze een start gemaakt om dit in beeld te brengen. En is ketenzorg onder aandacht gekomen van gemeente Zwolle. Nu moet het nog meer in de praktijk worden gebracht en worden ingebed in zorgstructuren binnen Zwolle (zoals het CJG etc). Zodat er vroeg gesignaleerd kan worden.

De ATW Overgewicht had ook een lastige taak, ze signaleert dat er nog een hoop gedaan moet worden, dat er meer coördinatie plaats moet vinden tussen verschillende zorgaanbieders. Maar het onderliggende probleem is als je samenwerking, op gang wilt brengen, daar extra tijd en extra geld voor nodig is. Ervaring met andere ketentrajecten is dat het probleem in de zorg vaak zit in die samenwerking. Als die samenwerking niet wordt geprikkeld, gestimuleerd of beloond van buiten af wordt het niet meer opgepakt. Het is daarom een uitdaging om de ATW Overgewicht te borgen.

Kwaliteitsindicatoren: kwaliteitsindicatoren opgesteld binnen ATW Overgewicht zijn als input gebruikt voor werkgroep kwaliteitsindicatoren van het PON. In de werkgroep werd opgemerkt dat de indicatoren van ATW Overgewicht echter nog geen noemer hebben. Ze geven alleen een teller. De gegevens van de ATW Overgewicht zijn in dat opzicht niet perfect maar leveren wel belangrijke informatie uit de praktijk. In de werkgroep van PON worden de kwaliteitsindicatoren nu nog verder uitgewerkt.

Communicatie: De doelstelling van ATW Overgewicht is erg breed. Het was wellicht goed geweest als er een specifiekere focus had gelegen en was gecommuniceerd naar buiten toe.

JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht): De ATW Overgewicht heeft in Zwolle invulling gegeven aan de pijler verbinding preventie en zorg binnen de JOGG aanpak. En is Margriet (projectleider kinderen), als afgevaardigde van de ATW, daardoor aangesloten bij de programmagroep Zwolle Gezonde Stad. Door de ATW Overgewicht is de pijler verbinding preventie en zorg binnen de JOGG aanpak al verder ontwikkeld in Zwolle dan in andere steden. Daardoor kan nu bestaande informatie gedeeld worden met andere JOGG-steden.

### **Adviezen voor verankering**

Lokale borging: Het is nu van belang om te werken aan de verankering van de netwerken van ATW Overgewicht. Voor kinderen biedt het project dat in Zwolle vanuit het Zonmw programma Op één Lijn gestart is hiervoor kansen, maar straks moet zij aansluiten bij de nieuwe structuur die in ontwikkeling is in de gemeente Zwolle. Na mei 2013 moet het in een structuur van gemeente Zwolle zijn ingebed.

Communicatie: advies daarin is dat het belangrijk is om intern te weten wat je wilt, keuzes te maken en dat duidelijk naar buiten te communiceren. Men dient een eigen keuze te durven maken. Zodat je weet waar je naartoe wilt en daar je partners bij zoekt.

Samenwerking voortzetten: zoek de juiste partners, ook financiële partners zoals de verzekeraar en blijf afstemmen met andere partners (lokaal en landelijk) in dit veld. Houd je netwerk vast.

Landelijke ontwikkelingen: houd in de gaten wat er landelijk gebeurt. Kijk hoe de politieke ontwikkelingen zich vormen en speel hierop in. Bij een zichtbare speler en presenteer op landelijke bijeenkomsten.

JOGG: Binnen de vijfde pijler van JOGG, zijn interessante ideeën om te delen aan andere JOGG steden; geef feedback aan anderen, geef presentaties etc.

Ga zo door: Bewust blijven van je eigen positie en blijven reflecteren. Vraag je af hoe je de succesfactoren die er nu al zijn kunt vasthouden.

## 4 BEVORDEREND EN BELEMMEREND

### 4.1 Bevorderende factoren

Op basis van de resultaten en de evaluatie komen verschillende bevorderende factoren met betrekking tot het realiseren van de doelstellingen van de ATW Overgewicht naar voren.

#### **Draagvlak in Zwolle**

Gesteld kan worden dat er in Zwolle draagvlak is om een keten te ontwikkelen voor kinderen en senioren met overgewicht en obesitas. Dit blijkt allereerst uit de vrijwillige participatie van de verschillende professionals in de projectgroepen. Daarnaast blijkt het ook uit het aantal professionals dat geabonneerd is op de nieuwsbrief, de hoge opkomst bij de werkconferentie en het bezoek van de website [www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl).

Bevorderend is ook de betrokkenheid van de Gemeente Zwolle bij het project. Dit blijkt onder andere uit de plek die de verbinding tussen preventie en zorg heeft gekregen binnen de JOGG-aanpak van Zwolle Gezonde Stad.

Rondom inbedding zijn verschillende partijen betrokken bij de ATW Overgewicht. Dit draagvlak is essentieel geweest voor het slagen van de projecten, zonder draagvlak geen onderzoek en geen ketenontwikkeling.

#### **Aansluiting landelijke ontwikkelingen**

De aansluiting bij landelijke ontwikkelingen is groot. Mede doordat de wetenschappelijk directeur OPOZ ook voorzitter is van het Partnerschap Overgewicht Nederland, kunnen lokale resultaten direct vertaald worden naar landelijke ontwikkelingen (Zorgstandaard Obesitas) en vice versa. Het PON ziet Zwolle als een proeftuin voor implementatie van de Zorgstandaard Obesitas. Alle BOP groepsleden hebben geparticipeerd in de projectgroep en werkgroepen van het PON ten behoeve van de ontwikkeling van de Zorgstandaard.

Landelijke betrokkenheid blijkt vervolgens uit het feit dat 13 adviseurs, grotendeels werkzaam in andere regio's zich hebben gecommitteerd als adviseur van dit project. De aansluiting bij en afstemming met deze landelijke partijen is essentieel om de door de ATW Overgewicht opgedane resultaten te kunnen extrapoleren naar andere regio's.

#### **Meerwaarde voor eigen organisaties wordt erkend**

De doelstellingen van de ATW Overgewicht sluiten aan bij de doelstellingen van zowel Icare als OPOZ. Dit blijkt uit brede interesse van verschillende afdelingen. Binnen Icare zijn naast de afdeling Gezondheidsbevordering en Preventie, ook de afdelingen Verpleging en Verzorging en de Jeugdgezondheidszorg vertegenwoordigd in de projectgroepen en stuurgroepen. Binnen OPOZ wordt de aansluiting bij ander onderzoek bewaakt door de onderzoekscoördinator en de wetenschappelijk directeur. Ten slotte bestaat een goede afstemming met de VU in Amsterdam. De wetenschappelijk directeur bewaakt aansluiting bij ander onderzoek (LASA) door onderzoekers met elkaar in contact te brengen. Dit gebeurt ook op methodologisch vlak.

### **Samenspel Beleid, Onderzoek en Praktijk**

Tenslotte is het samenspel tussen beleid, onderzoek en praktijk een bevorderende factor voor het realiseren van resultaten binnen de ontwikkeling van de keten. Doordat de onderzoeksvragen opgesteld worden op basis van concrete vragen uit de praktijk is deze ook nauw verbonden met de uitkomsten. Bijvoorbeeld bij de werving voor focusgroepen blijkt dat het erg gemakkelijk is om mensen te enthousiasmeren deel te nemen, doordat er al meerwaarde in het onderzoek wordt gezien. Bovendien is het zo dat door het onderzoek de verschillende belangen van professionals inzichtelijk gemaakt kunnen worden en anoniem verwerkt worden. Mensen laten hierdoor gemakkelijker knelpunten en belemmeringen zien, er is immers geen direct gevolg voor het uiten van deze gevoelens.

### **Invloed in onderwijs**

Kennis voortkomend uit de ATW Overgewicht is ondergebracht in diverse elementen van het VU en Windesheim onderwijs: opleidingen Gezondheidswetenschappen, gezondheid en Leven, Het Windesheim Honours College en de minor de gezonde Stad. Tevens is een gastcollege verzorgd aan de Maastricht University en zijn stagiaires begeleid aan diverse instellingen en afkomstig van diverse opleidingen, ook buiten de VU en Windesheim.

### **Verandering binnen thuiszorg**

Binnen de ATW Overgewicht hebben effecten centraal gestaan voor alle professionals betrokken bij ketenzorg voor overgewicht en obesitas. De thuiszorg hecht dankzij de ATW meer waarde aan goede onderbouwing van haar activiteiten, zij ervaart een belangrijke meerwaarde aan de arbeidsatisfactie van medewerkers door erkenning van hun professionele inbreng in veranderingsprocessen.

## **4.2 Belemmerende factoren**

In deze paragraaf worden verschillende belemmerende factoren met betrekking tot het realiseren van de doelstellingen van de ATW Overgewicht genoemd.

### **Projectorganisatie**

Het werken in een ATW is niet gemakkelijk. Het eerste jaar is veel tijd gaan zitten in het elkaar leren kennen en het verstaan van elkaars taal – wetenschap versus praktijk. Deze afstemming is gedurende het gehele project een aandachtspunt geweest. Mede ook omdat het tempo van de verschillende organisaties verschilt. Onderzoek komt in de praktijk niet altijd op het juiste moment en resultaten van onderzoek laten volgens de praktijk soms lang op zich wachten, terwijl voldoende tijd voor de analyse essentieel is.

Afstemming tussen beide organisaties rondom uren en financiën bleek niet altijd transparant te zijn, maar kenmerkte zich door de wil er samen uit te komen.

Voor de ontwikkeling van ketenzorg overgewicht en obesitas is vertegenwoordiging vanuit veel verschillende beroepsgroepen nodig. Bovendien zijn deze beroepsgroepen veelal vanuit individuele praktijken georganiseerd en is mandaat vanuit de totale beroepsgroep beperkt te realiseren. Dit is belemmerend voor het tempo en de omvang van de implementatie van de ketenzorg.

### **Verandering van professionals**

Voor echt multidisciplinair en integraal werken is cultuurverandering nodig (buiten de kaders van je eigen professie kunnen en willen kijken). Dit is moeilijk vanwege:

- verschil in kernprocessen van de participerende organisaties. Voor de professionals moet voldoende duidelijk zijn wat ketenzorg hen oplevert. In een ontwikkeltraject is dit nog niet altijd in harde resultaten weer te geven. Daardoor is het voor een fysiotherapeut bijvoorbeeld belangrijk dat hij voldoende patiënten heeft, waarvan hij zich afhankelijk voelt van een huisarts. Een huisarts daarentegen heeft zijn spreekuren overvol en ervaart onvoldoende belang om leefstijl te bespreken.
- De participerende professionals in de projectgroepen zijn veelal zelfstandig gevestigde professionals en hebben hierdoor geen doorzettingsmacht een keten te organiseren op Zwolle breed niveau. Hierdoor ontstaan multidisciplinaire eilandjes. Samen met het ontbreken van duidelijke regie over de keten leidt dit tot vertraging van een integrale keten.
- De professionals hebben te maken met een hoge werkdruk en productiviteitseisen. Daarnaast vinden ook op projectniveau veel innovaties plaats die tijd en aandacht vragen, waardoor de keten voor overgewicht en obesitas naar de achtergrond verdwijnt. Tenslotte is het moeilijk om geschikte afstemmingsmomenten te prikken. Professionals hebben te maken met spreekuren en klantcontacten. Daarnaast zijn er veel parttimers.

### **Financiële middelen**

Voor het realiseren van de ketenzorg overgewicht zijn helaas niet alle financiële randvoorwaarden gerealiseerd. Binnen de bestaande financiering bestaat er nog geen vergoeding voor de taken die nodig zijn voor uitvoering van de rol van centrale zorgverlener binnen deze multidisciplinaire samenwerking.

Binnen het programma Op één lijn van ZonMw is een project gehonoreerd dat een impuls kan geven aan de optimalisering van de samenwerking tussen professionals die betrokken zijn bij de ketenzorg Gezond Gewicht kinderen.

## 5 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Vergelijking onderzoeksresultaten met de beoogde taakstelling en checken of nader onderzoek vereist is om de eindrapportage/verantwoording te schrijven

### 5.1 Conclusie

In deze conclusie zal de vraag beantwoord worden of de taakstelling en de beoogde doelstellingen (zie kader) van de ATW Overgewicht behaald zijn. Tenslotte wordt een conclusie gegeven.

#### Taakstelling

De academische thuiszorgwerkplaats draagt -met ketenpartners- zorg voor een model dat de keten van preventie en behandeling voor kinderen en ouderen (met speciale aandacht voor allochtonen en lage SES) met overgewicht weergeeft. Het model biedt een handvat aan (thuiszorg)organisaties elders in het land, om het probleem overgewicht evidence-based aan te pakken. Er ontstaat een infrastructuur waarin (thuiszorg)interventies blootstaan aan continue monitoring en evaluatie.

#### Beoogd resultaat 1:

Adequate signalering en doorverwijzing. Realiseren van een structuur voor verantwoordelijkheden en protocollen die nodig is voor adequate voegsignalering en doorverwijzing

#### Beoogd resultaat 2:

Samenstellen van een evidence-based programma overgewicht  
Ontwikkelen van een samenhangend integraal programma in de zorglijn

#### Beoogd resultaat 3:

Realiseren van randvoorwaarden zoals competente professionals  
(deskundigheidspakket op maat), informatie-uitwisseling/ kennistransfer en financiering (model voor gefinancierde keten).

### Taakstelling

#### *Model voor ketenzorg*

Het model voor ketenzorg is gerealiseerd. Op basis van onderzoek en praktijkervaringen heeft de ATW Overgewicht twee zorgprogramma's Gezond Gewicht opgesteld. Deze zijn digitaal beschikbaar via een website: [www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl). Deze zorgprogramma's Gezond Gewicht geven systematische aanpak van de preventie en behandeling voor kinderen en senioren met overgewicht en obesitas.

Het klantenpad staat hierbij centraal en de vier fasen van het zorgcontinuüm komen op de volgende wijze terug:

- preventie en signalering
- diagnostiek
- actie (individueel zorgplan + behandeling)
- blijvend volhouden (begeleiding)

Belangrijke thema's die uit het onderzoek naar voren kwamen en in de zorgprogramma's Gezond Gewicht zijn verwerkt zijn: bespreekbaar maken en serieus nemen, motiveren, volhouden en samenwerken.

### ***Samen met ketenpartners***

De lokale ketenpartners in Zwolle op het terrein van preventie en zorg voor kinderen en senioren zijn betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van de zorgprogramma's Gezond Gewicht.

In het focusgroeponderzoek en de projectgroepen hebben de Zwolse professionals het klantenpad geformuleerd en randvoorwaarden benoemd. Dit is per fase vertaald in een stroomschema en de benodigde activiteiten van professionals daarin (zorgprogramma's Gezond Gewicht). De beschrijving van de zorgprogramma's Gezond Gewicht is besproken en vastgesteld met de projectgroepleden tijdens de projectgroepbijeenkomsten. De website waarop het zorgprogramma beschikbaar is, wordt veelvuldig bezocht

### ***Speciale aandacht voor allochtone en lage SES***

Er is een kwalitatief onderzoek (focusgroepen) uitgevoerd onder autochtone en allochtone ouders van kinderen met overgewicht en obesitas uit Zwolle. Allochtone ouders gaven in het onderzoek aan dat zij zich geen allochtoon voelen en ook niet als allochtoon bejegend willen worden. Tegelijkertijd kwamen uit het focusgroep onderzoek ook concrete aangrijpingspunten naar voren waarin kennis, vaardigheden en verwachtingen bij allochtone mensen anders zijn dan bij autochtonen. De conclusie die uit dit onderzoek naar voren komt, is dat er geen onderscheid hoeft te komen in de ketenzorg allochtonen en autochtonen. Wel is het van belang dat professionals in de keten voldoende aansluiten op de belevingswereld van allochtonen en beter afstemmen op de andere verwachtingen in de ketenzorg. De resultaten en aanbevelingen uit het onderzoek zijn meegenomen in de deskundigheidsbevordering van professionals.

### ***Handvat elders in het land***

Door de landelijke afstemming die de ATW Overgewicht heeft met PON, JOGG Nederland, Convenant Gezond Gewicht en met individuele adviseurs, is bij de ontwikkeling van de zorgprogramma's continue afgestemd met de landelijke ontwikkelingen. Daardoor wordt het gemakkelijker om de zorgprogramma's elders te implementeren. Uit de contacten met andere JOGG steden, via het netwerk van JOGG Nederland, blijkt dat er al steden zijn die (delen uit) het zorgprogramma Gezond Gewicht kinderen overgenomen hebben.

Eén van de eindproducten van de ATW Overgewicht is het document 'Ontwikkeling van ketenzorg overgewicht en obesitas in 10 stappen'. Dit dient als handvat voor toepassing elders in het land waarbij in 10 stappen het proces van ketenzorg ontwikkeling beschreven is.

### ***Continue monitoring en evaluatie***

Bij de start van het project was het plan dat er door verbetering van de toeleiding naar interventies een grotere deelname aan interventies zou zijn en daarmee voldoende volume voor continue monitoring en evaluatie.

Bij de ontwikkeling van de ketenzorg Gezond Gewicht bleek echter dat monitoring en evaluatie niet alleen op interventieniveau beperkt is maar vooral vanuit de multidisciplinaire ketenaanpak op klantniveau gewenst is. Dit maakt dat er behoefte is aan indicatoren van goede ketenzorg. Ook in andere ketenzorg zoals diabetes en COPD zijn deze beschikbaar. In de Zorgstandaard Obesitas waren deze indicatoren nog niet opgenomen. Vanuit de ATW Overgewicht is daarom onderzoek gestart naar de wenselijke indicatoren en vervolgens naar de haalbaarheid van deze indicatoren. Het PON gaat hier in het kader van de Zorgstandaard Obesitas nu landelijk mee verder.

**Resultaat 1:** Adequate signalering en doorverwijzing.

Dit resultaat is gerealiseerd. Er is in de zorgprogramma's Gezond Gewicht een structuur voor verantwoordelijkheden met bijbehorende protocollen en richtlijnen beschreven die nodig is voor adequate vroegsignalering en doorverwijzing.

De structuur is digitaal beschikbaar ([www.zorgvoorgezondgewicht.nl](http://www.zorgvoorgezondgewicht.nl)). Zwolse professionals die direct bij de ATW Overgewicht betrokkenen zijn, geven aan dat de werkwijze voor hen ook effectief is. Het is nog niet zo dat alle professionals in Zwolle de zorgprogramma's ook al toepassen in hun werk.

**Resultaat 2:** Samenstellen van een evidence-based programma overgewicht

Dit resultaat is gerealiseerd met de ontwikkeling van de samenhangende digitale zorgprogramma's en de sociale kaart en wegwijzer die hiervan onderdeel uitmaken. Zie taakstelling hierboven.

**Resultaat 3:** Realiseren van randvoorwaarden.

De randvoorwaarden zijn in kaart gebracht, er is gewerkt aan deskundigheidsbevordering op maat, er zijn netwerkbijeenkomsten gerealiseerd maar daarmee zijn de randvoorwaarden nog niet volledig ingevuld. De belangrijkste knelpunten treffen wij aan in het realiseren van de centrale zorgverlener en de financiering van de keten.

Gesprekken zijn gaande met Achmea over financiering van ketenzorg voor overgewicht en obesitas en in het bijzonder de rol van centrale zorgverlener.

**Conclusie**

De ATW Overgewicht heeft de taakstelling van het project gerealiseerd. Dit betekent echter niet dat de ontwikkelde ketenzorg ook al volledig in de regio Zwolle geïmplementeerd is. De eerste stappen op weg naar ketenzorg voor kinderen en senioren met overgewicht en obesitas zijn gezet. De implementatie van de ontwikkelde ketenzorg is een langdurig traject. Uit ervaringen van andere ketenzorgtrajecten blijkt dat de eerste resultaten zichtbaar zijn na 7-10 jaar. Het betreft dan vooral uitkomsten op procesniveau. In een later stadium zijn uitkomstmaten op cliëntniveau realistisch.

De ontwikkeling van ketenzorg binnen de ATW Overgewicht is nu 3 jaar bezig. Er is inmiddels draagvlak en toegenomen bewustwording bij professionals en burgers gecreëerd, niet alleen lokaal maar ook landelijk. Er is een model voor ketenzorg beschikbaar in de vorm van de ontwikkelde zorgprogramma's Gezond Gewicht, er is gestart met de implementatie van dit ketenmodel, er is gestart met de borging van de ketenzorg gezond gewicht in de bestaande structuren in Zwolle en ook is duidelijk welke indicatoren relevant en haalbaar worden gevonden.

De Academische Thuiszorgwerkplaats (ATW) Overgewicht heeft ervaring opgedaan met de samenwerking op het gebied van beleid, onderzoek en praktijk. De betrokken partners geven unaniem aan dat zij enthousiast zijn over deze werkwijze en deze wijze van samenwerking voort willen zetten.

We concluderen dat de uitgevoerde projecten op 3 niveau's van meerwaarde zijn:

1. meerwaarde van een Academische Thuiszorgwerkplaats
2. meerwaarde voor professionals
3. meerwaarde voor de burger/ cliënt (de uiteindelijke doelgroep)

### **Ad1 Meerwaarde van een ATW**

De kracht van de ATW Overgewicht is dat dit er daadwerkelijk toe geleid heeft dat:

- de onderzoeksvraag door de praktijk geleverd is
  - de onderzoekers geholpen hebben bij het formuleren van de onderzoeksvraag en deze vertaald hebben naar een onderzoeksaanpak
  - de praktijk heeft toegezien op een onderzoeksaanpak die aansluit bij de praktijk
  - de onderzoekers de resultaten van het onderzoek hebben teruggekoppeld, niet de eventuele oplossingen
  - de oplossingen / verbeterpunten door de praktijk zelf zijn geformuleerd
  - de onderzoekers deze geclusterd hebben tot verbeterpunten voor de praktijk
  - verbeterpunten vertaald zijn naar praktische werkafspraken en beleid.
  - de onderzoekers meedenken op welke wijze de verbeteringen in de praktijk meetbaar gemaakt kunnen worden.
  - onderzoek en praktijk zetten gezamenlijk het vervolgonderzoek weer uit.
- 
- De ATW is voor regionale partners zoals praktijkorganisaties, de gemeente Zwolle en Achmea waardevol vanwege de resultaten van de samenwerking en het inbrengen van de landelijke context.
  - De ATW is voor landelijke partijen zoals PON, CIAO, JOGG en de NDF waardevol door de inbreng van regionale expertise.

De verbinding van beleid, praktijk en onderzoek is de essentie van een Academische Werkplaats en wilden we ook. Dat we erin geslaagd zijn dit tot uitdrukking te brengen in de ATW Overgewicht, is naar ons idee te danken aan:

- veelvuldige afstemming tussen onderzoekers en projectleiders en vooral het elkaar bevragen daarbij
- dat we er op gericht waren om vanuit alle perspectieven (verschillende professionals en doelgroep) naar het thema overgewicht en obesitas te kijken. En deze verschillende perspectieven naast elkaar te plaatsen. We hebben niet het thema obesitas als totaal probleem centraal gesteld maar juist de deelaspecten centraal gesteld.
- Uitgangspunt is een gedeeld praktijkprobleem. Professionals staan open voor onderzoek dat goed aansluit op de praktijk en zijn gemotiveerd om op basis van de onderzoeksresultaten verbeterpunten voor de praktijk te bedenken en in gang te zetten. Het is daarbij erg belangrijk om aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de omgeving van de professionals. Dit heeft consequenties voor het tempo van het project.
- De gekozen methode van onderzoek. De actiegerichte insteek van het onderzoek maakte dat het uitvoeren van onderzoek ook al als een interventie werkte. Daardoor ontstond ook dynamiek in de praktijk en betrokkenheid in de praktijk en was er ook echt bereidheid om hierin samen te werken. Professionals ontmoetten elkaar door het onderzoek en werden geprikkeld systematisch na te denken over een praktijkprobleem.

### **Ad 2 Meerwaarde voor zorgprofessionals:**

- De ATW Overgewicht heeft er in geresulteerd dat bij de betrokken Zwolse professionals het bewustzijn is toegenomen dat het zin heeft om zelf stappen te zetten in de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas en heeft de professionals inzicht gegeven in de te zetten stappen. Daarbij hebben de professionals ervaren dat de stap die zij zetten ook effect heeft op de stappen van een andere professional. Als jij als professional de stap zet maakt dit het voor de ander ook makkelijker om het verschil te maken.
- Betrokken professionals hebben een scherper beeld gekregen hoe de burger/ cliënt naar hen kijkt en hoe andere professionals naar hun kijken. Ze zijn zich bewuster van hun eigen referentiekader en het belang van het verbreden van je eigen referentiekader.
- Betrokken professionals hebben ervaren dat onderzoek in de praktijk echt iets oplevert. Het prikkelt om systematisch te denken en te werken. Het kritisch vragen door onderzoekers levert ook een andere wijze van reflectie op de eigen werkzaamheden op: 'waarom doe ik wat ik doe en wat levert dit op?'
- Professionals hebben elkaar sneller weten te vinden. Tijdens en na de meeste projectgroepoverleggen en focusgroepen zijn onderlinge afspraken gemaakt om elkaar bij te praten of elkaars interventies te gaan bezoeken.

### **Ad 3: Meerwaarde voor de doelgroep (burgers, cliënten, patiënten):**

De bij de ATW Overgewicht betrokken doelgroep voelt zich gehoord en begrepen. De input die de doelgroep geleverd heeft is vertaald naar concrete handvatten voor professionals die in de praktijk toegepast worden. Door de ATW Overgewicht hebben mensen met overgewicht en obesitas in de (nabije) toekomst een betere preventie en zorg. Bij de bij de ATW betrokken professionals ontvangt de doelgroep nu al meer passende preventie en zorg. Zo blijkt bijvoorbeeld dat de huisartsenpraktijk die betrokken is in het project senioren als enige praktijk in de regio bij de diabeteszorg een BMI-verlaging heeft gerealiseerd.

## **5.2 Aanbevelingen ten aanzien van het project**

De Academische Thuiszorgwerkplaats (ATW) Overgewicht heeft ervaring opgedaan met de samenwerking op het gebied van beleid, onderzoek en praktijk.

Er zijn aanbevelingen ten aanzien van de projecten ketenzorg kinderen en ketenzorg senioren. Ook zijn er aanbevelingen ten aanzien van de Academische Thuiszorgwerkplaats.

### **Aanbevelingen ten aanzien van de projecten**

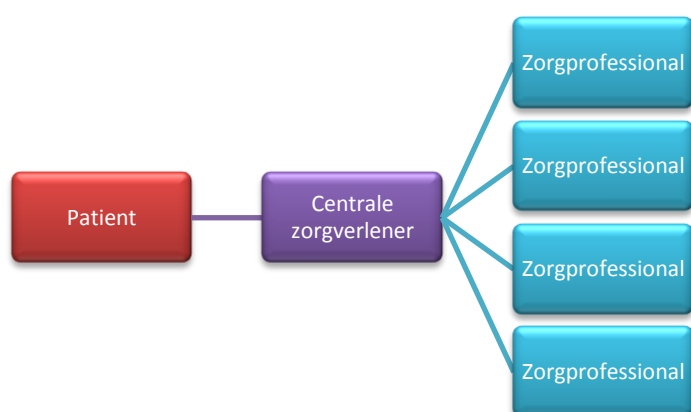
#### *Regie op ketenniveau*

Een Academische Thuiszorgwerkplaats is een blijvende structuur om kennis te genereren maar is geen blijvende structuur voor de borging van de gerealiseerde innovaties. Daardoor is de ATW Overgewicht niet in staat om de regie op ketenniveau blijvend op zich te nemen. De regie op ketenniveau dient bij bestaande structuren in Zwolle geborgd te worden.

Gesprekken hierover zijn gedurende de looptijd van de projecten al gestart met gemeente Zwolle, CJG, MCC Klik, Kenniscentrum Ketenzorg, Zorggroep Zwolle en Progez.

### Regie op klant niveau

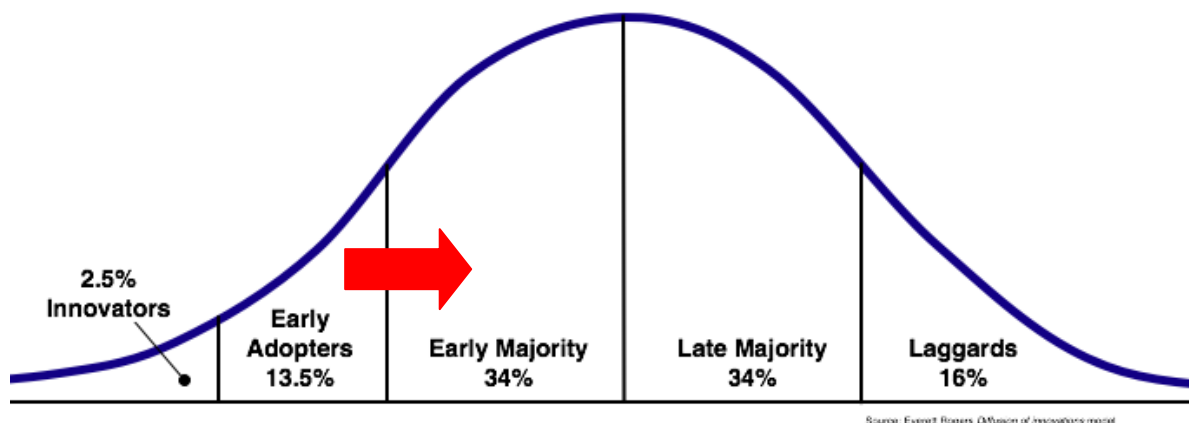
Ook op klant niveau is regie van belang. In de focusgroepen hebben de professionals en burgers aangegeven dat deze regie wenselijk is. In de zorgprogramma's Gezond Gewicht staan de taken ten aanzien van regie beschreven. Ook is conform de Zorgstandaard Obesitas de rol van centrale zorgverlener in de zorgprogramma's genoemd. Betrokken professionals uit Zwolle hebben aangegeven dat iedere professional de rol van centrale zorgverlener kan nemen. Tijdens de implementatiefase is echter gebleken dat niemand deze rol echt oppakt. Het is aan te raden om in ieder geval gedurende de implementatie van de keten centrale zorgverleners aan te stellen. Om daarmee een impuls te geven zodat professionals ook de rol van centrale zorgverlener gaan nemen. Hiermee wordt het voor zowel professionals als klanten transparant hoe de regie geregeld is. Zelfmanagement dient hierbij centraal te staan. Het model van Donkers (zie figuur 6) kan hierbij als onderlegger dienen.



Figuur 6: Dienstenmodel (Donkers, 2008)

### Betrekken achterban

De ATW Overgewicht heeft innovators en early adopters betrokken bij het project. Om de keten volledig te kunnen inbedden is het van belang in de volgende fasen ook de achterban van deze innovatieve, veranderingsbereide professionals mee te nemen in de implementatie. Een goede mogelijkheid om dit te doen is om de innovators en early adopters hier zelf bij in te zetten (zie figuur 7). Zij kunnen bij uitstek de meerwaarde van de keten en haar werkwijze “verkopen” aan hun achterban. De projectleiders en onderzoekers binnen de ATW Overgewicht dienen deze professionals daarbij te faciliteren. Voor het project kinderen heeft dit een vervolg in het project ‘Multidisciplinaire implementatie gezond gewicht kinderen en hun ouders in Zwolle’ binnen het ZonMw programma ‘Op één lijn’.



Figuur 7: Groepen mensen in adaptatie van nieuwe werkwijzen

## **Aanbevelingen ten aanzien van de ATW**

### *Continueren van de ATW werkwijze*

De betrokken partners van de ATW Overgewicht willen de ATW werkwijze continueren. Namelijk de wijze van inventariseren van praktijkvragen, het praktijkgericht opzetten en uitvoeren van onderzoek, het met de praktijk formuleren van verbeterpunten en het in de praktijk brengen van verbeterpunten volgen met onderzoek en het verankeren in beleid. Bij de start van een project is afbakening van een thema noodzakelijk. Het in gang zetten van de verbeterpunten kan weer vanuit een bredere scope in gang gezet worden.

Om deze werkwijze te continueren is een vervolgaanvraag Academische Werkplaats Thuiszorg Gezondheid Dichtbij ingediend.

### *Verbreding van het thema*

De ervaringen die de ATW Overgewicht heeft opgedaan, komen specifiek voort uit het thema overgewicht. De toepassingsmogelijkheden blijken echter breder. Dat wordt ervaren als meerwaarde. De stuurgroep heeft meerdere malen gewezen op de raakvlakken van de verbeterpunten met andere trajecten zoals bijvoorbeeld ketenzorg diabetes en Zwolle Gezonde stad. Ook de professionals uit de praktijk geven aan dat de verbeterpunten waarmee zij in de praktijk aan de slag kunnen gaan niet uniek zijn voor overgewicht. Ze zien ook toepassingsmogelijkheden op andere leefstijlthema's. Om deze reden willen de partners deze samenwerking dan ook gaan verbreden naar andere leefstijlthema's.

### *Uitbreiden betrokken partners bij formele samenwerking.*

De Academische Thuiszorgwerkplaats Overgewicht is in 2008 gestart met een formele samenwerking tussen Icare en OPOZ (Hogeschool Windesheim, VU en VUmc) en een reeds bestaande gemeentelijke samenwerking in Zwolle namelijk Zwolle Gezonde Stad (voorheen Samen Gezond). Deze samenwerking is ook formeel vastgelegd in de programmatekst Zwolle Gezonde Stad. De betrokken partners gaan verder in de ATW Gezondheid Dichtbij. Icare, OPOZ (Windesheim, VU en VUmc), GGD IJsselland, MCC Klik gemeente Zwolle en Achmea gaan in september 2011 voor de ATW Gezondheid Dichtbij een formele samenwerking aan.

### *Genereren en verspreiden van expertise*

De ATW heeft veel ervaring opgedaan met de ketenzorg overgewicht en het samen opgaan van beleid, onderzoek en praktijk.

Voortzetting van de infrastructuur van de ATW biedt de mogelijkheid om partners in de regio uit te nodigen om praktijkvragen op het gebied van leefstijl en verbinden van preventie en zorg in te brengen bij de ATW Gezondheid Dichtbij. Samen met de partners kan vanuit de ATW de praktijkvraag vertaald worden naar onderzoeksvragen, kunnen projectplannen opgesteld worden en kan financiering gezocht worden. De ATW Gezondheid Dichtbij kan daarmee bijdragen aan het genereren van kennis in de regio Zwolle.

Tegelijkertijd ziet de ATW Gezondheid Dichtbij ook een rol in het delen van de opgedane expertise en actief uitdragen van opgedane kennis over leefstijl en de verbinding van preventie en zorg.

## Woord van dank

Onze dank aan mevrouw Hanneke Bastiaan van Stichting Icare is zeer groot. Van onschatbare waarde was haar rol bij het beleggen van de vele multidisciplinaire overleggen, het zorgvuldig notuleren van die bijeenkomsten en het zelfs woordelijke uittypen van focusgroepen en interviews.

## Bronnenlijst

Bulk-Bunschoten, A.M.W., Renders, C.M., Leerdam, F.J.M. van & HiraSing, R. A. (2005). Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: VUmc.

Derksen E.D., Brink-Melis W.J., Westerman M.J., Dam ten J.J.M., Seidell J.C, Visscher T.L.S.. A local consensus process making use of focus groups to enhance the implementation of a national integrated health care standard on obesity care. *Fam Prac*, in press.

Dietz, W. Health Consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101:518-525.

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.

Durlinger, B. (2000). Zorgketens in internationaal perspectief. *Vraagsturing & zorgketens*. Amstelveen: St. Sympoz.

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.

Quinn, R.E. & Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29, 363-377.

Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., Raad, C. (2009). Ketenzorg. *Praktijk in perspectief*. Amsterdam: Reed business.

Seidell, J.C., Nooyens, A.C.J., Visscher, T.L.S.. Cost-effective measures to prevent obesity: epidemiological basis and appropriate target groups. *Proc Nutr Soc* 2005; 64: 1-5.

Stevelling, S. (2009). Eindrapportage onderzoek ClubHeroes. School of Human Movement and Sports, Windesheim, Sport & Bewegen, Zwolle

Welling, B.J.M. & Smit, R.L.C. (1999). *Zorgketens in Nederland*. Brancherapport curatieve, somatische zorg. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel/NZi

Websites:

NIGZ (Preffi 2.0): [www.nigz.nl](http://www.nigz.nl)

Digitale zorgprogramma's kinderen en senioren: [www.zorgvoorovergewicht.nl](http://www.zorgvoorovergewicht.nl)