



---

**OVERGEWICHT EN OBESITAS:  
EEN ZORG VOOR  
ONS ALLEMAAL**

---

*De stand van zaken na een jaar  
Partnerschap Overgewicht Nederland*

**Obesitas kan niet genezen worden.**

*Diabetes mellitus ook niet, en dat behandelen we wel serieus.*

**Bij behandeling is grote kans op recidief.**

*Bij schizofrenie is dat ook zo, en dat behandelen we wel serieus.*

**De patiënt is grotendeels zelf verantwoordelijk.**

*Dat is bij aids meestal ook het geval, en dat behandelen we wel serieus.*

**Patiënten moeten gewoon minder eten.**

*Bij alcoholisme geldt iets vergelijkbaars, en dat behandelen we wel serieus.*

**Dus:**

**Patiënten met obesitas dienen niet te worden gediscrimineerd en gestigmatiseerd.**

**Patiënten met obesitas hebben recht op gepaste en toegankelijke ketenzorg.**

**Patiënten, zorgverleners en verzekeraars hebben daarbij ieder hun verantwoordelijkheid.**

*Unaniem onderschreven door de deelnemers aan de werkconferentie  
van het PON op 27 november 2008*

## Inhoud

Voorwoord	4
Het belang van ketenzorg: de visie van het ministerie van VWS	6
Verslag van de deelsessies	9
<i>Sessie 1</i>	9
<i>Sessie 2 en 3</i>	11
<i>Sessie 4</i>	13
De agenda van het PON voor 2009 en 2010	16
Competenties, capaciteit en financiering	18
Tot slot	20
Deelnemers	21

## Voorwoord

We weten het inmiddels allemaal. De helft van de volwassen Nederlanders is te zwaar, net als een op de zeven kinderen. Wij kennen ook het verhoogde risico dat zij lopen op gezondheidsproblemen als diabetes type 2, cardiovasculaire aandoeningen en psychosociale problemen. Hiermee dragen overgewicht en obesitas bij aan de kosten van de gezondheidszorg en het verlies van arbeidsproductiviteit.

Om overgewicht en obesitas te reduceren en te voorkomen, moet de zorg voor mensen die hiermee kampen beter. Dat is het doel van het Partnerschap Overgewicht Nederland, een samenwerkingsverband van zorgverleners, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties dat op 15 april 2008 werd opgericht op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Met een werkconferentie in De Rode Hoed in Amsterdam op 27 november 2008 sloot het PON het eerste jaar af. Doel van deze conferentie was met alle partijen te komen tot concrete afspraken in de richting van de ontwikkeling van een zorgstandaard overgewicht en obesitas. Zorgverleners en patiënten gaan hierin gezamenlijk beschrijven wat goede zorg voor obesitas en overgewicht is. Beoogd resultaat hiervan is de verbetering van de gezondheidstoestand en kwaliteit van leven van de betrokken personen. De resultaten van de PON-werkgroepen, maar ook van partner- en andere relevante bijeenkomsten in 2008 vormden de basis van de inhoud van de werkconferentie. 85 mensen gaven gehoor aan de uitnodiging van het PON om tijdens deze dag deel te nemen aan de discussies over deelonderwerpen rond overgewicht en obesitas. In deze brochure staan de gedeelde uitgangspunten en afspraken zoals die tijdens de werkconferentie zijn geformuleerd. Ook worden de gesignaleerde knelpunten en dilemma's rond het organiseren van optimale zorg voor mensen met overgewicht en obesitas beschreven.

Deze brochure is niet alleen bedoeld voor degenen die bij de werkconferentie aanwezig waren, maar voor alle betrokken organisaties en individuele patiënten, zorgverleners, beleidsmakers en verzekeraars voor wie de zorgstandaard overgewicht en obesitas

relevant is. U mag het PON houden aan de ambities die tijdens de conferentie werden uitgesproken. Wij rekenen omgekeerd ook op uw bijdrage aan het verbeteren van de zorg voor mensen met overgewicht en obesitas. In 2009 maken we opnieuw de balans op tijdens een werkconferentie. Wij kijken er naar uit om dan samen met u weer een stap verder te zetten.

januari 2009

Partnerschap Overgewicht Nederland

Partnerschap Overgewicht Nederland  
VU medisch centrum, afdeling Sociale Geneeskunde  
Postbus 7057  
1007 MB Amsterdam  
020-44 44 882  
[www.partnerschapovergewicht.nl](http://www.partnerschapovergewicht.nl)

## Het belang van ketenzorg: de visie van het ministerie van VWS

**Hoe gaan we de enorme groei van chronische ziekten het hoofd bieden? Eric Koster, clustercoördinator chronische ziekten en screenings van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), liet zien hoe radicaal anders we hiervoor naar de zorg moeten gaan kijken.**

Het aantal chronisch zieken neemt de komende decennia met vele tientallen procenten toe. Overgewicht en obesitas staan in het lijstje snelst groeiende aandoeningen op de derde plaats. Om die toename het hoofd te bieden, is volgens het ministerie van VWS een radicaal nieuw chronisch-ziekenbeleid noodzakelijk. Met hoge ambities: de groei van het aantal chronisch zieken afremmen, de leeftijd waarop een ziekte zich manifesteert uitstellen, complicaties voorkomen dan wel uitstellen, en mensen in staat stellen zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt.

Daarvoor is niet minder dan een revolutie in de zorg nodig. Chronische ziekten vragen om een nieuw soort zorgverlening. Obesitas moet, net als de meeste andere chronische ziekten, beschouwd worden als een blijvende aandoening die langdurige zorg en begeleiding behoeft.

Mede omdat er bij obesitas dikwijls sprake is van co- of multimorbiditeit zijn vaak meerdere disciplines betrokken bij de behandeling. In plaats van een patiënt die een groot aantal behandelaars afloopt, is er behoefte aan een centraal aanspreekpunt waarmee de patiënt een persoonlijk behandelplan opstelt. De afgesproken zorg wordt verleend door een zorggroep, waarin alle voor de behandeling noodzakelijke expertise aanwezig is. Daarin is een grote rol weggelegd voor de patiënt en is nadrukkelijk aandacht nodig voor zijn of haar leefstijl. Bovendien is er meer nodig dan zorg: er moet een sluitende keten komen die begint bij preventieve interventies bij overgewicht en die doorloopt tot langdurige begeleiding bij extreme vormen van

obesitas na bijvoorbeeld een maagverkleinende operatie. De inzet daarbij is om de zorginterventies steeds vroeger in de keten te starten, zodat complicaties worden voorkómen dan wel uitgesteld. In de visie van het ministerie van VWS brengt het denken in zorggroepen met zich mee dat we niet langer redeneren vanuit beroepsbeoefenaren in de eerste en tweede lijn, maar uitgaan van activiteiten of competenties die worden ingezet volgens de norm gesteld in de zorgstandaard.

Zorgstandaarden voor elke chronische ziekte zijn de belangrijkste pijler in de programmatische aanpak die VWS voorstaat. De bouwstenen daarvan moeten worden benoemd en ingevuld, maar ook vertaald naar een patiëntenversie. Om elke zorgstandaard vervolgens goed te implementeren, dienen obstakels, bijvoorbeeld op het gebied van bekostiging en educatie, te worden overwonnen. Daarnaast staan het versterken van de samenhang tussen preventie en curatie, zelfmanagement en beter afgestemde multidisciplinaire zorg (ketenzorg) hoog op de agenda.

Een zorgstandaard moet aan een aantal voorwaarden voldoen. Elke zorgstandaard wordt opgebouwd uit modules. De zorg daarin moet functioneel omschreven worden, contracteerbaar zijn, en niet vrijblijvend. Naast de modules bevat een zorgstandaard ook een omschrijving van het zorgproces en van de vereisten voor implementatie. De zorgstandaarden voor alle grote chronische ziekten vormen samen een raamwerk waarin overlappende modules als vanzelf samenvallen. Dat betekent bijvoorbeeld dat een patiënt met zowel obesitas als diabetes type 2 en slaapapneu niet te maken krijgt met drie zorgstandaarden met elk een apart leefstijladvies, maar met één leefstijlinterventie die de prognose van alle drie de aandoeningen verbetert. Zo kan de comorbiditeit zo effectief en efficiënt mogelijk worden behandeld.

Hoe gaat de zorg er straks globaal uitzien? Elke patiënt krijgt een persoonlijk, op de zorgstandaard gebaseerd behandelplan, dat hij of zij opstelt in overleg met zijn of haar centrale aanspreekpunt in de zorg. Het plan wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team bestaand uit de patiënt en bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, de arts, de diëtist, de psycholoog en/of de maatschappelijk werker. De patiënt maakt deel uit van het team en is dan ook mede verantwoordelijk voor het welslagen van

de behandeling. Het behandelplan is in zijn geheel (dus niet door middel van een verrichtingensysteem) gecontracteerd met de zorgverzekeraar.

Met deze chronische-ziektenbenadering is de zorg in Nederland een nieuwe weg in geslagen. Dat is absolute noodzaak, en minister Ab Klink van VWS zet er daarom flink vaart achter. We moeten de nieuwe aanpak dan ook nu en met elkaar van de grond gaan tillen. Daarvoor is de betrokkenheid van alle partijen nodig. En een 'ontkokerde' blik, waarin het systeem een hulpmiddel is en geen oplossing.

## Verslag van de deelsessies

**In vier parallelle deelsessies spraken deelnemers aan de werkconferentie over centrale vraagstukken in het kader van de te realiseren zorgstandaard overgewicht en obesitas. Duidelijk werd in ieder geval dat er veel werk aan de winkel is.**

Elke sessie werd ingeleid met een presentatie, met daarin geformuleerd de stand van zaken en uitgangspunten rond een van de vier vraagstukken zoals die uit de PON-werkgroepen van 2008 naar voren waren gekomen. De samenstelling van de discussiegroepen was van tevoren bepaald, zodat elke vraagstelling werd besproken door een daarbij passende vertegenwoordiging van patiënten, behandelaars, verzekeraars en beleids- en beslissingsmakers. De meest relevante uitkomsten van de deelsessies zijn hier samengevat.

### *Sessie 1*

*Hoe bekostigen we de gecombineerde leefstijlinterventies die voortvloeien uit de zorgstandaard voor overgewicht en obesitas?*

Bij het ontwikkelen van een zorgstandaard gaat het niet alleen over de inhoud van de zorg, maar ook over de organisatie, de kwaliteit en de bekostiging ervan, liet inleider en gespreksleider Reinout van Schilfgaarde (voorzitter van de Nederlandse Diabetes Federatie en het Coördinatieplatform Zorgstandaarden van ZonMw) zien.

De zorgstandaard vormt de basis voor het contract dat de zorgverzekeraar sluit met de zorgverlener en beschrijft de prestaties die worden verwacht van het team dat de ketenzorg biedt in een exacte beschrijving van het door het team te leveren product. Daarmee komen er voor het eerst keten-DBC's in de eerste lijn. Alleen die prestaties worden betaald. Zo is de zorgstandaard dus meteen een waarborg voor de kwaliteit - met minder mag de verzekeraar immers geen genoegen nemen. De zorgverzekeraar zal in de nieuwe situatie niet meer met verschillende zorgverleners een contract sluiten, maar met een hoofdaannemer die de diensten van anderen in de

keten inkoop. De beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit van januari 2007 geven expliciet een richting aan: naar samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten en innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten. Deze beleidsregels zijn echter tijdelijk. Een structurele beleidsregel wordt met ingang van 2010 verwacht.

Van Schilfgaarde beschreef dat aan de inhoud van de ketenzorg gewerkt wordt vanuit de diverse organisaties die zich bezighouden met de zorgstandaarden voor specifieke chronische ziekten. De Nederlandse Diabetes Federatie beschikt sinds 2003 over een zorgstandaard en actualiseerde die in 2007. De Long Alliantie Nederland, het Platform Vitale Vaten en het Partnerschap Overgewicht Nederland werken ieder aan een zorgstandaard en zijn daarmee al zeer ver gevorderd. Het is niet verbazingwekkend dat deze zorgstandaarden een grote overlap vertonen wat betreft patiënten en wat betreft de inhoud van interventies en competenties in de zorg. Daarbij gebruiken de organisaties verschillende uitgangspunten en terminologie. Om te voorkomen dat hierdoor de aansluiting van de verschillende zorgstandaarden niet optimaal zal zijn en om hun brede toepassing in de praktijk te bevorderen, is onlangs, op verzoek van het ministerie van VWS, door ZonMw het Coördinatieplatform Zorgstandaarden geïnstalleerd. Dat heeft de opdracht een generiek model te ontwikkelen voor een zorgstandaard voor chronische ziekten waarin ook ziektespecifieke aspecten tot uitdrukking kunnen komen. Vermoedelijk zal dit model modulair van opbouw zijn.

De deelnemers aan de sessie oordeelden in reactie op de inleiding dat de doelmatigheid (kosteneffectiviteit) van interventies voorop moet staan wanneer er over bekostiging gesproken wordt. Dit is wel een lastig te hanteren begrip, want er is gebrek aan bewijs van de effectiviteit van veel interventies op de lange termijn. Daar vloeit uit voort dat in de bekostiging ruimte moet zijn voor individueel maatwerk. Hoe intensief een behandelplan is, hangt af van de behoefte van de patiënt, en daar moet de hoogte van de bekostiging mee samenhangen. Zelfmanagement is een mooi streven, maar er moet rekening gehouden worden met een levenslange behoefte aan educatie en coaching - die anderzijds nieuwe hoge behandelkosten kan voorkomen. Tot slot valt te denken aan positieve prikkels voor de patiënt, bijvoorbeeld restitutie van een eigen bijdrage bij het behalen van doelen.

### *Sessie 2 en 3*

*Wat zijn de benodigde competenties voor de zorgverlener die de regierol vervult bij diagnostiek en verwijzing voor overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn?*

*Wat zijn de noodzakelijke competenties van de zorgverleners bij interventies voor overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn?*

De discussies in sessies 2 en 3 bleken zo dicht bij elkaar te liggen, dat de resultaten veel raakvlakken vertoonden. Veel zorgverleners en patiënten ervaren een groot gebrek aan regie en aan communicatie tussen de zorgverleners, over wie de zorg versnipperd is, vertelden inleiders Jaap van Binsbergen (bijzonder hoogleraar voedingsleer en huisartsgeneeskunde en medeauteur van de CBO-richtlijn obesitas) en Ton Dapper (huisarts en medeauteur van de CBO-richtlijn obesitas). Daar heeft de kwaliteit van de zorg flink onder te lijden. Duidelijkheid over wie de regie heeft en welke competenties voor het plegen van interventies nodig zijn, zal in belangrijke mate bijdragen aan verbetering van de zorg.

Onder leiding van Cor Spreeuwenberg (voorzitter Platform Vitale Vaten), respectievelijk Rob Oudkerk (huisarts en lector leefstijlverandering bij jongeren), onderzochten de deelnemers aan de sessies hoe het beter kan. Zij zagen de patiënt niet direct als de regiehouder, maar hij of zij wordt in de nieuwe optiek wel gestimuleerd om een actieve rol te vervullen. De mate van zelfmanagement kan variëren met het gezondheidsrisico en de mate waarin de patiënt daartoe in staat is. De patiënt heeft daarnaast behoefte aan één aanspreekpunt, liefst in de huisartsenpraktijk. In beide sessies was er consensus over dat de regie ligt bij het multidisciplinaire team in de eerste lijn. Elk van de leden kan het eerste aanspreekpunt zijn voor de patiënt - of dat ook het hele team kan zijn, bleef punt van discussie. De regiehouder bepaalt op basis van de problematiek van de patiënt welke collega uit het team op dat moment de juiste competenties heeft om de patiënt te behandelen en verwijst naar diegene door. Daarmee geeft hij of zij de regie echter niet uit handen.

Om de regierol goed te kunnen vervullen, heeft de regiehouder bepaalde competenties nodig, die afhankelijk zijn van het gezondheidsrisico dat de patiënt loopt en de setting waarin de regiehouder werkt. In het geval van een licht verhoogd gezondheidsrisico heeft de regiehouder de volgende 'basiscompetenties' nodig:

- bewustzijn kunnen creëren van leefstijl en risico's bij overgewicht
- kennis en vaardigheden hebben op het gebied van leefstijl en gezonde voeding, beweging en gedragsverandering
- een goede risicoscreening kunnen uitvoeren
- kunnen bepalen welk lid van het multidisciplinaire team de aangewezen persoon is om de patiënt te helpen
- de eigen capaciteiten en grenzen kennen en zonodig kunnen doorverwijzen

De regiehouder moet in nauw contact staan met de huisarts, die verantwoordelijk is voor het medische deel van de behandeling. De meningen liepen uiteen over de vraag of er een nieuwe functie en bijbehorende opleiding gecreëerd moet worden voor deze regiehouder. Het merendeel van de aanwezigen was echter van mening dat de competenties voor het regisseurschap in de eerste lijn ruimschoots aanwezig zijn bij de bestaande functionarissen, maar dat betere onderlinge afspraken over de samenwerking zeker nodig zijn. De regiefunctie kan liggen bij een van de vier kerndisciplines in de eerste lijn, namelijk de diëtist, de fysiotherapeut, de psycholoog dan wel de huisartsenpraktijk (praktijkondersteuner en huisarts).

Hoe hoger het gezondheidsrisico, hoe hoger de eisen aan de competenties van de regiehouder. Bij patiënten met een hoog, zeer hoog of extreem hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico moet de regiehouder aanvullende competenties hebben:

- medisch deskundig zijn
- zelfstandig medisch kunnen handelen en recepten uitschrijven
- BIG-geregistreerd zijn
- op de hoogte zijn van het brede scala van problematiek die kan samenhangen met obesitas (zoals depressie, angst, roken et cetera)

De huisarts bezit deze competenties, maar zijn taken zijn reeds omvangrijk en zouden deels overgenomen kunnen worden door een gespecialiseerde verpleegkundige, werkzaam in de huisartsenpraktijk, die zelfstandig handelt en als eerste aanspreekpunt fungeert. Het idee werd geopperd om, naar analogie van de diabetes-

verpleegkundige, een specialistische opleiding gericht op de behandeling van de hoog-risicogroepen met obesitas te organiseren.

Naast de benodigde competenties voor het optimaal uitvoeren van de regierol in de eerste lijn, werd er gesproken over noodzakelijke competenties bij het uitvoeren van interventies. De functionaris die de interventie uitvoert bij mensen met een licht verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico dient over de volgende competenties te beschikken:

- kennis en vaardigheden op het gebied van leefstijl en gezonde voeding, beweging en gedragsverandering
- kennis van bestaande leefstijlinterventies en waar deze lokaal te vinden zijn
- bewustzijn kunnen creëren van leefstijl en risico's bij overgewicht
- motiverende gesprekstechnieken beheersen

De leden van de zorggroep die de interventie uitvoeren bij mensen met een hoog, zeer hoog of extreem hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico dienen gezamenlijk over de volgende extra competentie te beschikken:

- de probleemanalyse van een patiënt kunnen vertalen naar zijn zorgbehoefte en concreet kunnen uitvoeren op het niveau zoals afgesproken in de toekomstige zorgstandaard overgewicht en obesitas.

#### *Sessie 4*

*Wat zijn de criteria waaraan morbide obese adolescenten moeten voldoen om voor medicatie of chirurgie in aanmerking te komen?*

Uit de inleiding van Jaap Seidell (hoogleraar voeding en gezondheid en voorzitter van het PON) bleek duidelijk de ernst van de problematiek van morbide obese adolescenten. Het is een snel groeiende groep die grote gezondheidsproblemen heeft, al zijn de specifieke oorzaken van hun ziekte nog niet helemaal opgehelderd. Behandelopties zijn: gecombineerde leefstijlinterventies, intensieve leefstijltherapie in gespecialiseerde centra, leefstijltherapie met medicatie en leefstijltherapie met bariatrische chirurgie. Hoewel de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van

obesitas bij volwassenen en kinderen' aangeeft dat gecombineerde leefstijlinterventies de basis zijn voor alle behandelingen bij obesitas, was voor de deelnemers aan deze sessie duidelijk dat deze standaardbehandeling voor de groep morbide obese adolescenten onvoldoende is. Deze kampt met ernstige fysieke, sociale en psychologische beperkingen, die intensieve leefstijltherapie in gespecialiseerde centra wenselijk maakt.

De sessie, onder leiding van Paul Rosenmöller (voorzitter van het Convenant Overgewicht), begon met de constatering dat er momenteel een ernstig gebrek is aan capaciteit en deskundigheid om intensieve leefstijltherapie in gespecialiseerde centra aan te bieden. Medicatie of chirurgie zouden pas in overweging genomen mogen worden wanneer intensieve leefstijltherapie na minimaal een jaar onvoldoende gewichtsverlies en gezondheidswinst heeft opgeleverd. Knelpunten voor implementatie zijn echter dat deze vorm van therapie vaak niet beschikbaar is en dat er nog geen criteria zijn aan de hand waarvan vastgesteld kan worden wanneer intensieve leefstijltherapie onvoldoende effectief is. Het heeft dan ook de hoogste prioriteit om de effectiviteit en doelmatigheid te onderzoeken van intensieve leefstijltherapie en van langdurige begeleiding in de zorg in de eigen omgeving.

Wat betreft de mogelijke rol van medicatie bij de behandeling waren de meeste aanwezigen zeer gereserveerd. Over de effectiviteit en veiligheid op lange termijn is onvoldoende bekend. In vergelijking met chirurgie zijn het gewichtsverlies en de gezondheidswinst bij medicatie zeer beperkt. Operatieve ingrepen zijn altijd het laatste redmiddel. Ook daarvan zijn de veiligheid en effectiviteit op lange termijn bij adolescenten niet of onvoldoende onderzocht; wel laten voorlopige resultaten gunstige effecten zien op het gewicht en het welbevinden van de patiënt op de korte termijn. Voordat chirurgie kan worden overwogen, is er volgens de aanwezigen een groot aantal criteria waaraan het kind, maar ook diens omgeving en de hulpverlener moeten voldoen. Deze criteria beperken de groep die in aanmerking komt sterk. De adolescent moet fysiek uitgegroeid zijn, een BMI hebben equivalent aan  $>40 \text{ kg/m}^2$ , er moet sprake zijn van comorbiditeit en de adolescent moet gemotiveerd zijn om langdurige therapie te volgen. Gezinsparticipatie is essentieel. Aan de kant van de zorgverleners zijn competenties nodig om multidisciplinair te werken, vooraf psycho-

logische evaluaties te doen en nazorg te verlenen. Bovendien moeten er klinieken zijn met voldoende ervaring en expertise.

Aan bovengenoemde voorwaarden voor het toepassen van medicatie en chirurgie voldoet de zorg dus nog niet. Evenmin zijn zorgverleners nu in staat adequate gecombineerde leefstijlinterventies en intensieve leefstijltherapie te leveren. Wat adequate ketenzorg tot slot zou moeten omvatten voor deze doelgroep is op hoofdlijnen wel bekend, maar de vertaling daarvan naar de praktijk moet nog gebeuren. Veel van de benodigde competenties en zorgvoorzieningen zijn waarschijnlijk wel aanwezig in de huidige zorg maar moeten beter georganiseerd en gefinancierd worden. Ook is er behoefte aan meer kennis over effectiviteit op de lange termijn.



## De agenda van het PON voor 2009 en 2010

**Nu komt het erop aan: wat gaan we concreet doen om de zorg voor mensen met overgewicht en obesitas te verbeteren? PON-voorzitter Jaap Seidell zette uiteen wat het PON in 2009 en 2010 van plan is.**

Tijdens de werkconferentie werd de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' ten doop gehouden. Om die goed te implementeren, is de volgende stap het ontwikkelen van de zorgstandaard overgewicht en obesitas. Dat is de belangrijkste taak die het PON in 2009 en 2010 op zich neemt. PON-werkgroepen zullen elk een zorgketen beschrijven voor een specifieke doelgroep: aparte ketens voor jeugd en volwassenen en voor elke risicogroep daarbinnen, van licht verhoogd tot extreem hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. Elke keten bevat sluitende antwoorden op de vragen: wat moet er precies gebeuren, hoe organiseren we dat, welke competenties hebben de zorgverleners en wie betaalt? Samen vormen deze zorgketens straks een allesomvattende zorgstandaard.

Dat is nog niet alles. De comorbiditeit vereist dat de zorgstandaarden overgewicht en obesitas, diabetes en cardiovasculair risicomanagement op elkaar worden afgestemd. Er is bovendien meer onderzoek nodig naar bewezen effectieve methoden van zorg. Leefstijlinterventies die nu nog apart worden beschreven voor de verschillende chronische ziekten, maar die in essentie op hetzelfde neerkomen, moeten worden geïntegreerd. En er is aandacht nodig voor ontwikkelingen rond de verzekerde zorg en het verbinden van zorg en preventie. Ook daar werkt het PON in 2009 en 2010 aan.

Maar het PON kijkt ook verder. Om de zorgstandaard straks volledig te implementeren, is er werk aan de winkel op velerlei terreinen: de organisatie en capaciteit van de zorg, opleidingen, bij- en nascholing, kwaliteitsborging en bovenal de vertaling van de zorgstandaard naar een patiëntenversie. Kan dat allemaal in de twee jaar die het PON nog gegeven is? Nee. Ook na 2010 zal het werk dus doorgaan. Maar de

vooruitzichten zijn goed. In 2008, het eerste jaar van zijn bestaan, heeft het PON zichzelf bewezen als een krachtige en goed samenwerkende organisatie die voorziet in een behoefte van zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties en overheid. Het ontwikkelen van een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas is bij het PON in goede handen.

## Competenties, capaciteit en financiering

Ja, we willen een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas. Maar dat heeft nogal wat implicaties. Dagvoorzitter Ben Crul besprak met de deelnemers aan de werkconferentie wat de ambities met zich meebrengen.

De agenda van het PON kreeg de instemming van de deelnemers aan de werkconferentie. Dat er een zorgstandaard komt, dat die wordt afgestemd met andere zorgstandaarden, dat leefstijlinterventies erin worden geïntegreerd en dat zorg en preventie erin worden verbonden: het is een grote omwenteling, maar wel een waar iedereen het nut en de noodzaak van inziet. Het was een feestelijk moment voor patiënten, die obesitas nu erkend zien als ziekte en daarmee uitzicht krijgen op goede zorg. Ook zorgverleners en zorgverzekeraars reageerden – voorzichtig en onder voorwaarden – positief. Er rezen echter ook meteen vragen over de praktische implicaties van de zorgstandaard op het gebied van competenties, capaciteit en niet in de laatste plaats financiering.

### Competenties

Zijn er in de zorg voldoende competenties aanwezig om mensen met overgewicht of obesitas goed te helpen? Niemand van de deelnemers leek daarvan helemaal overtuigd. Er zijn zeker competenties op deelterreinen, maar meestal zijn ze versnipperd over verschillende zorgverleners die elkaar moeilijk weten te vinden. Een zorgketen zou de samenhang aanmerkelijk kunnen verbeteren. Voor specifieke groepen is bovendien ook specifieke kennis en ervaring nodig, maar die ontbreekt vaak nog. Aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld naar goed werkende voorbeelden van ketenzorg, of de effectiviteit en kosteneffectiviteit van verschillende vormen van interventies) is dan ook broodnodig. Daarnaast willen hulpverleners ook van elkaar leren: zo was een huisarts geïnteresseerd in de gesprekstechnieken van de psycholoog en stelden de bedrijfsartsen graag hun ervaring in het doen van groeps-onderzoeken ter beschikking.

### Capaciteit

Is de capaciteit van de zorg groot genoeg om de gewenste zorg te kunnen leveren? Zijn er bijvoorbeeld voldoende klinieken voor intensieve leefstijltherapie en bariatrische chirurgie voor morbide obese adolescenten, of voldoende professionals die volwassenen met overgewicht kunnen helpen met een leefstijlverandering? Maar weinig aanwezigen voelden zich in staat zulke vragen te beantwoorden. Bij de huidige aantallen morbide obese adolescenten die worden doorverwezen voldoet de capaciteit van klinieken waarschijnlijk wel, maar als alle adolescenten die voldoen aan dezelfde kenmerken maar nu nog geen optimale behandeling krijgen daaraan worden toegevoegd, is er een groot tekort aan plaatsen. Datzelfde geldt voor de volwassenen met overgewicht - dertig tot veertig procent van de volwassen bevolking! De versnippering speelt de zorg ook hier parten. De komst van een obesitasverpleegkundige in de huisartsenpraktijk (vergelijkbaar met de diabetesverpleegkundige) zou hiervoor bijvoorbeeld een oplossing kunnen zijn.

### Financiering

En hoe gaan we dat allemaal bekostigen? Wanneer er een goede brug wordt geslagen tussen zorg en preventie kunnen mensen langer in goede gezondheid leven en verdienen de uitgaven zich op de lange termijn vanzelf terug. De verzekeraars toonden zich zoals te verwachten was kritisch en voorzichtig: zij wilden bijvoorbeeld eerst bewezen zien dat behandelingen effectief en kosteneffectief zijn. Hulpverleners op hun beurt benadrukten dat, hoewel obesitas een chronische ziekte is, een patiënt niet in alle fasen even intensieve zorg nodig heeft en dat de kosten in dat opzicht wellicht weer zullen meevallen.

Dat ons op al deze terreinen een heleboel werk te doen staat, is evident. Maar met de constatering tijdens deze conferentie dat de deelnemers zich scharen achter de erkenning van obesitas als een chronische ziekte, werd een grote sprong voorwaarts gemaakt. Belangrijk in het vervolg is trouw te blijven aan het uitgangspunt dat de patiënt voortaan centraal staat. Ook bij de uitwerking en implementatie van de zorgstandaard is de betrokkenheid van patiënten en hun organisaties dus onontbeerlijk.

## Tot slot

De werkconferentie 2008 van het PON heeft een hoop nieuwe en nuttige inzichten opgeleverd. Het uitgangspunt van het PON wordt door vrijwel alle deelnemers gedeeld: er moet adequate ketenzorg komen voor de grote aantallen mensen met overgewicht en obesitas met en zonder co-morbiditeit. Naast een goede organisatie en financiering van *care* en *cure* op dit terrein is er meer aandacht nodig voor preventieve interventies. Hoe die zorg er uit moet komen te zien, kan op hoofdlijnen al worden afgeleid uit de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'. Dat er een op die richtlijn gebaseerde zorgstandaard dient te komen, die mede gezien vanuit het oogpunt van de patiënt beschrijft waar goede zorg voor overgewicht en obesitas aan hoort te voldoen, is door alle betrokkenen aanvaard.

De werkconferentie heeft echter ook een hoop discussiepunten opgeleverd. De door het ministerie van VWS aangekondigde 'revolutie' bij de programmatische aanpak van de zorg voor mensen met chronische ziekten en het introduceren van mogelijk nieuwe taken, competenties en functies in de zorg, kan ook betekenen dat we de bestaande structuren en zorgverleners in de huidige zorg onvoldoende benutten. Het PON zal niet alleen oog hebben voor vernieuwingen in de zorg, maar zeker ook de kennis en kunde van de bestaande zorgverleners daarbij optimaal positioneren.

## Deelnemers

Aan de werkconferentie van het PON op 27 november 2008 namen deel:

Naam/functie	Organisatie
Mw. C.J.E. (Cora) Aarsen <i>Teamleider</i>	Nederlandse Diabetes Federatie
Mw. E.L.T. (Erika) van den Akker <i>Kinderarts; kinderendocrinoloog</i>	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Mw. E.J. (Els) Anten-Kools <i>Bestuurslid</i>	Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland
Mw. G. (Gerda) van Baggem-Bakker <i>Voorzitter</i>	Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten
Mw. W.J.E. (Wanda) Bemelmans <i>Projectleider</i>	Centrum voor Gezond Leven (RIVM)
Mw. T. (Tjitske) Binkhorst <i>Projectleider</i>	CBO, Kwaliteitsinstituut voor de zorg
Dhr. J.J. (Jaap) van Binsbergen <i>Huisarts</i>	Nederlands Huisartsen Genootschap
Mw. A.M.P. (Annemiek) van Bolhuis <i>Directeur directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie</i>	Ministerie van VWS
Mw. M. (Marjolein) de Booy <i>Teammanager kwaliteit</i>	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Mw. A.M.W. (Anneke) Bulk-Bunschoten <i>Senior onderzoeker; arts maatschappij en gezondheid</i>	Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland
Mw. E.C. (Bettie) Carmiggelt <i>Adviseur</i>	Centrum Jeugdgezondheid (RIVM)
Dhr. B.V.M. (Ben) Crul <i>Hoofdredacteur</i>	Medisch Contact

Dhr. P.J. (Peter) Daansen <i>Manager zorg; klinisch psycholoog; psychotherapeut</i>	Nederlands Instituut van Psychologen
Mw. D. (Djoeke) van Dale <i>Projectleider werkplaats certificeren van interventies; adviseur</i>	Centrum voor Gezond Leven (RIVM)
Dhr. T. (Ton) Dapper <i>Huisarts</i>	Nederlands Huisartsen Genootschap
Mw. R.E. (Elze) Derksen <i>Beleidsmederker; onderzoeker</i>	Academische Thuiszorgwerkplaats Zwolle
Dhr. H. (Huib) van Dis <i>Bestuursvoorzitter sector Gezondheidszorg</i>	Nederlands Instituut van Psychologen
Mw. K. (Katja) van Doorn <i>Bestuurslid afdeling praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners</i>	V&VN Beroepsvereniging van zorgprofessionals
Mw. M.J.A. (Marij) van Eindhoven <i>Adviseur innovatie</i>	College voor zorgverzekeringen
Mw. L. (Lies) van Gennip <i>Directeur; voorzitter</i>	Stivoro / Partnership Stop met Roken
Mw. E.A.A. (Emma) Giesen <i>Apotheker</i>	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
Mw. E. (Ellen) Govers <i>Diëtist; schakelfunctionaris</i>	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Mw. J. (Jutka) Halberstadt <i>Projectleider</i>	VU medisch centrum / Partnerschap Overgewicht Nederland
Dhr. R.W. (Reinier) Haneveld <i>Senior consultant</i>	Vereniging Adviserend Geneeskundigen bij Zorgverzekeringen
Mw. U.R. (Ukie) Harkema <i>Diëtist</i>	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Mw. I.J.M. (Ineke) Harms <i>Adviserend geneeskundige</i>	Menzis Zorg en Inkomen
Mw. M. (Marieke) ten Have <i>Junior onderzoeker</i>	Erasmus MC, afdeling Medische Ethiek

Mw. A.J.M. (Jessie) Hermans <i>Programmameider Academische Werkplaats Jeugd</i>	GGD Nederland
Dhr. L.W.E. (Ernest) van Heurn <i>Kinderchirurg</i>	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
Mw. D. (Doreth) van de Heuvel <i>Directeur</i>	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Mw. A.L. (Guusje) Hilgers <i>Psycholoog</i>	Nederlands Instituut van Psychologen
Mw. T.M.J.J. (Thesra) Hilde-olde Scheper <i>Medisch adviseur</i>	Nederlandse Zorgautoriteit
Dhr. W.J. (Jacob) Hofdijk <i>Adviseur geïntegreerde zorg</i>	Ministerie van VWS
Dhr. M.M. (Maarten) Hoogbergen <i>Plastisch chirurg</i>	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
Dhr. G.C.M. (Gerbrand) van Hout <i>Klinisch psycholoog; psychotherapeut</i>	Nederlands Instituut voor Psychologen
Dhr. M.H.J. (Marc) Huls <i>Huisarts</i>	Landelijke Huisartsen Vereniging
Mw. I.M. (Ingrid) Jazet <i>Internist</i>	Nederlandsche Internisten Vereeniging
Dhr. C.P. (Paul) Kaiser <i>Medisch adviseur</i>	Univé
Mw. J. (Janneke) Kaper <i>Programmamanager preventie afdeling zorginnovatie</i>	CZ Actief in Gezondheid
Dhr. P.R.M. (Peter) Kerklaan <i>Programmameider overgewicht</i>	Ministerie van VWS
Dhr. H. (Henri) Kiers <i>Bestuurslid</i>	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Mw. R. (Renata) Klop <i>Programmacoördinator revalidatieonderzoek</i>	ZonMw
Mw. A. (Angeline) Koolen-Nielen <i>Directie-/bestuursadviseur Gezondheidszorg</i>	Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT)

Dhr. E.J. (Eric) Koster <i>Clustercoördinator chronische ziekten en screeningen</i>	Ministerie van VWS
Mw. S. (Susanne) Kruizinga <i>Bestuursadviseur; secretaris</i>	Nederlandse Obesitas Vereniging
Dhr. T. (Ton) Kuijpers <i>Senior adviseur</i>	CBO, Kwaliteitsinstituut voor de zorg
Dhr. Th.J. (Theo) Kuiper <i>Adviserend geneeskundige</i>	Achmea Zorg
Mw. F. (Françoise) Langens <i>Huisarts</i>	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. C.G. (Carel) Mastenbroek <i>Adviseur</i>	College voor Zorgverzekeringen
Mw. I.M.J. (Irene) Mathijssen <i>Secretaris</i>	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
Mw. F.M. (Freerkje) van der Meer <i>Adviseur</i>	College voor Zorgverzekeringen
Mw. R.J. (Rosanne) Metaal <i>Senior beleidsambtenaar</i>	Ministerie van VWS
Dhr. E.G.A.H. (Edgar) van Mil <i>Kinderarts; kinderendocrinoloog</i>	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Mw. I.E.M. (Ingrid) Mimpfen-van den Hondel <i>Diëtist</i>	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Mw. I.J. (Inka) Nanninga <i>Zorgcoördinator Preventie</i>	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
Mw. S. (Sanne) Niemer <i>Beleidsmedewerker</i>	Nederlandse Diabetes Federatie
Mw. H. (Hanneke) Noordam <i>Projectmedewerker</i>	VU medisch centrum / Partnerschap Overgewicht Nederland
Dhr. M. (Mattijs) Numans <i>Huisarts</i>	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. B.X. (Bas) Oude Elberink <i>Directeur</i>	Nederlandsche Internisten Vereniging

Dhr. R. (Rob) Oudkerk <i>Lector leefstijlverandering bij jongeren; huisarts</i>	De Haagse Hogeschool
Dhr. A.G.J.A.C. (Fons) Prince <i>Medisch adviseur</i>	CZ Actief in Gezondheid
Mw. T.A. (Wineke) Remijnse <i>Beleidsadviseur</i>	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Mw. C.M. (Carry) Renders <i>Coördinator</i>	Kenniscentrum Overgewicht
Dhr. P.M. (Paul) van Rooij <i>Adjunct-directeur zorg</i>	Zorgverzekeraars Nederland
Dhr. P. (Paul) Rosenmöller <i>Voorzitter</i>	Convenant Overgewicht
Mw. E.A. (Esther) Rutte <i>Beleidsmedewerker</i>	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Dhr. R. (Reinout) van Schilfgaarde <i>Voorzitter</i>	Nederlandse Diabetes Federatie
Dhr. J.W. (Jan Willem) Schouten <i>Medisch adviseur</i>	Zorgverzekeraars Nederland
Mw. D. (Dewi) Segaar <i>Teamleider zorg</i>	Stivoro / Partnership Stop met Roken
Dhr. J.C. (Jaap) Seidell <i>Hoogleraar voeding en gezondheid; Voorzitter PON</i>	Vrije Universiteit / VU medisch centrum / Partnerschap Overgewicht Nederland
Mw. M.C. (Mieke) van Spanje <i>Vice-voorzitter</i>	Nederlandse Obesitas Vereniging
Dhr. C. (Cor) Spreeuwenberg <i>Voorzitter</i>	Platform Vitale Vaten
Mw. P.C. (Paula) Staal <i>Adviseur afdeling Pakket</i>	College voor zorgverzekeringen
Dhr. T.L.S. (Tommy) Visscher <i>Onderzoekscoördinator</i>	Academische Thuiszorgwerkplaats Zwolle
Dhr. C. (Kees) van Vliet <i>Directeur</i>	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Mw. E. (Ellen) Vliegen <i>Bestuurslid</i>	Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten
Mw. E.M. (Ellen) van der Vorst <i>Accountmanager zorg</i>	AGIS zorgverzekeringen
Mw. J. (Jacqueline) de Vries <i>Beleidsmedewerker</i>	ActiZ, organisatie van zorgondernemers
Dhr. L.F.L. (Laurent) de Vries <i>Directeur</i>	GGD Nederland
Mw. E.M. (Erika) Wamsteker <i>Psycholoog; diëtist</i>	Nederlands Instituut van Psychologen
Dhr. A.N.H. (André) Weel <i>Bedrijfsarts; medewerker kwaliteitsbureau NVAB</i>	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
Mw. I. (Inge) de Weerd <i>Projectleider beweegkuur</i>	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
Mw. M. (Margo) Weerts <i>Directeur</i>	Stichting Hoofd Hart en Vaten
Dhr. Ph.J. (Philip) van der Wees <i>Manager beleid en ontwikkeling</i>	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Dhr. J.N.T. (Jan-Nico) Wigboldus <i>Hoofd gezondheidsbevordering</i>	GGD Nederland

#### Colofon

Tekst: Irene Geerts

Redactie: Jutka Halberstadt, Hanneke Noordam, Jaap Seidell

Vormgeving: IJzersterk



Postadres: VU medisch centrum

Afdeling Sociale Geneeskunde

Partnerschap Overgewicht Nederland

Postbus 7057

1007 MB Amsterdam

W [www.partnerschapovergewicht.nl](http://www.partnerschapovergewicht.nl)

E [info@partnerschapovergewicht.nl](mailto:info@partnerschapovergewicht.nl)

T + 31 20 44 44 882

**Bij het Partnerschap Overgewicht Nederland zijn aangesloten:**

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