



Definitieve versie

Interne indicatoren  
Zorgstandaard Obesitas  
***Doelgroep volwassenen***

December, 2012

Dit project is mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie en de directie Publieke Gezondheid.

Dit is een publicatie van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON).

Auteurs: PON projectgroep interne indicatoren, doelgroep volwassenen.

Redactie en voorzitterschap: Hanneke Noordam, projectleider kwaliteit en communicatie PON.

Extern adviseur: Neelie Hellinga.

Amsterdam, december 2012

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding:

PON projectgroep interne indicatoren, doelgroep volwassenen. Interne indicatoren Zorgstandaard Obesitas, doelgroep volwassenen. Amsterdam, december 2012.

Deze uitgave is te downloaden via [www.partnerschapovergewicht.nl](http://www.partnerschapovergewicht.nl)

## SAMENVATTING

Voor u ligt het definitieve rapport met daarin beschreven de interne indicatoren van de Zorgstandaard Obesitas, doelgroep volwassenen. Het **ministerie van VWS** heeft het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) in januari 2011 formeel verzocht om dit traject in de periode 2011-2012 te completeren van de in 2010 opgeleverde Zorgstandaard Obesitas uit te voeren.

Het rapport is ontwikkeld door de **projectgroep interne indicatoren van het PON**, bestaande uit een kerngroep (coördinerende schrijfgroep) en een groep van experts, vertegenwoordigers van bij het PON aangesloten beroepsorganisaties betrokken bij obesitaszorg voor volwassenen. In dit rapport zijn geen indicatoren voor de doelgroep kinderen opgenomen; deze worden in een apart traject ontwikkeld.

Het rapport beschrijft **2 kengetallen, 8 ‘haalbare’ indicatoren en 10 ‘wenselijke’ indicatoren**. Haalbare indicatoren zijn nu te extraheren uit bestaande ICT registratiesystemen. Wenselijke indicatoren zijn nog niet uit bestaande systemen te lezen, of dienen nog als indicator geoperationaliseerd te worden.

Al de bij de autorisatieprocedure betrokken PON-partnerorganisaties, hebben ingestemd met de voorgestelde **haalbare indicatoren**. Het betreft de KNGF, de KNMP, de NHG, de NVAB, de NVD, het NIP, de NIV, de NOV en de NVvH. De V&VN heeft geen formele autorisatieprocedure uitgezet, aangezien er binnen de vereniging nog te weinig expertise op het gebied van obesitas zorg aanwezig is. Wel hebben huidig aanwezige experts binnen de vereniging meegewerkt aan het indicatorenproject.

De voorgestelde **wenselijke indicatoren** zijn ter commentaar voorgelegd aan de leden van de projectgroep en deskundigen uit de achterban en de resultaten hiervan zijn verwerkt in deze definitieve eindrapportage. Het doel is dat de wenselijke indicatoren na doorontwikkeling eveneens geautoriseerd worden en aan de lijst met haalbare indicatoren worden toegevoegd.

In verband met inhoudelijke afstemming van de PON-indicatoren met de bestaande indicatorensets van de Zorgstandaard VRM en de NDF-Zorgstandaard, is in het traject advies ingewonnen bij **het Platform Vitale Vaten, de Nederlandse Diabetes Federatie** en tevens **de Longalliantie Nederland**.

Dit document bevat geen informatie over de operationalisatie van de indicatoren. Hiervoor zal aangesloten worden bij de door het NHG gehanteerde operationalisatie. Het NHG zal in 2013 en in afstemming met het PON de inhoudelijke operationalisatie van de haalbare indicatoren oppakken.

In het Zichtbare Zorg (ZiZo) traject chronische zorg, wordt door veldpartijen gewerkt aan de definiëring van externe ‘generieke organisatorische indicatoren’. Deze **structuurindicatoren** hebben betrekking op algemene organisatorische randvoorwaarden die nodig zijn voor een goede ketenorganisatie. Het PON zal bij het definitief worden van deze set, aansluiten bij de geformuleerde generieke structuurindicatoren.

In hoofdstuk 5 is een apart voorstel toegevoegd over kwaliteit van zorg voor de groep volwassenen die in aanmerking komen voor **bariatrische chirurgie**. Het voorstel verwijst naar bestaande zorginhoudelijke indicatoren en doet aanbevelingen voor mogelijk ontwikkeling van indicatoren voor ketensamenwerking.

### Leeswijzer:

- Voor een goed begrip van de gehanteerde terminologie in dit rapport, wordt verwezen naar het begrippenkader zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas.
- Voor de beschrijving van indicatoren is het format van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) gevolgd.
- Waar in deze indicatorenset ‘zorggroep’ staat, wordt ook gesproken over een multidisciplinair samenwerkend behandelteam die niet in juridische zin als zorggroep staat geregistreerd.

# INHOUDSOPGAVE

1. Samenvattend overzicht indicatoren	pag. 6
2. Uitgangspunten en methodiek	pag. 7
3. Definitie doelgroep en kengetallen	pag. 12
4. Uitwerking indicatoren en toelichting	
4.1 Haalbare indicatoren	pag. 15
4.2 Wenselijke indicatoren	pag. 19
4.3 Wenselijk meetbare items	pag. 23
4.4 Verwijzing risicofactoren en comorbiditeit	pag. 25
4.5 Implementatie	pag. 25
5. Aanbevelingen toekomstige procesindicatoren bariatrische chirurgie	pag. 26
6. Bijlagen	
1. Samenstelling projectgroep	pag. 29
2. Verwijzingen bariatrische chirurgie in relevante richtlijnen	pag. 30

# 1. SAMENVATTEND OVERZICHT KENGETALLEN EN INDICATOREN

Kengetallen		Zijn data registreerbaar?			Bron
		Ja	Nog niet	Nee	
1	% patiënten van 18 jaar en ouder van de vaste praktijkpopulatie* bekend met obesitas	X			NHG-set
2	% patiënten van 18 jaar en ouder van de praktijkpopulatie bekend met obesitas (inclusief groep slaapapneu en artrose) en <i>zonder</i> HVZ en DM	X			NHG-set

\* Inschrijving langer dan 12 maanden (≥ 12 maanden) aan het einde van de rapportageperiode

Haalbare indicatoren		Ja	Nog niet	Nee	Bron
3.a	% patiënten bekend met obesitas waarbij de middelomtrek is gemeten	X			NHG-set
3.b	% patiënten bekend met obesitas waarbij de bloeddruk is gemeten	X			NHG-set
3.c	% patiënten bekend met obesitas waarbij de rookstatus is geregistreerd	X			NHG-set
3.d	% patiënten bekend met obesitas waarbij het lipidenprofiel is gemeten	X			NHG-set
3.e	% patiënten bekend met obesitas waarbij nuchtere glucose is bepaald	X			NHG-set
4	% patiënten bekend met obesitas waarbij de mate van bewegen is vastgesteld	X			NHG-set
5	% patiënten bekend met obesitas waarbij het voedingspatroon is besproken	X			NHG-set
6	Is er bij patiënten bekend met obesitas sprake van structureel overleg tussen zorgverleners die betrokken zijn bij een GLI?	X			Zorggroep

Wenselijke indicatoren, nog niet registreerbaar		Ja	Nog niet	Nee	Bron
7	% patiënten bekend met obesitas waarbij het voedingspatroon is geïnventariseerd		X		
8.a	% patiënten bekend met obesitas dat is doorverwezen naar een behandeling op basis van de GLI		X		
8.b	% patiënten bekend met obesitas dat na doorverwijzing is gestart met een GLI		X		
8.c	% patiënten bekend met obesitas dat een GLI heeft voltooid		X		
9.a	% patiënten bekend met obesitas met succesvol gewichtsverlies na eenjarige intensieve behandel fase conform de GLI		X		
9.b	% patiënten bekend met obesitas met succesvol gewichtsverlies na afloop tweejarige behandel fase conform de GLI.		X		
10	% patiënten bekend met obesitas met wie na afronding van tweejarige behandel fase een begeleidingsplan is opgesteld		X		

Wenselijk meetbare items, mogelijk toekomstige indicator		Ja	Nog niet	Nee	Bron
11	% patiënten bekend met obesitas waarbij gewichtsreductie bespreekbaar is gemaakt			X	
12	% patiënten bekend met obesitas met indicatie voor psychologische ondersteuning bij gedragsverandering			X	
13	% patiënten bekend met obesitas waarbij de kwaliteit van leven is verbeterd na afloop van tweejarige behandel fase			X	

## 2. UITGANGSPUNTEN EN METHODIEK

### 2.1 Aanleiding en opdracht

In het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) werken zorgverleners en patiëntenorganisaties samen aan het verbeteren van de zorg voor kinderen en volwassenen met (een verhoogd risico op) obesitas. Beoogd resultaat van deze zorg is de verbetering van de gezondheidstoestand, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie van deze doelgroep. Het PON heeft eind 2010 de Zorgstandaard Obesitas (ZO)<sup>1</sup> opgeleverd, welke de norm beschrijft waaraan multidisciplinaire zorg voor obesitas moet voldoen.

Het PON ziet het verwerven van inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg als een cruciaal onderdeel van de beleidscyclus. Het gaat hierbij om het verbeteren van zowel de organisatie als de uitkomsten van de zorg. Uiteindelijk moet alles leiden tot optimale uitkomsten van de obesitaszorg. Voor de uitvoer van kwaliteitsbeleid zijn kennis en inzicht onmisbaar. Dit vereist onder meer de beschikbaarheid van betrouwbare en actuele data over de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg. Deze worden meetbaar gemaakt door middel van indicatoren.

In de periode van 1 januari 2011 – 31 december 2012 heeft het PON in opdracht van het ministerie van VWS, de zorgstandaard compleet gemaakt door het ontwikkelen van een set interne indicatoren.

### 2.2 Begrippen en uitgangspunten

Het ZonMw rapport zorgstandaarden in model (2010)<sup>2</sup> geeft concrete handvatten voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren behorende bij een zorgstandaard: 'het hoofdstuk over kwaliteitsindicatoren in elke zorgstandaard geeft aan welke kwaliteitsindicatoren (onderverdeeld naar proces, uitkomst en structuur) geacht worden een goede weerspiegeling te bieden van de kwaliteit van de geleverde zorg (ziektespecifiek en generiek) volgens de betreffende zorgstandaard en de kwaliteit van de bijbehorende organisatie en organisatiestructuur (ketenorganisatie)'. Ook geeft het aan hoe deze kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald.

Volgens de handleiding indicatorenontwikkeling<sup>3</sup> van het CBO en de Orde van Medisch Specialisten, is een indicator een **'meetbaar element van zorgverlening dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van de betreffende zorg(verlener). Wijkt een indicator af van een afgesproken norm dan is bijsturing noodzakelijk'**.

#### Onderscheid proces, uitkomst, structuur:

Conform onder andere de CBO-handleiding wordt voor indicatoren de volgende indeling gehanteerd:

- Procesindicatoren: volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling. Een voorbeeld van een dergelijke indicator: 'het percentage mensen met diabetes dat jaarlijks een oogonderzoek krijgt'.
- Uitkomstindicatoren: richten zich op product c.q. effect van de geleverde zorg. Een voorbeeld van dit type is: 'Het percentage mensen met diabetes dat retinopathie heeft'.
- Structuurindicatoren: geven informatie over de organisatie/equipage van een systeem en/of de omstandigheden.

#### Interne- versus externe indicatoren:

Er is een niet gering verschil tussen indicatoren voor het gebruik van interne sturing en externe verantwoording. In de toepassing streeft men ook verschillende doelen na. Door het gebruik van interne indicatoren beogen zorgaanbieders de kwaliteit van de zorg te bewaken en te verbeteren. Zij bepalen via

<sup>1</sup> Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland; 2010.

<sup>2</sup> Coördinatieplatform Zorgstandaarden. ZonMw programma Disease management chronische ziekten.

Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag 2010.

<sup>3</sup> Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Orde van Medisch Specialisten. Handleiding indicatorenontwikkeling; 2007.

interne indicatoren welke verbeteracties prioriteit hebben. Door externe indicatoren kunnen instellingen rekenschap aan verzekeraars, beleidsmakers en consumenten over hun zorgverlening afleggen (handleiding indicatorenontwikkeling, 2007). De opdracht van het PON beperkt zich tot de ontwikkeling van interne indicatoren.

### 2.3 Doelstelling

Het indicatorenproject van de Zorgstandaard Obesitas richt zich op het selecteren en indien nodig ontwikkelen van interne indicatoren voor de doelgroep volwassenen met (een hoog risico op) obesitas.

Op basis van de door de projectgroep voorgedragen set, zal in een volgend project bepaald dienen te worden in welke mate deze indicatoren van toepassing zijn op obesitaszorg voor de doelgroep kinderen en of er aanvullende indicatoren ontwikkeld dienen te worden.

De set kwaliteitsindicatoren is opgesteld ten behoeve van de reflectie op het eigen handelen en de interne kwaliteitsbevordering. Daarnaast kunnen de uitkomsten gebruikt worden om de ontwikkeling binnen een bepaalde periode binnen de (zorg)groep te volgen. De uitkomsten kunnen tevens vergeleken worden met de richtlijnen (evidence based) of met de data van andere multidisciplinair samenwerkende (zorg)groepen (interne benchmark).

### 2.4 Randvoorwaarden project

De PON-partnervertegenwoordigers hebben de uitvoerende projectgroep bij de start van het project de volgende randvoorwaarden en uitgangspunten meegegeven:

- Het gebruikersdoel van de indicatoren betreft interne kwaliteitsborging, door middel van het meten en optimaliseren van het inhoudelijke zorgproces.
- Het formuleren van indicatoren voor externe verantwoording valt buiten de opdracht.
- Het aantal indicatoren wordt beperkt tot de essentiële aspecten van kwaliteit.
- De indicatoren sluiten inhoudelijk aan bij bestaande of in ontwikkeling zijnde indicatoren van aan obesitas gerelateerde zorgstandaarden, zoals de NDF-zorgstandaard, de Zorgstandaard VRM (Vasculair Risicomanagement) en de NHG-standaarden Obesitas, Cardiovasculair Risicomanagement en het PreventieConsult.
- Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande indicatoren, indien noodzakelijk worden nieuwe indicatoren ontwikkeld.
- De set levert zo min mogelijk administratieve lasten op, is landelijk toepasbaar en in te voeren in geldende ICT-systemen.
- Tegelijkertijd krijgt de projectgroep de expliciete opdracht mee verder te kijken dan de huidige mogelijkheden die de registratiepraktijk kent, en indien nodig voorstellen te doen voor het ontwikkelen van nu ontbrekende indicatoren.
- Alle relevante bij ketenzorg voor volwassen betrokken (zorg)partijen, worden verzocht expertise beschikbaar te stellen.
- Het eindresultaat wordt inhoudelijk ondersteund en geaccordeerd door de besturen van de 'gewone' PON-partnerorganisaties, namelijk de monodisciplinaire beroeps- en patiëntenorganisaties aangesloten bij het PON die conform het PON-beleidsplan (2011) een besluitvormende stem hebben.
- De opdrachtverstrekker heeft inhoudelijk geen stem in de totstandkoming van de indicatorenset.

### 2.5 Projectgroep

De projectgroep bestaat uit de relevante, bij ketenzorg voor volwassenen met obesitas, betrokken vertegenwoordigers van beroeps- en of patiëntenorganisaties van het PON. De deelnemers van de projectgroep zijn door het bestuur van de betreffende beroepsorganisatie verzocht om via deelname haar inbreng te vertegenwoordigen. De projectgroep bestaat uit een 'kerngroep' een 'expertgroep'.

De kerngroep bestaat uit kwaliteitsmedewerkers van de beroepsorganisaties die een centrale rol spelen in de eerstelijns ketenzorg voor volwassenen met obesitas. De expertgroep bestaat uit vertegenwoordigers uit de zorgpraktijk van de PON-partnerorganisaties die betrokken zijn bij obesitaszorg voor volwassenen. Deze expertgroep voorziet de kerngroep van gerichte informatie over de haalbaarheid en meerwaarde

van de voorgestelde indicatoren in de praktijk. Bij de start van het project in 2010 zijn eveneens vertegenwoordigers voor een toekomstige expertgroep voor de doelgroep kinderen benaderd, maar deze groep heeft niet bijgedragen aan onderliggende conceptset van indicatoren voor volwassenen.

De kerngroep en de expertgroep volwassenen vormen gezamenlijk de projectgroep, die in haar geheel verantwoordelijk is voor het opleveren van de definitieve conceptset van indicatoren die ter commentaar en vervolgens ter autorisatie wordt aangeboden aan de besturen van PON-partnerorganisaties. De projectgroepleden zijn vanuit het bestuur van hun beroepsvereniging afgevaardigd en participeerden met last van ruggespraak. In **bijlage 1** staat een overzicht van de betrokken projectgroepleden.

Naast de direct betrokken partijen die in de projectgroep participeren, wordt de totstandkoming van de indicatorenset inhoudelijk afgestemd met de Nederlandse Diabetes Federatie en het Platform Vitale Vaten. Deze afstemming vindt plaats door middel van tussentijds overleg over inhoud en procesgang van het project en door beide partijen uit te nodigen voor deelname aan de commentaarfase.

## 2.6 Methode

De interne indicatoren worden afgeleid uit het in de ZO beschreven zorgproces en de hierbij gedefinieerde uitkomsten en beoogde organisatorische randvoorwaarden. Zoals beschreven in de vorige paragraaf heeft de projectgroep als aanbeveling meegekregen om zoveel mogelijk gebruik te maken van selectie en modificatie van bestaande indicatoren. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de gevolgde methodiek bij het tot stand komen van de uiteindelijke lijst met interne indicatoren.

### 2.6.1 Verkenning van literatuur, methodiek en bestaande sets

Voor de te gebruiken methodiek voor het uitvoeren van de projectopdracht is een grondige verkenning van relevante literatuur gedaan en zijn gesprekken gevoerd met samenwerkingspartijen over de projectdoelstelling, uitgangspunten en uitvoering. Hieronder staat een overzicht van gebruikte literatuur en documentatie:

#### *Methodiek ontwikkeling indicatoren*

- Handleiding Indicatorenontwikkeling, CBO en Orde Medisch Specialisten (2007)
- Zorgstandaarden in model. Coördinatieplatform Zorgstandaarden ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten (2010)
- Expertinterviews over aanpak indicatorenontwikkeling NDF-Zorgstandaard, Zorgstandaard VRM en Zorgstandaard COPD (2011)

#### *Bestaande relevante indicatorensets*

- Indicatoren behorende bij Addendum Geïndiceerde preventie van de NDF Zorgstandaard (oktober 2012)
- Kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD (2011)
- NDF zorginhoudelijke indicatoren over kwaliteit van diabeteszorg voor patiënten DM2 (2011)
- Rapport Academische Thuiszorgwerkplaats (ATW) Overgewicht Zwolle: Kwaliteitsindicatoren voor de keten overgewicht en obesitas: kinderen en senioren (2011)
- Conceptset NHG Overzicht en definitie van indicatoren voor CVR bij patiënten met mogelijk verhoogd risico op hart en vaatziekten in de huisartsenzorg (2010)
- Conceptset indicatoren Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. Platform Vitale Vaten (2009).
- NHG indicatoren DM type 2 en conceptindicatoren Cardiovasculair Risicomanagement
- Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg, IQ healthcare en NHG (2009)
- ZiZo ziekenhuizen. Externe indicatoren voor Obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) bij volwassenen (2009).

#### *Relevante richtlijnen en zorgstandaarden als achtergronddocumentatie*

- Addendum Geïndiceerde preventie van de NDF Zorgstandaard (oktober 2012)
- Voorstel Zorgmodule Voeding, Partnerschap Overgewicht Nederland (juli 2012)
- Concept NVAB richtlijn bewegen en Gezonde Voeding ter Preventie van Overgewicht (2012)



- NVvH-richtlijn morbide obesitas (2011)
- NHG-standaard PreventieConsult module cardiometabool (2011)
- Herziene CBO- en NHG Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (resp. 2011 en 2012)
- NHG-standaard Obesitas (2010)
- NHG-standaard CVRM (herziene versie 2012)
- NHG-standaard DM type 2 (2006)
- CBO-richtlijn Obesitas (2008)
- NHG/CBO richtlijn CVRM (2006)
- Zorgstandaard Obesitas (2010)
- Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (2009)
- NDF-Zorgstandaard Diabetes Type 2 (2007)

*Traject Zichtbare Zorg ontwikkeling generieke structuurindicatoren:*

In het Zichtbare Zorg (ZiZo) traject chronische zorg, wordt met relevante partijen uit het veld gewerkt aan de definiëring en operationalisatie van externe ‘generieke organisatorische indicatoren’. Deze structuur-indicatoren richten zich niet op een specifieke chronische aandoening, maar hebben betrekking op algemene organisatorische randvoorwaarden die nodig zijn voor een goede ketenorganisatie, zoals:

- werken met een individueel zorgplan,
- aanwezigheid van een centrale zorgverlener,
- ondersteuning van zelfmanagement,
- gebruik van digitaal zorgdossier en
- werken volgens een kwaliteitsmodel.

Het PON zal bij het definitief worden van deze set van ZiZo, aansluiten bij de geformuleerde generieke organisatorische indicatoren.

### 2.6.2 Selectie van bestaande indicatoren

Op basis van bovengenoemde indicatorensets heeft de kerngroep een grote overzichtslijst gemaakt met bestaande indicatoren die potentieel relevant zijn voor de Zorgstandaard Obesitas. Vervolgens is een nadere selectie gemaakt op basis van onderstaande criteria, afkomstig uit de set publieke indicatoren eerstelijns cardiovasculair risicomanagement (2009)<sup>4</sup>:

- Het gebruiksdoel van de indicator: is deze geschikt voor intern gebruik en benchmarking?
- De doelgroep: is deze relevant voor professionals?
- Toepasbaarheid voor verschillende doelgroepen: geschikt voor volwassenen met verschillende niveaus van obesitas?
- Impact op gezondheid: het onderwerp waar de indicator uitdrukking aan geeft is klinisch relevant?
- De operationalisatie van de indicator: is deze valide en betrouwbaar?

Daarnaast heeft de kerngroep de bestaande potentiële indicatoren bestudeerd op meetbaarheid en registreerbaarheid volgens geldende systemen. Tot slot is uiteraard gekeken of, en in welke mate, deze al bestaande indicatoren de kernelementen van de ZO in kaart kunnen brengen.

### 2.6.3 Herformuleren bestaande indicatoren en formuleren ontbrekende indicatoren

Op basis van deze aanpak heeft de kerngroep suggesties gedaan voor het herformuleren van bestaande indicatoren naar de doelgroep van de ZO en zijn daarnaast voorstellen gedaan voor het ontwikkelen van nog ontbrekende indicatoren (zie hoofdstuk 2 en 3). Op basis van de huidige registratiepraktijk in de eerstelijns zorg en op basis van methodologische criteria, zijn de indicatoren in dit document ingedeeld in de volgende categorieën:

1. **Haalbare** inhoudelijk valide indicatoren. Het gaat hier om indicatoren die zowel inhoudelijk valide zijn als indicatoren die nu al geregistreerd kunnen worden en waarvan de definities voor extractie in 2013

<sup>4</sup> Publieke indicatoren eerstelijns cardiovasculair risicomanagement bij patiënten bekend met hart- en of vaatziekten. IQ healthcare in het kader van ZonMw programma Kiezen in Zorg; 2009.

geoperationaliseerd worden. Het gaat zowel om ongemodificeerde, als deels gemodificeerde indicatoren.

2. **Wenselijke** inhoudelijk valide indicatoren. Deze indicatoren zijn nu nog niet registreerbaar: de benodigde data voor het uitlezen van de indicatoren kunnen nog niet geëxtraheerd worden uit bestaande registratiesystemen zoals het Huisartsen Informatiesysteem (HIS). De kerngroep adviseert om concrete afspraken te maken over welke aanpassingen nodig zijn om deze indicatoren op afzienbare termijn aan de haalbare set toe te voegen.
3. **Wenselijk meetbare items**. Voor deze items geldt dat het nog niet duidelijk is of doorontwikkeling tot indicator mogelijk is, aangezien eenduidige meetbaarheid aan de hand van een valide meetinstrument nog ontbreekt. Het advies van de kerngroep is dan ook om in samenwerking met relevante partijen het benodigde meetinstrument te ontwikkelen en vervolgens te onderzoeken of doorontwikkeling tot indicator mogelijk is.

#### 2.6.4 Expertbijeenkomst 22 mei 2012

Alvorens de door de kerngroep geselecteerde set van conceptindicatoren voor te leggen aan de expertgroep, hebben de kerngroepleden in februari 2012 de eigen achterban en het verenigingsbestuur geraadpleegd voor een informele consultatie. De resultaten zijn vervolgens besproken en verwerkt in de versie die ter commentaar is toegezonden aan de expertgroepsleden.

22 mei 2012 vond de expertbijeenkomst plaats, waar de genodigden het vooraf aangeleverde schriftelijke commentaar hebben toegelicht. Openstaande discussiepunten zijn plenair besproken. Op basis van de gevoerde discussies en verstrekte adviezen door de expertgroepsleden, is de formulering van de indicatorenset verder aangescherpt en waar nodig aangepast. Het verslag van deze bijeenkomst is bij Hanneke Noordam, projectleider, op te vragen.

#### 2.6.5 Commentaarfase wenselijke indicatoren september – oktober 2012

De uitkomsten van bovengenoemde expertbijeenkomst, zijn verwerkt in een definitief conceptvoorstel, dat in september voor een laatste commentaarronde is voorgelegd aan de projectgroep. Tevens is aan collega's van de Nederlandse Diabetes Federatie en het Platform Vitale Vaten verzocht om de conceptindicatoren te becommentariëren op basis van inhoudelijke aansluiting bij de indicatorensets behorende bij de NDF Zorgstandaard<sup>5</sup> en de Zorgstandaard VRM<sup>6</sup>.

De reacties uit de commentaarfase op de *wenselijke indicatoren* zijn verwerkt in de versie die voor u ligt. Hiermee hebben de wenselijke indicatoren nu de status van een definitief voorstel. PON-partnerorganisaties maken in december 2012 afspraken over het verdere ontwikkeltraject van de wenselijke indicatoren.

Een overzicht van het geleverde commentaar vanuit de projectgroep op de concept wenselijke indicatoren, kan opgevraagd worden bij het PON.

#### 2.6.6 Autorisatie haalbare indicatoren door besturen PON-partnerorganisaties september – november 2012

Tijdens de expertbijeenkomst in mei bleek er op grote lijnen overeenstemming over de formulering van de *haalbare* indicatoren. Daarom heeft de kerngroep begin september besloten om de autorisatie van haalbare indicatoren gelijktijdig met de commentaarfase van de wenselijke indicatoren uit te zetten.

Bij de start van het project in april 2011 was de intentie geformuleerd om eind 2012 zowel indicatoren voor zowel de doelgroep kinderen als voor volwassenen ter autorisatie aan de PON-partnerorganisaties voor te leggen. De kerngroep heeft begin september echter besloten om de autorisatiefase van de

<sup>5</sup> Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort, 2007.

<sup>6</sup> Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. 2009.

haalbare indicatoren voor volwassenen apart uit te voeren: ten eerste omdat de indicatorenset voor kinderen nog niet gerealiseerd is en ten tweede omdat het onderhoud en eigenaarschap van de ZO, waar ook de ontwikkeling van indicatoren onder valt, na 2012 herzien zal worden als gevolg van wijziging van subsidiering.

Door de autorisatiefase van de haalbare indicatoren voor de doelgroep volwassenen te versnellen, hebben PON-partnerorganisaties zich alvast kunnen uitspreken over een deel van de indicatorenset en kan het beoogde operationalisatietraject van de haalbare indicatoren in 2013 door het NHG daadwerkelijk van start gaan.

De door de projectgroep voorgestelde *haalbare* indicatoren zijn in de periode september tot en met november 2012, ter autorisatie voorgelegd aan de besturen van de PON-partnerorganisaties die betrokken zijn bij obesitaszorg voor de doelgroep volwassenen. Al de in de autorisatieprocedure betrokken organisaties, de KNGF, de KNMP, de NHG, de NVAB, de NVD, het NIP, de NIV, de NOV en de NVvH, hebben formeel ingestemd met de set.

De V&VN heeft de set niet formeel kunnen accorderen, aangezien er binnen de vereniging nog te weinig expertise op het gebied van obesitas zorg aanwezig is en het bestuur daarmee niet namens haar leden kan spreken. Wel hebben enkele experts vanuit de vereniging meegewerkt aan de totstandkoming van deze haalbare indicatorenset.

### 3. DEFINITIE DOELGROEP & KENGETALLEN

Bij het formuleren van indicatoren is het van belang om de beoogde doelgroep helder in beeld te kunnen brengen, om zodoende betrouwbare informatie uit de geformuleerde indicatoren te kunnen afleiden. Alvorens in te gaan op de beoogde populatie en de afbakening van de doelgroep volwassenen voor de indicatorenset, wordt eerst ingegaan op de risicobepaling die onderliggend is aan gedefinieerde doelgroepen in de Zorgstandaard Obesitas.

#### 3.1 Risicobepaling in de Zorgstandaard Obesitas

Voor het vaststellen van de zorgbehoefte en het vereiste niveau van zorgverlening, wordt in de Zorgstandaard Obesitas niet enkel naar de BMI gekeken, maar wordt uitgegaan van het 'gewichtsgelateerd gezondheidsrisico'<sup>7</sup> (GGR). Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is, en wordt vastgesteld op basis van BMI, de aanwezigheid van risicofactoren voor (ziekte en sterfte aan) hart- en vaatziekten (HVZ) of Diabetes Mellitus type 2 (DM2) en aanwezige comorbiditeit (DM2, HVZ, slaapapneu en/of artrose). In onderstaande tabel is de opbouw van het GGR afgebeeld.

#### Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij volwassenen

BMI kg/m <sup>2</sup>	Geen verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ en DM2	Verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ of DM2 door risicofactoren*	Comorbiditeit(en)**
≥ 25 BMI < 30	Licht verhoogd	Matig verhoogd	Matig verhoogd
≥ 30 BMI < 35	Matig verhoogd	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
≥ 35 BMI < 40	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Extreem verhoogd
BMI ≥ 40	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd

\* Aanwezigheid 10-jaarsrisico van overlijden aan risicofactoren voor HVZ > 5% of aanwezigheid gestoord nuchtere glucose

\*\* Aanwezigheid van DM2, HVZ, slaapapneu en/of artrose.

Figuur 1: niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij volwassenen (Zorgstandaard Obesitas, 2010)

Het verhoogd risico op sterfte aan HVZ of DM 2 door risicofactoren, is gebaseerd op de berekening van het risicoprofiel in de NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2 (2006), de CBO/NHG richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (2006) en de NHG-standaard het Preventieconsult module Cardiometabool (2009). Na de publicatie van de Zorgstandaard Obesitas in 2010, zijn de multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (herziening 2011)<sup>8</sup> en gelijknamige NHG-standaard CVRM (herziening 2012)<sup>9</sup> uitgekomen. De hierin opgenomen risicotabel wijkt op een aantal punten af van de versie uit 2006 (CBO richtlijn CVRM, pag. 13-15).

In het kader van het Nationaal Actieplan Diabetes is begin 2012 een multidisciplinaire projectgroep gestart, die als doel heeft een uniforme aanpak van risicodefinitie te realiseren voor de aandoeningen DM2, HVZ, nierfalen en obesitas. De herziene CVRM-richtlijn vormt het inhoudelijke vertrekpunt van de projectgroep. Mogelijk relevante uitkomsten van dit project voor de indicatorenset van de ZO, zullen bij een eventuele toekomstige update van deze set worden meegenomen.

#### 3.2 Doelgroepen volwassenen Zorgstandaard Obesitas

Geïndiceerde preventie:

<sup>7</sup> Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland; 2010.

<sup>8</sup> Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair risicomanagement, herziening; 2011.

<sup>9</sup> NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.

De groep volwassenen met een licht verhoogd GGR betreft volwassenen met overgewicht, zonder additionele risicofactoren of comorbiditeit. Deze groep komt volgens de ZO in aanmerking voor individuele leefstijladviezen op maat; een interventie uitgevoerd door een multidisciplinair zorgteam is voor deze groep niet geïndiceerd (ZO, pag. 23).

#### Zorggerelateerde preventie:

Voor volwassenen met een matig, sterk en extreem verhoogd GGR geldt dat er een indicatie voor zorggerelateerde preventie is. Dit omvat de multidisciplinaire behandeling, in de Zorgstandaard Obesitas aangeduid als 'gecombineerde leefstijl interventie (GLI)<sup>10</sup>, voor de groep mensen die op basis van hun gezondheidsrisico adequate zorg nodig hebben. In onderstaande piramide staat gevisualiseerd hoe de niveaus van preventie gekoppeld zijn aan het GGR en de geïndiceerde behandeling.

#### Piramide GGR met bijbehorende niveaus van preventie en behandeling



Figuur 2: Piramide GGR met bijbehorende niveaus van preventie en behandeling (Zorgstandaard Obesitas, 2010)

### 3.3 Doelgroepafbakening interne indicatoren

#### 3.3.1. Exclusie groep geïndiceerde preventie

Zoals uit de piramide valt af te lezen, geldt er voor de groep volwassenen met geïndiceerde preventie geen indicatie voor zorg. Daarom maakt deze groep geen deel uit van de afgebakende doelgroep waarover interne indicatoren berekend gaan worden.

#### 3.3.2. Inclusie groep zorggerelateerde preventie:

Deze groep die de drie bovenste lagen van de piramide beslaat, bestaat uit de volgende subgroepen:

1. Groep volwassenen met *obesitas*
2. Groep volwassenen met *obesitas* in combinatie met additionele risicofactoren of comorbiditeit
3. Groep volwassenen met *overgewicht* in combinatie met additionele risicofactoren of comorbiditeit

#### 3.3.3. Voorlopige exclusie groep volwassenen overgewicht

De hierboven gedefinieerde groep volwassenen met overgewicht in combinatie met verhoogd cardiovasculair risicoprofiel en of comorbiditeit, is zeer divers van samenstelling en behoeft afstemming met diverse andere partijen ten aanzien van eenduidige operationalisatie en registratie.

**In het kader van een nu haalbare opdrachtstelling, heeft de projectgroep besloten deze groep in een volgende fase van het project te includeren.**

<sup>10</sup> Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland; 2010 (pag. 29).

### 3.3.4. Uiteindelijke doelgroep deze indicatorenset

Op basis van bovengenoemde argumenten over zorgindicatie en het aanbrengen van een haalbare fasering van het project, vormt onderstaande doelgroep het definitieve uitgangspunt voor de in dit document beschreven indicatoren.

**Volwassenen:** Ingeschreven (vaste\*) patiënten van 18 jaar en ouder bekend met:

Obesitas (ICPC T82, Adipositas, BMI  $\geq$  30 gemeten in de afgelopen 5 jaar )

Obesitas in combinatie met:

- Comorbiditeit (HVZ, DM, slaapapneu of artrose)
- Additionele risicofactoren
  - te grote middelomtrek ( voor mannen  $\geq$  102 cm en voor vrouwen  $\geq$  88 cm)
  - verhoogd cardiovasculair risico (herziene CBO/NHG richtlijn CVRM, 2011, inclusief verhoogd risico op diabetes type 2)

\*'vaste' betekent: inschrijving langer dan 12 maanden ( $\geq$  12 maanden) aan het einde van de rapportageperiode

## 3.4 Kengetallen

Kengetallen leveren noodzakelijke informatie voor het berekenen van kwaliteitsindicatoren.

### 1. % patiënten van 18 jaar en ouder van de vaste praktijkpopulatie bekend met obesitas

<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas</b>
<b>noemer</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder in de praktijk</b>
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82, Adipositas, of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar. Body Mass Index (BMI), geregistreerd als numerieke meetwaarde in afgelopen 5 jaar. Vast gedefinieerd als: inschrijving langer dan 12 maanden ( $\geq$ 12 maanden) aan het einde van de rapportageperiode.

### 2. % patiënten van 18 jaar en ouder van de vaste praktijkpopulatie bekend met obesitas (inclusief groep slaapapneu en artrose) en *zonder\** HVZ en DM2

<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas en zonder HVZ en DM2</b>
<b>noemer</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas</b>
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar. Diabetes Mellitus type 2 gedefinieerd als ICPC T90. HVZ gedefinieerd als ICPC K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99,01 (eén of meerdere).

\*N.B. In paragraaf 2.3 wordt een toelichting gegeven op de selectie van de groep volwassenen met obesitas zonder HVZ en DM2.

## 4 UITWERKING INDICATOREN

### 4.1 Haalbare indicatoren

Haalbare indicatoren betreffen zowel inhoudelijk valide indicatoren als indicatoren die nu al geregistreerd kunnen worden en waarvan de definities voor extractie in 2013 geoperationaliseerd worden. Het gaat zowel om ongemodificeerde, als deels gemodificeerde indicatoren.

Onderstaande informatie over de doelgroep is van toepassing op al de indicatoren, en wordt daarom niet in de formulering van elke indicator herhaald:

- Patiënten van de vaste praktijkpopulatie: inschrijving langer dan 12 maanden ( $\geq 12$  maanden) aan het einde van de rapportageperiode
- Patiënten van 18 jaar en ouder.
- Patiënten **zonder** HVZ en DM2.

### 3.A. MIDDELOMTREK

#### % patiënten bekend met obesitas waarbij middelomtrek is gemeten in de afgelopen 5 jaar.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het meten van de middelomtrek maakt deel uit van het cardiovasculair risicoprofiel (herziene CVRM-richtlijn, pag. 23), dat nodig is voor vaststellen van het GGR (Zorgstandaard Obesitas, pag. 20).
<b>bron en evt. modificaties</b>	Publieke indicatoren over de kwaliteit van huisartsenzorg (Voerman et al. 2009) <sup>11</sup> , indicatornr. 4.10
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas zonder HVZ of DM en met een geregistreerde meetwaarde middelomtrek in de afgelopen 5 jaar</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in de afgelopen 5 jaar. Middelomtrek in cm en geregistreerd als numerieke meetwaarde in afgelopen 5 jaar.
<b>type indicator</b>	Proces

### 3.B. BLOEDDRUK

#### % patiënten bekend met obesitas waarbij bloeddruk is gemeten in de afgelopen 5 jaar.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het bepalen van de bloeddruk maakt deel uit van het cardiovasculair risicoprofiel (herziene CVRM-richtlijn, pag. 23), dat nodig is voor vaststellen van het GGR.
<b>bron en evt. modificaties</b>	- Publieke indicatoren over de kwaliteit van huisartsenzorg (2009), indicatornr. 4.13. - NDF-set zorginhoudelijke indicatoren patiënten DM2 (2010) <sup>12</sup> , indicatornr 2.b.
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas zonder HVZ of DM en een gemeten bloeddruk in de afgelopen 5 jaar</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in de afgelopen 5 jaar Bloeddruk bevat zowel systolische als diastolische waarde en geregistreerd als afzonderlijke numerieke meetwaarden in de afgelopen 5 jaar.
<b>type indicator</b>	Proces

<sup>11</sup> Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg (2009). IQ health care en NHG.

<sup>12</sup> Zorginhoudelijke indicatoren van de diabeteszorg voor patiënten met diabetes type 2. Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort. 2010.

### 3.c. Rookstatus

#### % patiënten bekend met obesitas bij wie de rookstatus is geregistreerd in de afgelopen 5 jaar.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het bepalen van de rookstatus maakt deel uit van het cardiovasculair risicoprofiel (herziene CVRM-richtlijn, pag. 23), dat nodig is voor het vaststellen van het GGR.
<b>bron en evt. modificaties</b>	- Publieke indicatoren over de kwaliteit van huisartsenzorg, indicatornr. 1.13 en 4.5 (2009) - NDF-set zorginhoudelijke indicatoren patiënten DM2 (2010), indicatornr. 7.a.
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas zonder HVZ en DM bij wie de rookstatus is geregistreerd in de afgelopen 5 jaar</b>
<b>noemer</b>	Aantal bekende patiënten met BMI $\geq$ 30 en zonder HVZ en DM in de praktijkpopulatie
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar
<b>type indicator</b>	Proces
<b>opmerkingen</b>	Deze indicator is toegevoegd om het risicoprofiel in kaart te kunnen brengen. Er wordt met deze indicator geen oorzakelijk verband verondersteld tussen roken en (de mate van) overgewicht.

### 3.D. LIPIDENPROFIEL

#### % patiënten bekend met obesitas waarbij lipidenprofiel is gemeten in de afgelopen 5 jaar.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het bepalen van het Lipidenprofiel kan deel uitmaken van het benodigde laboratoriumonderzoek voor het opstellen van het risicoprofiel (herziene CVRM-richtlijn, pag. 23), dat nodig is voor vaststellen van het GGR. De arts maakt een inschatting van de kans op een verhoogd Lipidenprofiel. Dit hangt onder meer af van de hoogte van de BMI, leeftijd, andere risicofactoren voor DM2 en/of HVZ, zoals voorkomen in de familie, etniciteit.
<b>bron en evt. modificaties</b>	- Publieke indicatoren over de kwaliteit van huisartsenzorg, indicatornr. 1.8 (2009) - NDF-set zorginhoudelijke indicatoren zorg patiënten DM type 2, indicatornr. 4a; (2010)
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas en zonder HVZ of DM en een gemeten Lipidenprofiel in de afgelopen 5 jaar</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar Lipidenprofiel bevat nuchtere waarden van minimaal de bloedbepalingen cholesterol, LDL, HDL, triglyceride en allen geregistreerd als numerieke meetwaarden in de afgelopen 5 jaar.
<b>type indicator</b>	Proces

### 3.E. NUCHTERE GLUCOSE

#### % patiënten bekend met obesitas waarbij nuchtere glucose is gemeten in de afgelopen 5 jaar.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het bepalen van de nuchtere glucose kan deel uitmaken van het benodigde laboratoriumonderzoek voor het opstellen van het risicoprofiel (herziene CVRM richtlijn, pag. 23), dat nodig is voor vaststellen van het GGR. De arts maakt een inschatting van de kans op een verhoogde nuchtere glucose. Dit hangt onder meer af van de hoogte van de BMI, leeftijd, andere risicofactoren voor DM2 en/of HVZ, zoals voorkomen in de familie, etniciteit.
<b>bron en evt. modificaties</b>	- Publieke indicatoren over de kwaliteit van huisartsenzorg, indicatornr. 1.4 (2009) - NDF-set zorginhoudelijke indicatoren zorg patiënten diabetes mellitus 2,



	indicatornr. 4 (2010) - Definitief concept addendum preventie in de NDF-Zorgstandaard (2012) <sup>13</sup>
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas zonder HVZ of DM en gemeten nuchtere glucose in de afgelopen 5 jaar</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar Nuchtere glucose is nuchter bepaalde bloedglucosewaarde en geregistreerd als meetwaarde in afgelopen 5 jaar.
<b>type indicator</b>	Proces

#### 4. MATE VAN BEWEGEN

##### % patiënten bekend met obesitas waarbij mate van bewegen bekend is.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het bepalen van de mate van bewegen maakt deel uit van de 'aanvullende analyse persoonsgegevens' voor het opstellen van het individueel zorgplan (ZO, pag. 27).
<b>bron en evt. modificaties</b>	- Publieke indicatoren kwaliteit huisartsenzorg, indicatornr. 2.12 en 4.18 (2009). - Zorginhoudelijke indicatoren over de kwaliteit van zorg voor mensen met COPD <sup>14</sup> , indicatornr. 3
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas en zonder HVZ of DM en een bekende bewegestatus</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar. Bewegestatus is 1 van 5 antwoorden op de vraag in welke mate patiënt beweegt (1) volgens norm gezond bewegen, (2) meer dan ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) maar minder dan de norm, (3) ADL, (4) minder dan ADL, (5) onduidelijk) en geregistreerd als numerieke meetwaarde in afgelopen 5 jaar. Definitie ADL, zie NHG indicatoren voor COPD in de huisartsenzorg (2009) <sup>15</sup> , p17.
<b>type indicator</b>	Proces

#### 5. VOEDINGSPATROON

##### % patiënten bekend met obesitas waarbij voedingspatroon is besproken.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het bespreken van het voedingspatroon maakt deel uit van de 'aanvullende analyse persoonsgegevens' voor het opstellen van het individueel zorgplan (ZO, pag. 27).
<b>bron en evt modificaties</b>	Publieke indicatoren over kwaliteit Huisartsenzorg (P4.19)
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas en zonder HVZ of DM waarbij het voedingspatroon is besproken</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar.

<sup>13</sup> Addendum geïndiceerde preventie bij de NDF-Zorgstandaard Diabetes type 2. Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort. 2012.

<sup>14</sup> Zorginhoudelijke indicatoren over de kwaliteit van zorg voor mensen met COPD (2012). Long Alliantie Nederland. Zorgstandaard COPD. Amersfoort, 2010.

<sup>15</sup> Overzicht en definitie indicatoren voor COPD in de huisartsenzorg. NHG. Versie 1.1; 2009.

	Bespreken van voedingspatroon in HIS geregistreerd als numerieke meetwaarde (ja/nee) in de afgelopen 5 jaar.
<b>type indicator</b>	Proces
<b>opmerkingen</b>	Bij 'ja' kan doorverwijzing volgen naar voedingsdeskundige met competenties zoals beschreven in de definitieve concept van de Zorgmodule Voeding <sup>16</sup> , waar nadere analyse van het voedingspatroon kan plaatsvinden. Zie indicator 7 voor <i>wenselijke</i> formulering van deze indicator op basis van richtlijnen goede voeding

## 6. STRUCTUREEL MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

### Is er bij patiënten bekend met obesitas sprake van structureel multidisciplinair overleg tussen zorgverleners die betrokken zijn bij een behandeling op basis van een GLI?

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Binnen een zorggroep zijn verantwoordelijkheden voor de zorg goed afgestemd. Structureel multidisciplinair overleg tussen betrokken zorgverleners bij het uitvoeren van een GLI, is een essentiële randvoorwaarde voor het aanbieden van de GLI zoals beschreven in de ZO.
<b>definitie</b>	Met structureel multidisciplinair overleg (MDO) wordt bedoeld overleg tussen zorgverleners binnen de zorggroep die betrokken zijn bij behandeling op basis van een GLI: ja/nee.
<b>type indicator</b>	Structuur
<b>opmerking</b>	Afspraken over invulling en intensiteit van het MDO worden vastgelegd in het individueel zorgplan (ZO, pag. 29).

<sup>16</sup> Zorgmodule Voeding. Amsterdam, 2012.

## 4.2 Wenselijk inhoudelijk valide indicatoren

Nog niet registreerbare indicatoren; de benodigde data voor het uitlezen van de indicatoren kunnen nog niet geëxtraheerd worden uit bestaande registratiesystemen zoals het Huisartsen Informatiesysteem (HIS). De kerngroep adviseert om concrete afspraken te maken over welke aanpassingen nodig zijn om deze indicatoren op afzienbare termijn in de haalbare set toe te voegen en wanneer deze aanpassingen verricht gaan worden.

Onderstaande informatie over de doelgroep is van toepassing op al de indicatoren, en wordt daarom niet bij in elke indicator herhaald:

- Patiënten van de vaste praktijkpopulatie: inschrijving langer dan 12 maanden ( $\geq 12$  maanden) aan het einde van de rapportageperiode
- Patiënten van 18 jaar en ouder.
- Patiënten **zonder** HVZ en DM.

## 7. VOEDINGSPATROON

### % patiënten bekend met obesitas waarbij het voedingspatroon is geïnventariseerd aan de hand van de richtlijnen goede voeding

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het inventariseren van het voedingspatroon is een deel van de 'aanvullende analyse persoonsgegevens' voor het opstellen van het individueel zorgplan (ZO, pag. 27).
<b>bron en evt. modificaties</b>	Publieke indicatoren over kwaliteit Huisartsenzorg (P4.19)
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder met obesitas en zonder HVZ of DM, waarbij het voedingspatroon is geïnventariseerd</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in de afgelopen 5 jaar. Met inventariseren voedingspatroon wordt een screening van het patroon op hoofdlijnen op basis van de richtlijnen goede voeding <sup>17</sup> bedoeld.
<b>type indicator</b>	Proces
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Indicator is nog niet registreerbaar, omdat er nog geen korte valide beschrijving bestaat voor het inventariseren van het voedingspatroon. Op het moment dat een dergelijke operationalisatie is ontwikkeld, zal een traject worden ingezet om deze indicator toe te voegen aan de 'haalbare lijst'. De huidige haalbare procesindicator die nu 'het bespreekbaar maken' van het voedingspatroon meet, zal dan komen te vervallen.
<b>opmerking</b>	Voor een indicatie van de benodigde competenties van de zorgverlener om de passende voedingszorg te kunnen verlenen, wordt verwezen naar het definitieve concept van de Zorgmodule Voeding.

## 8.A. DOORVERWIJZING NAAR GLI

### % patiënten bekend met obesitas dat is doorverwezen naar een behandeling op basis van de 'gecombineerde leefstijlinterventie' (GLI)

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het doel van deze indicator is om in beeld te brengen welk % van de gediagnosticeerde volwassenen met obesitas is doorverwezen naar een behandeling op basis van de GLI.
<b>bron en evt. modificaties</b>	Conceptset indicatoren obesitas Academische Thuiszorgwerkplaats Zwolle <sup>18</sup> .
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie</b>

<sup>17</sup> Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr. 2006/21. ISBN 90-5549-627-8.

<sup>18</sup> Rapport ATW Overgewicht Zwolle: Kwaliteitsindicatoren voor de keten overgewicht en obesitas: kinderen en senioren (2011).

	<b>bekend met obesitas en zonder HVZ of DM, dat is doorverwezen naar een behandeling op basis van de GLI</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar. De multidisciplinaire CBO-richtlijn Obesitas stelt dat bij een behandeling gericht op leefstijl, een 'gecombineerde leefstijlinterventie' de meest effectieve vorm van behandeling is (CBO, pag. 18) <sup>19</sup> . Voor patiënten met een extreem verhoogd GGR is een intensieve behandeling gericht op leefstijl eveneens het eerste uitgangspunt. Aanvullend vormt cognitieve gedragstherapie (CGT) een vast onderdeel van de behandeling conform de GLI+ (ZO, pag. 34,35).
<b>type indicator</b>	Proces
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Indicator is nog niet registreerbaar omdat in het HIS (Huisartsen Informatie systeem) nog geen startmoment voor de behandeling op basis van een GLI gedefinieerd kan worden. In het kader van het ontwikkeltraject van 'wenselijke' naar 'haalbare' indicator, wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken. De intensieve variant van de GLI ('GLI+', ZO pag. 33) kan in de toekomst wellicht als aparte indicator geregistreerd worden. Besloten is om eerst de GLI indicator te ontwikkelen, alvorens een aanvullende 'GLI+ indicator' te formuleren.

#### 8.B. GESTARTE BEHANDELING NA DOORVERWIJZING

##### % patiënten bekend met obesitas dat na doorverwijzing is gestart met een GLI

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het doel van deze indicator is om de kwaliteit van de ketensamenwerking en individuele therapietrouw in beeld te brengen: welk % van de gediagnosticeerde volwassenen met obesitas is na succesvolle doorverwijzing <b>gestart</b> met een GLI.
<b>bron en evt. modificaties</b>	NIEUW
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM, dat na doorverwijzing is gestart met een GLI</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM dat is doorverwezen naar een GLI
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq$ 30 gemeten in de afgelopen 5 jaar.
<b>type indicator</b>	Proces
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Indicator is nog niet registreerbaar omdat in het HIS nog geen startmoment voor de behandeling gedefinieerd kan worden. In het kader van het ontwikkeltraject van 'wenselijke' naar 'haalbare' indicator, wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken.

#### 8.C. AANTAL VOLTOOIDE BEHANDELINGEN

##### % patiënten bekend met obesitas dat een GLI heeft voltooid

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het doel van deze indicator is om kwaliteit van ketensamenwerking en individuele therapietrouw van de patiënt in beeld te brengen: welk % van de gediagnosticeerde volwassenen met obesitas dat gestart is met een GLI heeft deze daadwerkelijk ook <b>voltooid</b> .
<b>bron en evt. modificaties</b>	NIEUW
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM, dat een GLI heeft voltooid</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie

<sup>19</sup> 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.

	bekend met obesitas en zonder HVZ of DM dat is gestart met een GLI
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in de afgelopen 5 jaar.
<b>type indicator</b>	Proces
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Indicator is nog niet registreerbaar omdat in het HIS nog geen startmoment voor de behandeling gedefinieerd kan worden. Zonder startmoment kan er ook geen einde van de behandeling geregistreerd worden. In het kader van het ontwikkeltraject van 'wenselijke' naar 'haalbare' indicator, wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken.

#### 9.A. GEWICHTSVERLIES NA 1 JAAR

##### % patiënten bekend met obesitas met succesvol gewichtsverlies na eenjarige intensieve behandelingsfase op basis van een GLI

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het lichaamsgewicht is een goed kwantificeerbare maat, die sterk geassocieerd is met gezondheidsrisico's. Gewichtsverlies heeft een bewezen gunstig effect op deze risico's. De mate van gewichtsverlies zegt iets over de verbetering van de gezondheid en kwaliteit van leven, en is hiermee een indicator voor het behalen van de gestelde behandoelen (ZO, pag. 32).
<b>bron en evt. modificaties</b>	NIEUW
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM, met succesvol gewichtsverlies na eenjarige intensieve behandelingsfase conform GLI</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM dat is gestart met een GLI
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in de afgelopen 5 jaar. Succesvol gewichtsverlies is afhankelijk van het GGR: Voor volwassenen met een matig en sterk verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 5\%$ na één jaar intensieve behandeling. Voor volwassenen met een extreem verhoogde GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na één jaar intensieve behandeling.
<b>type indicator</b>	Uitkomst
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Indicator is nog niet registreerbaar omdat in het HIS nog geen startmoment voor de behandeling gedefinieerd kan worden en er vervolgens geen maat is waarop de uitkomst van de behandeling gebaseerd kan worden. In het kader van het ontwikkeltraject van 'wenselijke' naar 'haalbare' indicator, wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken.

#### 9.B. GEWICHTSVERLIES NA 2 JAAR

##### % patiënten bekend met obesitas met succesvol gewichtsverlies na afloop tweejarige behandelingsfase op basis van een GLI

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Na één jaar intensieve behandeling volgt één jaar onderhoud gericht op terugvalpreventie, waarin de persoon driemaandelijks op controle komt om de voortgang van de behandeling te monitoren (ZO, pag. 33).
<b>bron en evt. modificaties</b>	NIEUW
<b>teller</b>	<b>Patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM, met succesvol gewichtsverlies na afloop van de tweejarige behandelingsfase conform GLI</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM dat een GLI heeft voltooid
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in de afgelopen 5 jaar. Succesvol gewichtsverlies na tweejarige onderhoudsfase is afhankelijk van GGR: Volwassenen matig en sterk verhoogd GGR: gestreefd wordt naar handhaving

	van gewichtsverlies van $\geq 5\%$ na eenjarige <u>onderhoudsfase</u> . Volwassenen met extreem verhoogd GGR: gestreefd wordt naar handhaving van gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na eenjarige <u>onderhoudsfase</u> .
<b>type indicator</b>	Uitkomst
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Indicator is nog niet registreerbaar omdat in het HIS nog geen startmoment voor de behandeling gedefinieerd kan worden en er vervolgens geen maat is waarop de uitkomst van de behandeling gebaseerd kan worden. In het kader van het ontwikkeltraject van 'wenselijke' naar 'haalbare' indicator, wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken.
<b>opmerking</b>	Afspraken over monitoring gewichtsverlies op langere termijn, bv na 5 en 10 jaar, worden gemaakt tussen patiënt en centrale zorgverlener en worden opgenomen in het individueel zorgplan, zie indicator nr 10.

## 10. BEGELEIDINGSPLAN

### % patiënten bekend met obesitas met wie na afronding van tweejarige behandelfase op basis van een GLI een begeleidingsplan is opgesteld.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Het doel van deze indicator is om in kaart te brengen bij welk percentage van de patiënten afspraken worden gemaakt over de inhoud van de begeleidingsfase zoals beschreven in de ZO (pag. 39). Obesitas is een chronische ziekte. Na de behandeling volgt voor iedereen met een matig, sterk en extreem verhoogd GGR voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase. Afspraken over monitoring gewichtsverlies op langere termijn, bv na 5 en 10 jaar, worden gemaakt tussen patiënt en centrale zorgverlener en worden opgenomen in het individueel zorgplan.
<b>bron en evt. modificaties</b>	NIEUW
<b>teller</b>	<b>Patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM, met wie na afronding van de tweejarige behandelfase een begeleidingsplan is opgesteld</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM dat een GLI heeft voltooid
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in de afgelopen 5 jaar. Met begeleidingsplan wordt bedoeld het onderdeel van het individueel zorgplan dat inhoud en intensiteit van begeleidingsfase definieert op basis van inhoud ZO.
<b>type indicator</b>	Proces
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Indicator is nog niet registreerbaar omdat in het HIS nog geen startmoment voor de behandeling gedefinieerd kan worden. In het kader van het ontwikkeltraject van 'wenselijke' naar 'haalbare' indicator, wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken.

### 4.3 Wenselijk meetbare items (in format potentiële indicator)

Voor deze items geldt dat het nog niet duidelijk is of doorontwikkeling tot indicator mogelijk is, aangezien eenduidige meetbaarheid aan de hand van een valide meetinstrument nog ontbreekt. Het advies van de kerngroep is dan ook om in samenwerking met relevante partijen het benodigde meetinstrument te ontwikkelen en vervolgens te onderzoeken of doorontwikkeling tot indicator mogelijk is.

Onderstaande informatie over de doelgroep is van toepassing op al de in deze paragraaf genoemde indicatoren:

- Patiënten van de vaste praktijkpopulatie: inschrijving langer dan 12 maanden ( $\geq 12$  maanden) aan het einde van de rapportageperiode
- Patiënten van 18 jaar en ouder.
- Patiënten **zonder** HVZ en DM.

## 11. BESPREEKBAAR MAKEN GEWICHTSREDUCTIE

### % Patiënten bekend met obesitas bij wie gewichtsreductie bespreekbaar is gemaakt.

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Deze potentiële indicator geeft informatie over het aantal mensen met een BMI $\geq 30$ in de praktijkpopulatie bij wie gewichtsreductie ter sprake is gebracht, wat inzicht geeft in kwaliteit van signalering in de keten.
<b>bron en evt. modificaties</b>	Concept set indicatoren obesitas Academische thuiszorgwerkplaats Zwolle
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM bij wie gewichtsreductie bespreekbaar is gemaakt</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in de afgelopen 5 jaar. Het bespreekbaar maken van obesitas, kan bij alle zorgverleners waar de persoon met een zorgvraag komt plaatsvinden. Zie de ZO (pag. 23) en de NHG-standaard Obesitas <sup>20</sup> (pag. 611) voor concrete richtlijnen hieromtrent.
<b>type indicator</b>	Proces
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	In het HIS kan 'advies voor gewichtsreductie' aangevinkt worden, maar dit is geen betrouwbare maat omdat er geen afspraken zijn over gestructureerde follow-up. Er dient echter eerst bepaald te worden hoe het begrip 'bespreekbaar maken van gewichtsverlies' op valide wijze geoperationaliseerd kan worden. In het kader van het ontwikkeltraject 'wenselijk meetbaar item' naar 'wenselijke indicator' (en later 'haalbare indicator'), wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken.

## 12. PSYCHOLOGISCHE ONDERSTEUNING GEDRAGSVERANDERING

### % patiënten bekend met obesitas met indicatie voor psychologische ondersteuning bij gedragsverandering

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Deze potentiële indicator geeft informatie over het vaststellen van de behoefte aan psychologische ondersteuning bij gedragsverandering als onderdeel van het individueel behandelplan (ZO, pag. 27).
<b>bron en evt. modificaties</b>	NIEUW
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM, met indicatie voor psychologische ondersteuning bij gedragsverandering</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM
<b>definitie(s)</b>	Met obesitas wordt bedoeld ICPC T82 (Adipositas), of een BMI $\geq 30$ gemeten in

<sup>20</sup> Van Binsbergen J.J., Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. 2010.

	<p>de afgelopen 5 jaar.</p> <p>Ondersteuning bij gedragsverandering vormt een vast onderdeel van de GLI. Daarnaast is het voor iedereen met een <i>matig</i> en <i>sterk</i> verhoogd GGR mogelijk om cognitieve gedragstherapie (CGT) op maat te ontvangen (ZO, pag. 33). Voor volwassenen met een <i>extreem</i> verhoogd GGR maakt cognitieve gedragstherapie standaard deel uit van de behandeling.</p>
<b>type indicator</b>	Proces
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Er is nog geen gestandaardiseerd meetinstrument dat 'psychologische behoefte aan ondersteuning bij gedragsverandering' in kaart kan brengen. Het is van belang op de hoogte te blijven van de ontwikkeling van relevante indicatorensets, waaronder die van de Zorgstandaard Depressie. In het kader van het ontwikkeltraject 'wenselijk meetbaar item' naar 'wenselijke indicator' (en later 'haalbare indicator'), wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken.

### 13. KWALITEIT VAN LEVEN

#### % patiënten bekend met obesitas bij wie de kwaliteit van leven is verbeterd na afloop van tweejarige behandelfase

<b>doel/relatie tot kwaliteit</b>	Deze potentiële indicator geeft informatie over de kwaliteit van leven van de persoon met obesitas na het afronden van de tweejarige behandelfase.
<b>bron en evt. modificaties</b>	Concept set indicatoren obesitas Academische Thuiszorgwerkplaats Zwolle.
<b>teller</b>	<b>Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM, bij wie de kwaliteit van leven is verbeterd na afloop van tweejarige behandelfase</b>
<b>noemer</b>	Aantal patiënten van 18 jaar en ouder van de geregistreerde praktijkpopulatie bekend met obesitas en zonder HVZ of DM dat een GLI heeft voltooid
<b>definitie(s)</b>	Het voornaamste doel van een zorgstandaard is het bevorderen van de kwaliteit van de zorg voor mensen met een chronische aandoening (ZO, pag. 17 en 31). Kwaliteit van leven is echter lastig kwantificeerbaar. Optionele meetinstrumenten zijn de SF-36, SF-12, EQ-6D, CQ-index.
<b>type indicator</b>	Uitkomst
<b>toelichting waarom 'wenselijk'</b>	Er bestaan diverse vragenlijsten voor het meten van kwaliteit van leven, maar eerst dient vastgesteld te worden welke items betrekking hebben op ervaren kwaliteit van leven door mensen met obesitas. In het kader van het ontwikkeltraject 'wenselijk meetbaar item' naar 'wenselijke indicator' (en later 'haalbare indicator'), wordt een plan van aanpak opgesteld met concrete werkafspraken.



#### **4.4 Verwijzing naar indicatorensets NDF- en VRM zorgstandaard voor uitkomstmaten risicofactoren of comorbiditeit**

De behandeling in de Zorgstandaard Obesitas voor volwassenen is gericht op het bewerkstelligen van gewichtsverlies, het verbeteren van de lichamelijke fitheid en daarmee het realiseren van gezondheidswinst (ZO, pag. 33). Het lichaamsgewicht is een goed kwantificeerbare maat, die sterk geassocieerd is met gezondheidsrisico's. De mate van gewichtsverlies zegt iets over de verbetering van de gezondheid en is hiermee een indicator van hoe succesvol iemand is in het behalen van de uiteindelijke doelen van de behandeling.

Naast het lichaamsgewicht als uitkomstmaat, zijn er echter ook andere uitkomstmaten die als effect van de behandeling conform de ZO in kaart kunnen worden gebracht, zoals verbetering van kwaliteit van leven (zie wenselijke indicator nummer 13) of eventueel aanwezige risicofactoren of comorbiditeit. Voor het in kaart brengen van deze laatst genoemde uitkomstmaten, wordt verwezen naar relevante indicatoren behorende bij de NDF zorgstandaard, de zorgstandaard VRM en de ZiZo set Externe indicatoren voor Obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) bij volwassenen<sup>21</sup>. Voor artrose is nog geen indicatorenset ontwikkeld.

#### **4.5 Implementatietraject haalbare indicatoren en ontwikkeltraject wenselijke indicatoren**

Het PON is eigenaar van deze set met haalbare en wenselijke indicatoren behorende bij de Zorgstandaard Obesitas. De projectgroep die deze set heeft opgeleverd, is specifiek voor deze opdracht benaderd. Het PON zal bij de projectgroepleden informeren of zij bij de vervolgvactiteiten betreffende implementatie van haalbare indicatoren en verdere ontwikkeling van wenselijke indicatoren betrokken willen blijven.

De volgende activiteiten staan na 2012 op de planning:

Voor de **haalbare indicatoren** geldt dat het Nederlands Huisartsen Genootschap in 2013 de inhoudelijke operationalisatie zal gaan opstarten.

De **wenselijke indicatoren** zijn momenteel nog niet registreerbaar, omdat er nog geen 'startmoment voor de behandeling' in het HIS (Huisartsen Informatiesysteem) aangemaakt kan worden. Samen met het NHG zal op korte termijn gezocht worden naar mogelijke oplossingen voor dit knelpunt, zodat voor de wenselijke indicatoren op korte termijn een ontwikkeltraject georganiseerd kan worden.

Het gezamenlijke project van de NDF, het Platform Vitale Vaten en het PON gericht op het 'ontwikkelen van een generieke kernset', zal hier belangrijke aangrijpingspunten voor bieden. Het project wordt gesubsidieerd door het nieuwe Kwaliteitsinstituut voor de zorg. Zie de volgende [link](#) voor meer informatie.

Voor de wenselijke indicator 'inventariseren van voedingsgedrag' geldt dat lopende projecten gericht op het ontwikkelen van een geschikt meetinstrument in samenspraak met de Nederlandse Vereniging voor Diëtisten actief worden gevolgd. Op het moment dat een nadere operationalisatie gereed is, kan een traject voor het ontwikkelen van bijbehorende indicator worden gestart.

Voor de '**wenselijk meetbare items**' geldt dat eerst valide operationalisaties van de genoemde begrippen gerealiseerd dienen te worden. Lopende projecten, zoals het ontwikkelen van een schaal die kwaliteit van leven specifiek voor mensen met obesitas in kaart brengt, worden gevolgd en opgepakt op het moment dat opname in de indicatorenset van de ZO mogelijk is.

---

<sup>21</sup> Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Externe indicatoren voor Obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) bij volwassenen. Den Haag, november 2009.

## 5 AANBEVELINGEN TOEKOMSTIGE PROCESINDICATOREN GROEP VOLWASSENEN IN AANMERKING VOOR BARIATRISCHE CHIRURGIE

### 5.1 Inleiding

In dit voorstel worden de aanbevelingen van de projectgroep uiteengezet over de mogelijke ontwikkeling van aanvullende indicatoren voor de groep volwassenen met een extreem verhoogde GGR die in aanmerking wil komen voor bariatrische chirurgie (ZO, pag. 36). Het behandeltraject behorende bij een chirurgische interventie bestaat niet enkel uit de operatie zelf, maar dient een preoperatieve zorgfase te hebben en vervolgd te worden door postoperatieve zorg en onderhoud waarna uiteindelijk reguliere begeleiding volgt.

De projectgroep heeft zich gebogen over de volgende vragen:

1. Wat zijn aanbevelingen uit bestaande richtlijnen en indicatorensets ten aanzien van de kwaliteit van inhoud, proces en structuur van de te leveren zorg?
2. Sluiten bestaande indicatoren aan bij de kwaliteit van de geboden zorg zoals beschreven in de ZO, of dienen voor bepaalde onderdelen van de zorg voorstellen tot ontwikkeling van aanvullende indicatoren gedaan te worden?

Om een antwoord te kunnen geven op deze vragen zijn de volgende stappen genomen:

- De inhoud van bestaande richtlijnen en indicatorensets over bariatrische chirurgie zijn bestudeerd en zijn naast de Zorgstandaard Obesitas gelegd. Zie paragraaf 5.2 en bijlage 2.
- In de expertmeeting van 22 mei 2012 is vervolgens besproken of de gemaakte analyse aanleiding geeft tot een advies over de mogelijke ontwikkeling van aanvullende indicatoren. Zie paragraaf 5.3 en 5.4.

### 5.2 Inventarisatie bestaande richtlijnen en indicatoren over bariatrische chirurgie

Onderstaande richtlijnen en kwaliteitsnormen zijn richtinggevend voor het waarborgen van de kwaliteit van bariatrische chirurgie.

#### Richtlijnen en zorgstandaarden:

- NVvH richtlijn morbide obesitas (2011). De richtlijn is ontwikkeld in aanvulling op de CBO-richtlijn Obesitas<sup>22</sup>.
- NHG-standaard Obesitas (2010).
- CBO-richtlijn Obesitas (2008).
- Zorgstandaard Obesitas (2010).

#### Kwaliteitsnormen en indicatorensets:

- NVvH-normering chirurgische behandelingen (2011). Waaronder gedefinieerde kwaliteitsnormen voor bariatrische chirurgie.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Basisset particuliere klinieken (2011). Waaronder percentage bariatrische ingrepen, samenstelling multidisciplinair team en % postoperatieve controle.
- Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (ZiZo). Indicatorenset Bariatrische chirurgie, uitvraag 2012 over verslagjaar 2011 (2011).

### 5.3 Discussie en uitkomsten expertmeeting 22 mei 2012

Tijdens de expertmeeting hebben vertegenwoordigers van de doelgroep volwassenen met ernstige obesitas besproken of de bestaande indicatorensets en richtlijnen voldoende informatie geven over de kwaliteit van de zorgfase bariatrische chirurgie, of dat er mogelijk aanbevelingen nodig zijn voor ontwikkeling van aanvullende indicatoren behorende bij de ZO:

---

<sup>22</sup> Verdam F.J., de Jonge C., Greve J.W.M. Richtlijn voor de behandeling van morbide obesitas. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2012;156:A4630.

### Structuurindicatoren

Er wordt aangesloten bij de NVvH normering chirurgische behandelingen uit 2011 en de eisen zoals geformuleerd in de indicatorensets van de IGZ en ZiZo.

### Uitkomstindicatoren

Er wordt aangesloten bij de uitkomstmaten zoals geformuleerd in de ZiZo set van 2011. De projectgroep mist in deze set echter de volgende uitkomstmaten van de ingreep zoals vermeld in de ZO (pag. 38):

- Lange termijn gewichtsverlies na bariatrische ingreep (in ZiZo set wordt enkel na 1 jaar gemeten)
- Verbetering van eventueel aanwezige risicofactoren of comorbiditeit
- Effect op kwaliteit van leven

In de expertgroep is vervolgens besproken of de indicatorenset van de ZO zou moeten voorzien in het ontwikkelen van deze missende indicatoren. Hierover is het volgende besloten:

- *Lange termijn uitkomsten van bariatrische chirurgie:* in hoofdstuk vier van dit voorstel staan de wenselijke indicatoren voor het in kaart brengen van gewichtsverlies na 1 en 2 jaar opgenomen. Voor het in kaart brengen van gewichtsverlies op de langere termijn kan gebruik gemaakt worden van de geformuleerde (wenselijke) procesindicator voor het opstellen van een begeleidingsplan. Daarnaast doet de projectgroep de aanbeveling aan Stuurgroep ZiZo ziekenhuizen om bij eventuele toekomstige uitbreiding een uitkomstindicator voor gewichtsverlies op langere termijn toe te voegen.
- *Verbetering van risicofactoren of comorbiditeit:* voor deze uitkomstindicator wordt verwezen naar relevante uitkomstindicatoren in de indicatorensets van de zorgstandaarden NDF en VRM.
- *Kwaliteit van leven:* kwaliteit van leven in relatie tot obesitas wordt in kaart gebracht door de wenselijke indicator zoals beschreven in hoofdstuk 3 van dit voorstel.

### Procesindicatoren

In de in paragraaf 5.2 genoemde indicatorensets, staan geen procesindicatoren die de kwaliteit van de verwijzing van zorggroep naar medisch specialistische setting (het bariatrische zorgteam), en eventuele terugverwijzing naar zorggroep bij aanvang van de begeleidingsfase in kaart brengen. In de expertmeeting is dan ook besproken of en welke procesindicatoren aan de ZO toegevoegd zouden moeten worden om kwaliteit van door- en terugverwijzing binnen de keten in beeld te brengen.

Er is onder andere gekeken naar handvatten die de in 5.2 genoemde richtlijnen kunnen bieden: wat betreft afspraken over doorverwijzing van zorggroep naar specialist, zijn de Zorgstandaard Obesitas en de NHG-standaard Obesitas eenduidig in vermelde criteria van verwijzing (zie bijlage 2). De NVvH-richtlijn morbide obesitas geeft geen informatie over de fase van verwijzing.

Wat betreft terugverwijzing naar zorggroep bij het ingaan van de begeleidingsfase, geven de richtlijnen echter geen eenduidige criteria, noch over het moment van terugverwijzen (in de NHG-standaard Obesitas staat geen termijn opgenomen, in de NVvH richtlijn morbide obesitas en in de ZO wordt periode van 5 jaar genoemd), noch over de taakverdeling tussen zorggroep en specialistische setting (waar wordt bijvoorbeeld comorbiditeit gemonitord).

Om een kwalitatief goede ketensamenwerking te bewerkstelligen, acht de projectgroep het van belang dat betrokken zorgverleners met elkaar in overleg gaan over interpretatie van de richtlijnen en nadere afspraken maken over met name het moment van terugverwijzen. De NOV hecht er belang aan om in deze toekomstige samenwerkingsafspraken expliciet te benadrukken dat de wens van de patiënt zelf leidend is voor de doorverwijzing. Op basis van deze afspraken kan vervolgens het traject van mogelijke vertaling naar procesindicatoren voor de Zorgstandaard Obesitas in gang gezet worden.

## **5.4 Conclusie en aanbevelingen projectgroep**

De projectgroep verwijst voor structuur- en uitkomstindicatoren naar bestaande normering en indicatorensets van de NVvH, ZiZo en de IGZ. Zij geeft daarbij de expliciete aanbeveling dat bij mogelijke

toekomstige uitbreiding van deze indicatorenset, gekeken wordt naar haalbaarheid van de ontwikkeling van uitkomstindicator gewichtsverlies op lange termijn.

Daarnaast adviseert de projectgroep dat er vanuit betrokken beroepsverenigingen initiatief wordt genomen om de ketensamenwerking voor zowel door- als terugverwijzing te agenderen en te komen tot nadere definiëring van verwijs- en samenwerkingsafspraken. Vervolgens kan bepaald worden of deze ketensamenwerkingsafspraken vertaald kunnen worden tot een of meerdere procesindicatoren die aan de indicatorenset van de ZO toegevoegd kunnen worden.

## BIJLAGE 1 PROJECTGROEPLEDEN & SAMENWERKINGSPARTNERS

De hieronder genoemde kern- en expertgroepsleden, vormen gezamenlijk de **projectgroep volwassenen**. De projectgroepsleden zijn vanuit het bestuur van hun beroepsvereniging afgevaardigd en participeerden met last van ruggespraak.

### Samenstelling kerngroep:

- AJN: Ellen van Hoorn, bestuurslid en arts Maatschappij & Gezondheid/Jeugdarts
- KNGF: Rob Vaartjes, kwaliteitsmedewerker
- NHG: Stijn van den Broek, wetenschappelijk medewerker en huisarts  
Margriet Bouma, senior wetenschappelijk medewerker
- NOV: Lisette Hemmen, lid NOV
- NVD: Wineke Remijnse, beleidsadviseur kwaliteit
  
- Extern: Neelie Hellinga, adviseur indicatorenontwikkeling
- PON: Hanneke Noordam, voorzitter kerngroep en projectleider vanuit PON

### Samenstelling expertgroep:

- KNMP: Martina Teichert, apotheker /epidemioloog
- KNGF: Marc Janssen, fysiotherapeut
- NIP: Gerbrand van Hout, medisch psycholoog
- NIV: Lioe-Ting Dijkhorst-Oei, internist
- NVAB: Rosalinde Bakker-Rens, bedrijfsarts  
Andre Weel, bedrijfsarts/epidemioloog/medewerker NVAB bureau
- NVD: Nienke ten Hoor-Aukema, diëtist
- NVvH: Maurits de Brauw, chirurg  
Bert van Ramshorst, chirurg
- V&VN: Marieke Kools- Aarts en Mohammed Said, obesitasverpleegkundigen

N.B. de NHG leden en het NOV-lid uit de kerngroep, vertegenwoordigen eveneens hun beroepsorganisaties in de expertgroep.

### Geconsulteerde samenwerkingspartners (geen onderdeel van projectgroep):

- Academische Thuiszorgwerkplaats Overgewicht Elze Derksen, oud onderzoeker ATW Zwolle
- Long Alliantie Nederland (LAN) Nathalie Janssen, oud beleidsmedewerker LAN
- Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) Corrine Brinkman, teamleider zorg  
Anneke Dijkstra, senior beleidsmedewerker
- Platform Vitale Vaten (Platform V.V.) Anne Margreet Strijbis, secretaris

## BIJLAGE 2. INHOUD RELEVANTE RICHTLIJNEN DOOR- EN TERUG VERWIJZING NAAR SPECIALISTISCHE SETTING BARIATRIE

Afspraken over door- en terugverwijzing zoals vermeld in de Zorgstandaard Obesitas, de NVvH-richtlijn morbide obesitas en de NHG-standaard Obesitas.

### Doorverwijzing naar bariatrische chirurgie:

- *Zorgstandaard Obesitas:* 'Wanneer op basis van de GLI+ onvoldoende effect bereikt wordt, vormt bariatrische chirurgie volgens de ZO onder strenge criteria een mogelijke behandeling voor adolescenten en volwassenen met een extreem verhoogde GGR (ZO, pag. 36). Hierbij geldt dat de chirurgische behandeling altijd gepaard gaat met een GLI+'.
- *NHG-standaard Obesitas:* 'De huisarts kan een patiënt verwijzen voor bariatrische chirurgie als de BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> is of tussen 35 en 40 kg/m<sup>2</sup> én er is comorbiditeit én de gangbare niet-chirurgische behandelingen zijn geprobeerd, maar hebben niet geresulteerd in gewichtsverlies of -behoud. De huisarts kan bij een patiënt met een BMI  $> 50$  kg/m<sup>2</sup> bariatrische chirurgie als eerste behandeling overwegen' (NHG-standaard obesitas, pag. 614).
- *NVvH-richtlijn morbide obesitas:* Geen informatie vermeld over doorverwijzing vanuit zorggroep.

### Afspraken terugverwijzing naar zorggroep:

In de Zorgstandaard Obesitas, de NVvH-richtlijn morbide obesitas en de NHG standaard Obesitas wordt het volgende vermeld over terugverwijzing voor begeleiding na bariatrische chirurgie:

- *Zorgstandaard Obesitas:* 'De onderhoudsfase duurt minimaal vijf jaar, waarin eerst geregeld contacten plaatsvinden en later eens per jaar (ZO, pag. 59). Contacten vinden plaats binnen de gespecialiseerde setting. Wanneer de fase van onderhoud aansluitend op de behandeling is afgesloten, gaat deze over in begeleiding voor, indien gewenst, onbepaalde tijd. In de begeleidingsfase stroomt de patiënt wanneer mogelijk terug naar de reguliere zorg'.
- *NHG-standaard obesitas:* 'Na bariatrische chirurgie is controle van bloeddruk, glucose en lipiden door de huisarts gewenst, omdat deze waarden aanzienlijk kunnen zijn verbeterd en de preoperatieve behandeling zal moeten worden aangepast'.
- *NVvH-richtlijn morbide obesitas.* 'Nazorg op de langere termijn:
  - Chirurg is bereid tot een langdurige follow-up ( $> 5$  jaar) van patiënten.
  - Voor een optimale zorg lijkt het aan te bevelen één arts als primair verantwoordelijke aan te wijzen voor de follow-up. Het is daarom meestal de chirurg of de voedingskundige die de informatie circuleert.
  - Het wordt aanbevolen om psychologische begeleiding en/of lotgenoten contact te faciliteren in een nazorgtraject, en om indien een psychologisch nazorgtraject van toepassing is, de cognitief-gedragstherapeutische interventies uit te laten voeren door daarvoor specifiek opgeleide behandelaren in gespecialiseerde behandelcentra.
  - Het is op de lange termijn belangrijk om niet alleen het postoperatieve gewicht, maar ook het klinische verloop van comorbiditeit en kwaliteit van leven te controleren.