



Zorgstandaard Obesitas

Colofon

Zorgstandaard Obesitas

De Zorgstandaard Obesitas is een uitgave van het Partnerschap Overgewicht Nederland en is tot stand gekomen in opdracht van en met financiële steun van het ministerie van VWS.

© Partnerschap Overgewicht Nederland

info@partnerschapovergewicht.nl

www.partnerschapovergewicht.nl

De Zorgstandaard Obesitas is zowel digitaal als in gedrukte vorm verkrijgbaar via de website van het Partnerschap Overgewicht Nederland.

De Zorgstandaard Obesitas verschijnt in beperkte oplage. Daarom bent u van harte uitgenodigd om de uitgave te verveelvoudigen als dit bijdraagt aan goede obesitaszorg. U kunt de uitgave verveelvoudigen door fotokopieën te verspreiden of door de digitale uitgave door te sturen per e-mail. Zowel verspreiden van, als citeren uit de zorgstandaard dient altijd te geschieden onder vermelding van de volgende bron: Partnerschap Overgewicht Nederland, Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, november 2010.

Ontwerp

Niels Craens

Zorgstandaard Obesitas

Amsterdam, 25 november 2010
Partnerschap Overgewicht Nederland
www.partnerschapovergewicht.nl

Inhoudsopgave

Het Partnerschap Overgewicht Nederland	4
Managementteam en medewerkers van het PON	
PON-adviesgroep	
Partners van het PON	
Voorwoord	6
Begrippenkader	8
Lijst van afkortingen	12

1	Inleiding	13
	Leeswijzer	
2	Zorgstandaarden	17
2.1	Wat is een zorgstandaard	
2.2	Voor wie is de Zorgstandaard Obesitas bedoeld	
2.3	Ontwikkeling Zorgstandaard Obesitas	
3	Obesitas	19
3.1	Wat is obesitas	
3.2	Hoe verhoudt obesitas zich tot andere chronische ziekten	
3.3	Het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR)	
4	Geïndiceerde preventie	23
5	Diagnostiek	25
6	Individueel zorgplan en behandeling	29
6.1	Individueel zorgplan	
6.2	Behandeling	
	• De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) • De intensieve gecombineerde leefstijlinterventie (GLI+) • Medicatie en farmaceutische zorg • Chirurgische interventie	
7	Begeleiding	39
	Stroomschema zorgfasen	41
8	Generieke zorg	43
8.1	Zorgmodules	
8.2	Ziektespecifieke addities	
9	Organisatiestructuur	45
9.1	Algemene kenmerken van de organisatie	
9.2	Kwaliteitsbeleid	
10	Kwaliteitsindicatoren	51
10.1	Obligate parameters	
10.2	Kwaliteitsindicatoren	
	Eindnoten	52
	Bijlagen	57
	1 Diagnostiek kinderen	
	2 Criteria inzet aanvullende behandelingen	
	3 Selectie geraadpleegde literatuur	
	Dankwoord	65

Het Partnerschap Overgewicht Nederland

In het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) werken zorgverleners en patiënten in opdracht van de overheid samen aan het verbeteren van de zorg voor mensen met overgewicht en obesitas. De 'Zorgstandaard Obesitas' is het concrete product van deze samenwerking.

Het PON bestaat uit 18 partnerorganisaties. Bij het bereiken van de gestelde doelen worden zij gefaciliteerd en ondersteund door het managementteam van het PON en de PON-medewerkers. Het PON is een initiatief van het ministerie van VWS en levert een belangrijke bijdrage aan het behalen van verschillende doelstellingen van het ministerie van VWS op het terrein van chronische ziekten en gezonde leefstijl in het algemeen, en overgewicht en obesitas in het bijzonder.

Managementteam en medewerkers van het PON

Managementteam

Prof. dr. ir. J.C. (Jaap) Seidell - voorzitter

Drs. J. (Jutka) Halberstadt - projectleider

Medewerkers

Drs. H. (Hanneke) Noordam - projectmedewerker en plaatsvervangend projectleider

Drs. S. (Sanne) Niemer - projectmedewerker en eindredacteur zorgstandaard

S. (Sandra) Biemans - secretaresse (tot 01/10/2010)

S. (Sandy) Hazelhoff - secretaresse (vanaf 01/10/2010)

PON-adviesgroep

dr. A. (Bert) Boer - lid Raad van Bestuur van het College voor zorgverzekeringen

Prof.dr. R.A. (Remy) HiraSing - voorzitter Kenniscentrum Overgewicht

Dr. M.T.W (Mariken) Leurs - hoofd Centrum voor Gezond Leven, RIVM

P. (Paul) Rosenmöller - voorzitter Convenant Gezond Gewicht

Prof. dr. R. (Reinout) van Schilfgaarde - voorzitter Nederlandse Diabetes Federatie en voorzitter Coördinatieplatform Zorgstandaarden

Prof. dr. C. (Cor) Spreeuwenberg - voorzitter Platform Vitale Vaten

Partners van het PON

ActiZ, organisatie van zorgondernemers,
H.A.M. (Riny) van Lier (2008-2010)

Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg
Nederland (AJN), dr. A.M.W. (Anneke)
Bulk-Bunschoten (2008-2010), dr. E.J.
(Els) Anten-Kools (2008-2010)

GGD Nederland, Dr. J. (Jessie) Hermans
(2008-2009), drs. J.N. (Jan-Nico)
Wigboldus (2008-2010)

Koninklijk Nederlands Genootschap voor
Fysiotherapie (KNGF), dr. Ph.J. (Philip)
van der Wees (2008-2009), drs. E.A.
(Esther) Rutte (2010)

Koninklijke Nederlandsche Maatschap-
pij tot bevordering der Geneeskunst
(KNMG), prof. dr. A.C. (Arie)
Nieuwenhuijzen Kruseman (2009-2010)

Koninklijke Nederlandse Maatschappij
ter bevordering der Pharmacie (KNMP),
drs. I.J. (Inka) Nanninga (2008-2010)

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV),
dr. P. (Pieter) van den Hombergh (2008),
drs. M. (Marc) Huls (2009-2010)

Nederlands Huisartsen Genootschap
(NHG), drs. S. (Sander) Flikweert (2008),
prof. dr. J.J. (Jaap) van Binsbergen (2008-
2010)

Nederlands Instituut van Psychologen
(NIP), drs. P.J. (Peter) Daansen (2008-
2009), dr. G.C.M. (Gerbrand) van Hout
(2010)

Nederlandsche Internisten Vereeniging
(NIV), prof. dr. H. (Hanno) Pijl (2008-
2010)

Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV),
M.C. (Mieke) van Spanje (2008-2010)

Nederlandse Patiënten Consumenten
Federatie (NPCF), drs M.A. (Marjolein)
de Booys (2008-2010)

Nederlandse Vereniging voor Arbeids-
en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB),
dr. W. (Willem) van Rhenen (2008-2009),
dr. A.N.H. (André) Weel (2010)

Nederlandse Vereniging van Diëtisten
(NVD), E. (Ellen) Govers, Bsc (2008-2010),
T.A. (Wineke) Remijnse (2008-2010)

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
(NVvH), prof. dr. J.W. (Jan Willem) Greve
(2008-2010)

Nederlandse Vereniging voor Kinderge-
neeskunde (NVK), dr. E.G.A.H. (Edgar)
van Mil (2008-2010)

Verpleegkundigen en Verzorgenden
Nederland (V&VN), drs. M. (Marjan)
Verschuur (2008-2009), K. (Katja) van
Doorn (2010)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), drs.
J.W. (Jan Willem) Schouten (2008-2010)⁰¹

⁰¹ ZN heeft niet ingestemd met deze versie van de
zorgstandaard.

Voorwoord

Obesitas: een zorg voor ons allemaal

De Zorgstandaard Obesitas

Voor u ligt de Zorgstandaard Obesitas. Het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) is in 2008 opgericht om de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' te vertalen naar een zorgstandaard. In een zorgstandaard staat niet alleen welke zorg er geleverd moet worden, maar ook hoe die georganiseerd moet worden en aan welke kwaliteitseisen die moet voldoen.

De huidige versie van de zorgstandaard heeft de instemming van alle aan het PON deelnemende organisaties van patiënten en zorgverleners. Deze zorgstandaard is een noodzakelijke stap voor het mogelijk maken van gepaste, toegankelijke, effectieve en doelmatige zorg voor obesitas en vormt een belangrijk onderdeel van de integrale bestrijding van obesitas; één van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen van onze tijd.

Naast goede zorg is ook een effectieve en doelmatige vorm van preventie nodig om de problematiek van obesitas goed te kunnen bestrijden. Daarbij zijn veel partijen betrokken: de burgers en patiënten zelf, de landelijke of de lokale overheid, het bedrijfsleven die producten maakt die ons verleiden tot ongezond gedrag en zorgverleners. Een aanpak waarin al deze partijen hun verantwoordelijkheden nemen, lijkt een kansrijke strategie. Bij een dergelijke aanpak, die momenteel wordt geïmplementeerd in een toenemend aantal steden in Nederland, ligt het zwaartepunt bij preventieve interventies.

Het verbinden van zorg en preventie was één van de doelstellingen van het PON. De zorgstandaard beschrijft dan ook niet alleen interventies voor mensen met obesitas, de 'zorggerelateerde preventie', maar richt zich ook op mensen met een hoog risico daarop, de 'geïndiceerde preventie'.

De vormen van preventie die zich op groepen in de samenleving richten ('universele preventie' en 'selectieve preventie') zijn het terrein van het Convenant Gezond Gewicht waarmee het PON intensief samenwerkt.

De uitgangspunten en doelen bij goede obesitaszorg

Ook bij een op preventie gerichte aanpak zullen er altijd mensen blijven die obesitas ontwikkelen. Mensen met obesitas hebben een chronische ziekte waarmee zij zo goed mogelijk moeten leren leven. Het doel van de zorg bij obesitas is een optimale verbetering van de gezondheid en het risicoprofiel. Dit om de kwaliteit van leven te verbeteren en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Een makkelijk meetbare en snelle indicatie van het behalen van die doelen, is het gewichtsverlies. Hierbij wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van ten minste 5-10% van het lichaamsgewicht na een jaar en het behoud van de gewichtsreductie op lange termijn. Een dergelijk gewichtsverlies, bereikt middels gecombineerde leefstijlinterventies, is voor veel mensen met obesitas het maximaal haalbare en gaat bovendien gepaard met aanzienlijke gezondheidswinst. Er is berekend dat dit zowel een effectieve als een kosteneffectieve vorm van zorg is.

Kern van een succesvolle behandeling van obesitas is het realiseren van blijvende gedragsverandering. Bij gedragsverandering gaat het om zelfmanagement; bij kinderen

spelen de ouders daarbij een essentiële rol. De rol van zorgverleners (na adequate diagnostiek) betreft in de meeste gevallen vooral ondersteuning bij het zelfmanagement van de patiënt.

Er is sprake van één aanspreekpunt (de 'centrale zorgverlener') die beschikt over het samen met de patiënt opgestelde zorgplan en er op toeziet dat de multidisciplinaire zorg aansluit bij de afspraken die in dit persoonlijke plan zijn vastgelegd. Vaak is dat nu nog de huisarts, maar het kan ook een andere zorgverlener zijn zoals de psycholoog, diëtist, fysiotherapeut, bedrijfsarts, jeugdarts, verpleegkundige, apotheker of medisch specialist.

De zorgstandaard beschrijft echter niet wie de zorg verleent maar gaat uit van de daarvoor noodzakelijk competenties. Het is denkbaar dat de zorg uit de zorgstandaard in de toekomst efficiënter en doelmatiger wordt aangeboden dan momenteel mogelijk is waarbij andere zorgverleners, die over de vastgestelde competenties beschikken, een rol kunnen spelen.

De zorg die beschreven staat is de minimale zorg die nodig is voor het merendeel van de patiënten met obesitas. Daarmee is de beschreven zorg echter geen standaardzorg. Een zorgplan zal zich altijd richten op de zorgbehoefte en de mogelijkheden van de patiënt. Daarbij is het natuurlijk mogelijk dat er uitzonderlijke gevallen zijn, wat betreft de complexiteit van de aandoening of zorgbehoefte, die meer en intensievere zorg behoeven dan staat beschreven in de zorgstandaard.

De zorgstandaard is nadrukkelijk niet bedoeld om overgewicht en obesitas te medicaliseren. Het gaat niet om aanbodgestuurde zorg maar om vraaggestuurde zorg. De in de zorgstandaard beschreven behandeling gaat uit van een patiënt met een zorgvraag die betrekking heeft op zijn lichaamsgewicht of daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen.

De zorgstandaard is nog niet compleet

De zorg voor chronisch zieken is momenteel in beweging. De organisatie die het mogelijk maakt de in deze zorgstandaard beschreven zorg aan te bieden, is er vaak nog niet. Vrijwel alle zorg die beschreven staat, is gebaseerd op bewezen effectieve interventies maar vaak zijn de wetenschappelijke studies die daarvoor de basis vormen uitgevoerd onder omstandigheden die in de praktijk niet op korte termijn gerealiseerd kunnen worden. Daarom is het nodig dat er practice-based voorbeelden komen van organisaties van zorgverleners die in de zorgstandaard beschreven zorg verlenen en die inzicht geven in de noodzakelijke randvoorwaarden daarvoor.

Op basis van inzichten uit de wetenschap en praktijk moeten er interne kwaliteits-indicatoren worden opgesteld voor de structuur, het proces, en de uitkomsten van de zorg. Hieronder valt ook de beschrijving van de noodzakelijke competenties die zorgverleners dienen te hebben. Ten slotte is het nodig om de zorgstandaard te laten vergezellen door een patiëntenversie. Het PON heeft zich bereid verklaard deze activiteiten in de periode 2011-2013 uit te voeren.

Deze zorgstandaard beschrijft voor het eerst de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor obesitas moet voldoen, zowel qua inhoud als organisatie. Deze norm, in combinatie met de ontwikkelingen op het terrein van zowel de publieke gezondheid als de gezondheidszorg, maken het wellicht mogelijk te komen tot een doelmatige aanpak van deze veel voorkomende en lastig te bestrijden aandoening.

Amsterdam, november 2010
Jaap Seidell

Begrippenkader

De Zorgstandaard Obesitas is opgebouwd en ontwikkeld vanuit de context van het model voor zorgstandaarden dat het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft geïntroduceerd. De belangrijkste begrippen uit het eindrapport van het Coördinatieplatform worden onderstaand toegelicht⁰².

Zorgstandaard, richtlijn, protocol

Een zorgstandaard beschrijft de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte moet voldoen. Hij beperkt zich niet tot de inhoud van de zorg (inclusief de rol van de patiënt), maar richt zich ook op de organisatiestructuur van het zorgproces (de ketenorganisatie) en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren. Waar een zorgstandaard in meer algemene termen is gesteld, beschrijft een klinische richtlijn in detail de inhoud van de zorg. Een richtlijn is een hulpinstrument; een richtinggevend document dat de zorgverlener als beslissingsondersteuning gebruikt bij de hulp aan de individuele patiënt. De richtlijn is een advies dat het 'wat, wanneer en waarom' beschrijft en is, evenals de zorgstandaard en het protocol, gekoppeld aan een diagnose. De richtlijn vormt de input voor een protocol waarin eveneens het 'hoe' wordt beschreven.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden

Op verzoek van VWS heeft ZonMw het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ingesteld. Het platform heeft een algemeen toepasbaar model voor zorgstandaarden ontwikkeld dat voor elke chronische ziekte een zorgstandaard kan accommoderen.

Model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft in maart 2010 een model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten geïntroduceerd. Het model maakt het mogelijk dat een zorgstandaard zowel ziektespecifieke als generieke elementen bevat. Reeds bestaande zorgstandaarden zullen aan het model aangepast worden. Nieuw te ontwikkelen zorgstandaarden kunnen direct volgens het model voor zorgstandaarden worden uitgewerkt.

Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

Dit begrip is door PON specifiek voor deze zorgstandaard geïntroduceerd. Het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Deze maat wordt bepaald door BMI in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde aandoening danwel van reeds gediagnosticeerde comorbide aandoeningen. Verdere toelichting en onderbouwing staan in hoofdstuk 3 en 5.

Comorbiditeit

Comorbiditeit wordt in het eindrapport van het Coördinatieplatform gedefinieerd als 'het hebben van een additionele (chronische) aandoening bij mensen die al een ziekte hebben'. Dit begrip is door het PON anders gedefinieerd in deze zorgstandaard, zie hoofdstuk 3.

⁰² Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. In maart 2010 uitgebracht door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Multimorbiditeit

Van multimorbiditeit is sprake wanneer een individu lijdt aan twee (of meer) los van elkaar staande chronische aandoeningen.

Universele preventie

Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen⁰³.

Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toegeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma⁰³.

Geïndiceerde preventie

Deze vorm van preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een behandeling. Van geïndiceerde preventie is sprake bij een licht verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico⁰³.

Zorggerelateerde preventie

Deze vorm van preventie richt zich op individuen met een ziekte en heeft tot doel hen te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen. Individen met een matig, sterk en extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico vallen binnen de zorggerelateerde preventie⁰³.

Zelfmanagement

Zelfmanagement is het omgaan met symptomen, behandeling en lichamelijke en sociale consequenties van een chronische aandoening en de bijbehorende aanpassing in leefstijl. Zelfmanagement stelt de patiënt in staat om de gevolgen van de ziekte te beheersen, de ziekte in te passen in het leven en daarmee de ervaren kwaliteit van leven te verhogen. Zelfmanagement vraagt om een gezamenlijke verantwoordelijkheid en samenwerking van patiënt en zorgverlener. Zelfmanagement is effectief wanneer mensen zelf hun gezondheidstoestand monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven. De patiënt doet alleen dat wat hij aankan en waarbij hij zich veilig voelt. Dat betekent dat er in de praktijk verschillende niveaus van zelfmanagement zullen zijn.

Generieke en ziektespecifieke zorgmodules

Het model voor zorgstandaarden gaat uit van een modulaire opbouw van een zorgstandaard, met zowel ziektespecifieke als generieke componenten. De ziektespecifieke component is gericht op de preventie en zorg bij een bepaalde (specifieke) chronische ziekte. De andere component is generiek en kan van toepassing zijn op meerdere chronische ziekten, waarbij ziektespecifieke aanvullingen voor bepaalde aandoeningen kunnen gelden.

⁰³ Universele en selectieve preventie richten zich op het collectief en vallen daarmee niet binnen een zorgstandaard. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn op het individu gericht en beslaan daarmee de scope van een zorgstandaard. Zie ook de piramide in hoofdstuk 3.

Gecombineerde leefstijlinterventie

De eerste keus bij de behandeling van kinderen en volwassenen met obesitas is een behandeling bestaande uit verschillende interventies. Deze 'gecombineerde leefstijlinterventie' bestaat uit het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering.

Ketenzorg

Ketenzorg is een onderling op onderdelen afgestemd geheel van processen en activiteiten, elkaar opvolgend in de tijd, met omschrijving van rollen, taken en verantwoordelijkheden van betrokken disciplines bij een bepaalde aandoening, met als doel optimale zorg te leveren aan de patiënt. Deze vorm van zorg wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het hele traject van preventie, diagnose, behandeling en begeleiding.

Integrale zorg

Zorg wordt vaak niet enkel in een verticale keten van opeenvolgende fasen, maar als een netwerk georganiseerd. In de organisatie van obesitaszorg, staat het belang van zorg die in samenhang rondom de patiënt georganiseerd wordt voorop. Dit wordt ook wel 'integrale zorg' genoemd.

Zorggroep

Levering van zorg komt in de praktijk tot uiting via zorgprogramma's, die de operationalisering zijn van een zorgstandaard door een zorggroep of door de samenwerkende zorgverleners in een bepaalde regio. Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van een of meer (chronische) ziekten te verzorgen. De zorggroep levert een deel van de zorg zelf en contracteert vervolgens individuele zorgaanbieders uit verschillende zorgdisciplines waardoor een multidisciplinair behandelteam ontstaat. De zorggroep sluit contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren. Waar in de zorgstandaard wordt gesproken van een zorggroep, kan het in de praktijk ook een multidisciplinair samenwerkend behandelteam zijn.

Centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener binnen de zorggroep is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, is aanspreekpunt voor andere zorgverleners, ziet er op toe dat afspraken aansluiten op de wensen van de patiënt, afspraken over de behandeling op elkaar zijn afgestemd en afspraken zoals vastgelegd in het individueel zorgplan, worden nageleefd.

Individueel zorgplan

Het individueel zorgplan heeft als doel de gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren en beschrijft onder andere de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de medische en persoonlijke behandeldoelen, de behandelinterventies en de intensiteit van de behandeling. Ook de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners binnen de zorggroep zijn hierin vastgelegd. Het zorgplan wordt op maat gemaakt en aangepast aan kennisniveau, leeftijd, leefwijze en in welke fase van het gedragsveranderingsproces de patiënt zich bevindt.

Zorgcontinuüm

Het proces dat een persoon met een chronische ziekte doorloopt omvat verschillende fasen. De zorgvraag en inhoud van de zorg verschillen per fase. Hoewel in de praktijk niet altijd geheel van elkaar te onderscheiden, gaat de zorgstandaard uit van vier fasen. Het zorgcontinuüm bestaat achtereenvolgens uit preventie, diagnostiek, individueel zorgplan en behandeling en begeleiding. De fase 'behandeling' bestaat in de Zorgstandaard Obesitas uit een eerste fase van intensieve behandeling en een onderhoudsfase gericht op gedragsbehoud en terugvalpreventie.

Lijst van afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
ATW	Academische Thuiszorgwerkplaats
BMI	Body Mass Index
BBOFT	Stimuleren van Borstvoeding, Buitenspelen en regelmatig gezond Ontbijten, reduceren van Frisdrankgebruik en andere gezoete dranken, en Televisiekijken of computeren
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronische obstructieve longaandoening)
CVR	Cardiovasculair Risicomanagement
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
DM2	Diabetes Mellitus Type 2
EMA	European Medicines Agency
FK	Farmacotherapeutisch Kompas
GLI	Gecombineerde leefstijlinterventie
GLI+	Intensieve gecombineerde leefstijlinterventie
GGR	Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico
HVZ	Hart- en vaatziekten
IDF	International Diabetes Federation
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MET	Metabolic Equivalent Level
NAN	Nederlandse Apotheeknorm
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
OPS	Obligate Parameterset
PRS	Pittsburgh Rating Scale
PTH	Parathyroid Hormone
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VRM	Vasculair Risicomanagement
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
ZO	Zorgstandaard Obesitas

1 Inleiding

Obesitas is een chronische ziekte die wegens de risico's op ernstige gezondheidschade langdurige behandeling middels gecombineerde leefstijlinterventies beschreven in een zorgstandaard noodzakelijk maakt

De snelle toename van overgewicht en obesitas is een wereldwijd verschijnsel. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat elk jaar 2,6 miljoen mensen sterven als gevolg van overgewicht en obesitas. In 2008 waren er voor het eerst in de wereldgeschiedenis evenveel mensen met overgewicht als mensen met ondervoeding.

In Nederland had in 2009 41% van de mannen en 30% van de vrouwen tussen de 18 en 70 jaar overgewicht, daarnaast was 11% van de mannen en 12% van de vrouwen obees. Dit is ruim een verdubbeling vergeleken met 1981. Ook bij kinderen is een sterke toename van overgewicht en obesitas te zien, blijkt uit de gegevens van de Vijfde Nationale Groeistudie uit 2010. Bij kinderen van autochtone afkomst is er bij gemiddeld 13% (jongens) en 15% (meisjes) sprake van overgewicht. Daarnaast zijn in 2010 twee op de honderd autochtone kinderen obees, in 1980 betrof dit nog geen half procent van de kinderen.

**48 procent van de volwassenen heeft overgewicht of obesitas
16 procent van de kinderen heeft overgewicht of obesitas**

De Gezondheidsraad waarschuwt in haar advies 'Overgewicht en obesitas' al in 2003 voor de toename van overgewicht en obesitas en de daaraan gerelateerde aandoeningen. De Gezondheidsraad beschouwt obesitas als een chronische aandoening en benadrukt het belang van langdurige behandeling teneinde ernstige (volks)gezondheidsrisico's te beperken.

De relevante bij de diagnostiek en behandeling van obesitas betrokken beroepsgroepen stelden, in vervolg op de conclusies van de Gezondheidsraad, in 2005 vast dat obesitas een chronische ziekte is waarvoor een richtlijn gewenst is.

Met het verschijnen in 2008 van de multidisciplinaire CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van volwassenen en kinderen met obesitas'⁰⁴ kwam de wetenschappelijke onderbouwing voor de aangewezen behandeling van de chronische ziekte obesitas beschikbaar. Deze behandeling dient te bestaan uit verschillende interventies, gericht op het verminderen van de energie-inname en het verhogen van de lichamelijke activiteit, eventueel ondersteund door toevoeging op maat van psychologische interventies. Het betreft hier de zogenoemde gecombineerde leefstijlinterventie.

Het ministerie van VWS bepaalde in 2008 dat de CBO-richtlijn obesitas geïmplementeerd dient te worden middels een Zorgstandaard Obesitas (hierna ZO). Het Partnerschap Overgewicht Nederland kreeg de opdracht deze zorgstandaard te maken.

De partners van het Partnerschap Overgewicht Nederland stelden eind 2008 gezamenlijk vast dat obesitas niet genezen kan worden en patiënten met obesitas dan ook recht hebben op gepaste en toegankelijke ketenzorg. Waarbij patiënten, zorgverleners en verzekeraars ieder hun verantwoordelijkheid hebben.

⁰⁴ Hierna te noemen: CBO-richtlijn obesitas.

De uitgangspunten van de CBO-richtlijn obesitas en het Partnerschap Overgewicht Nederland werden in 2009 bevestigd door het College voor zorgverzekeringen. Het CVZ stelt dat obesitas een chronische ziekte is en dat voor de behandeling van overgewicht en obesitas en de preventie van aandoeningen die daarmee samenhangen, de gecombineerde leefstijlinterventie effectiever is dan de inzet van de afzonderlijke componenten. CVZ adviseert dan ook om de gecombineerde leefstijlinterventie volledig deel uit te laten maken van het verzekerde pakket. Het gaat hier om het verminderen van energie-inname, het verhogen van lichamelijke activiteit en het ondersteunen van de gedragsverandering en het behoud hiervan. CVZ merkt op dat naast de gecombineerde leefstijlinterventie nog aanvullende interventies bestaan, die vooral bestemd zijn voor de groepen met ernstiger vormen van obesitas, waarbij enkel leefstijlinterventies geen of onvoldoende soelaas kunnen bieden. Het gaat dan om geneesmiddelen en chirurgische ingrepen.

10 procent van de totale ziektelast in Nederland, wordt veroorzaakt door overgewicht en obesitas

Het ministerie van VWS benadrukt in 2009 in haar 'Nota Overgewicht. Uit balans: de last van overgewicht' het belang van een zorgstandaard die ketenzorg voor mensen met overgewicht en obesitas omschrijft. Deze zorg moet multidisciplinair zijn. En de Zorgstandaard Obesitas dient aan te sluiten bij die van andere (chronische) ziekten waarvoor obesitas een belangrijke risicofactor is zoals diabetes mellitus type 2 (hierna DM2) en hart- en vaatziekten (hierna HVZ).

Het bevorderen van ketenzorg maakt deel uit van de programmatische aanpak van chronische ziekten, die het ministerie van VWS nastreeft. Zorgaanbieders die tegelijk of na elkaar zorg verlenen, moeten overleggen en afstemmen over de behandeling, de juiste informatie tijdig overdragen en nazorg verlenen. Voor mensen met chronische of complexe aandoeningen - zoals obesitas - is dit zeer relevant, omdat ze vaak meerdere behandelaars hebben.

4,5 miljoen mensen hebben een of meer chronische aandoeningen 1,2 miljoen volwassenen hebben obesitas

De 21^{ste} eeuw wordt in medisch opzicht de eeuw van de chronische ziekte genoemd, aldus de minister van VWS in de voortgangsbrief 'programmatische aanpak van chronische ziekten' in mei 2010. Verbetering van de chronische zorg is noodzakelijk omdat het zorgaanbod nog niet goed aansluit bij het toenemend aantal mensen met complexe en vaak meervoudige zorgvragen. Het gaat hierbij om het voorkómen en beter behandelen van chronische aandoeningen met als doel gezondheidswinst, goede kwaliteit van leven en betere arbeidsparticipatie, aldus de minister.

De zorg is multidisciplinair en moet altijd in samenhang geleverd worden. Integrale zorg is de norm. Zorgstandaarden zijn nodig om de norm voor goede zorg te stellen en de inhoud van de zorg te beschrijven, alsmede de bijpassende organisatie en indicatoren van kwaliteit.

Voor de chronische ziekte obesitas, ligt deze zorgstandaard hier voor u.

Leeswijzer

Na deze inleiding over de context waarin de zorgstandaard tot stand is gekomen, volgt in voorliggend document een hoofdstuk over zorgstandaarden in het algemeen en de ZO in het bijzonder (hoofdstuk 2). Vervolgens wordt uitgebreid ingegaan op de relatie van obesitas met andere chronische ziektes en de vaststelling van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (hoofdstuk 3).

De rest van deze ZO is opgebouwd volgens het model voor zorgstandaarden, ontwikkeld door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Daarbij wordt uitgegaan van de vier fasen van het zorgcontinuüm: geïndiceerde preventie (hoofdstuk 4), diagnostiek (hoofdstuk 5), individueel zorgplan en behandeling (hoofdstuk 6) en begeleiding (hoofdstuk 7). Voor elke fase is een apart hoofdstuk waarin de indicatie en de inhoud van de zorgfase wordt weergegeven. Bij het onderdeel indicatie van elk hoofdstuk, wordt aangegeven op wie de betreffende zorgfase van toepassing is. Vervolgens wordt onder het kopje inhoud zorgfase beschreven waaruit deze bestaat, waarbij het kan gaan om advies, danwel behandeling, interventie, ondersteuning of begeleiding.

De beschrijving van het zorgcontinuüm is ziektespecifiek, gebaseerd op de CBO-richtlijn obesitas. Daarna volgt een hoofdstuk dat ingaat op generieke onderdelen van de zorg (hoofdstuk 8), welke ook voor mensen met andere chronische aandoeningen gelden. Hierbij worden ook de ziektespecifieke addities die voor obesitas gelden in deze generieke zorg beschreven. In hoofdstuk 9 wordt beschreven hoe zorgaanbieders de zorg rond obesitas (gezamenlijk) kunnen organiseren. Ten slotte schetst hoofdstuk 10 aan welke minimale kwaliteitseisen, waaronder competenties, de zorg voor obesitas moet voldoen.

Obesitas is een chronische ziekte. Daarom worden mensen met obesitas in deze zorgstandaard patiënten genoemd. Er zijn patiënten met obesitas die geen verdere klachten of aandoeningen hebben.

De ZO beschrijft de zorg voor zowel kinderen als volwassenen. Waar patiënt geschreven staat, worden in geval van een kind logischerwijs ook de ouders bedoeld. Waar 'ouders' staat worden ook andere verzorgers bedoeld.

Onder kinderen wordt iedereen in de leeftijd 0 tot 19 jaar verstaan; alle leeftijdsgroepen van de vroege kindertijd tot en met de adolescentie. Waar het in de ZO specifiek adolescenten betreft, wordt dit aangegeven.

In deze zorgstandaard wordt vanwege de leesbaarheid consequent over 'zijn' en 'hij' gesproken. Daarbij wordt ook 'haar' of 'zij' bedoeld.

In de tekst wordt zowel verwezen naar voetnoten die onder op de pagina staan, als naar toelichtende eindnoten die achterin de zorgstandaard te vinden zijn.

Het is belangrijk om op te merken dat de zorgstandaard van toepassing is op het merendeel van de obese patiënten. De zorgstandaard is uitdrukkelijk niet bedoeld voor uitzonderlijke gevallen. Zorg moet altijd op maat geleverd worden en specifieke problemen vragen om een gerichte aanpak. Dit geldt ook voor de patiënten waarop de zorgstandaard wel van toepassing is. De zorgstandaard beschrijft de norm waaraan de multidisciplinaire zorg dient te voldoen. De zorgstandaard is bedoeld als uitgangspunt voor monodisciplinaire en multidisciplinaire protocollen en zorgprogramma's waarin de zorg in groter detail wordt beschreven.

2 Zorgstandaarden

2.1 Wat is een zorgstandaard

Een zorgstandaard⁰⁵ beschrijft de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte moet voldoen. Hij beperkt zich niet tot de inhoud van de zorg (inclusief de rol van de patiënt), maar richt zich ook op de organisatiestructuur van het zorgproces (de ketenorganisatie) en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren. De zorgstandaard geeft een functionele beschrijving van de activiteiten en gaat daarbij niet in op wie de zorg verleent of waar dat gebeurt. Uitgangspunt is dat de patiënt als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces optreedt. De zorgstandaard biedt de vrijheid om aan de zorgvraag en wensen, behoeften en mogelijkheden van de individuele patiënt te voldoen en wordt daartoe ook vertaald in een persoonlijk zorgplan. Wel een zorgstandaard, maar geen standaardzorg dus.

Het voornaamste doel van een zorgstandaard is het bevorderen van de kwaliteit van de zorg voor mensen met een chronische aandoening, waardoor hun gezondheidstoestand, kwaliteit van leven en indien mogelijk ook hun levensverwachting verbetert.

In hoeverre zorgstandaarden in de toekomst een uitgangspunt kunnen zijn voor afspraken omtrent bekostiging tussen beroepsgroepen en overheid, zal op termijn duidelijk worden.

Een zorgstandaard is een levend document dat regelmatig aangepast dient te worden aan veranderende inzichten, wetenschappelijke bevindingen en maatschappelijke ontwikkelingen.

2.2 Voor wie is de Zorgstandaard Obesitas bedoeld

De Zorgstandaard Obesitas (ZO) is geschreven voor zorgverleners die te maken hebben met de zorg voor patiënten met overgewicht en obesitas. Daarnaast is de ZO bedoeld voor bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders. Voor patiënten zal een aparte patiëntenversie worden ontwikkeld die antwoord geeft op vragen als 'hoe ziet de zorg voor obesitas er inhoudelijk uit', 'wat kan ik zelf doen' en 'wat is er organisatorisch geregeld voor mij?'

2.3 Ontwikkeling Zorgstandaard Obesitas

Het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) is een samenwerkingsverband van beroeps- en koepelorganisaties van zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten, 18 partijen in totaal, ondersteund door een tweehoofdig managementteam en drie medewerkers (zie ook pagina 4 en 5).

Het denk- en schrijfwerk voor de ZO is verricht in verschillende multidisciplinaire werkgroepen, gevormd door PON-medewerkers, vertegenwoordigers van de PON-partners en vertegenwoordigers van andere relevante organisaties.

⁰⁵ Een zorgstandaard is niet hetzelfde als een NHG-Standaard. Dit is een monodisciplinaire richtlijn voor het huisartsgeneeskundig handelen.

Hierbij is doorlopend intensief afstemmingsoverleg gevoerd met diverse relevante partijen. Zo heeft het PON vanwege de sterke samenhang van obesitas met DM2 en HVZ actief aansluiting gezocht met de zorgstandaard diabetes van de Nederlandse Diabetes Federatie (hierna NDF Zorgstandaard) en de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement van het Platform Vitale Vaten (hierna zorgstandaard VRM).

De concepttekst van de zorgstandaard is vervolgens ter consultatie aan vertegenwoordigers van de PON-partners en andere relevante partijen voorgelegd. De commentaren uit de consultatie zijn geprioriteerd en een aantal kernthema's is vastgesteld en vervolgens op hoofdlijnen verwerkt tot een voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas dat ter instemming is aangeboden aan de besturen van de partnerorganisaties. In november 2010 is de ZO opgeleverd, met daarin de relevante commentaren van de consultatie en de instemmingsfase verwerkt.

De zorgstandaard is nog niet gereed voor implementatie: de kwaliteitsindicatoren, waaronder competenties, behoeven verdere uitwerking. Ook is het nodig een patiëntenversie van de zorgstandaard te ontwikkelen. Sommige onderdelen zullen in een later stadium gezamenlijk met andere partijen worden geschreven (bv. de generieke zorgmodules). Tevens is de bekostiging van de zorg uit de zorgstandaard nog in ontwikkeling. De komende jaren worden deze aspecten in afstemming met andere partijen ontwikkeld en zal de ZO geïmplementeerd worden.

3 Obesitas

3.1 Wat is obesitas

Obesitas is 'een chronische ziekte waarbij een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's'. In deze definitie, afkomstig uit de CBO-richtlijn obesitas en tevens in gebruik bij internationale organisaties zoals de WHO⁰⁶, wordt een aantal belangrijke elementen aangegeven:

- Obesitas is een ziekte. Dat betekent dat er medische aandacht op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling voor nodig is en dat deze toestand niet alleen kan worden beschouwd als een ongemak.
- Deze ziekte is chronisch. Dit houdt in dat obesitas een levenslang probleem is, waarvoor voortdurende aandacht nodig is en op dit moment geen genezing bestaat.
- De vetstapeling is zodanig dat dit leidt tot gezondheidsproblemen. Dit verwijst naar de totale hoeveelheid lichaamsvet enerzijds en de vetverdeling anderzijds.

3.2 Hoe verhoudt obesitas zich tot andere chronische ziekten

Obesitas hangt samen met tal van chronische aandoeningen. Volwassenen met obesitas hebben, vergeleken met mensen zonder overgewicht, tien tot twintig keer zoveel kans op DM2, meer dan drie keer zoveel kans op slaapapneu en baarmoederslijmvlieskanker, twee tot drie keer zoveel kans op HVZ en gewrichtsaandoeningen en tot twee keer zoveel kans op borstkanker, dikkedarmkanker en vruchtbaarheidsproblemen. Ook bij kinderen hangt obesitas samen met gezondheidsschade: ze hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd obesitas te hebben en een verhoogd risico op DM2, klachten aan het bewegingsapparaat, cardiovasculaire risicofactoren en leververvetting. Ook lopen ze meer kans op psychosociale problemen. Van genoemde aandoeningen, is de samenhang met obesitas het sterkst voor DM2 en HVZ. Het betreft dan ook voor een belangrijk deel dezelfde mensen. Voor zowel DM2 en HVZ als obesitas zijn individuele adviezen voor een gezonde leefstijl van groot belang. En de eerst aangewezen behandeling voor obesitas, een gecombineerde leefstijlinterventie, is ook voor DM2 en HVZ een essentieel onderdeel van de zorg. Er is dus een belangrijke overlap die tot uiting komt in generieke interventies die onderdeel zijn van de zorgstandaarden van ieder van de drie aandoeningen. Daarnaast zijn er ziektespecifieke interventies die per aandoening verschillen.

⁰⁶ Obesitas staat sinds 1948 op de ICD-lijst (International Classification of Diseases) van de WHO. In de tiende versie (2010) heeft obesitas een code onder de groep 'endocriene, voedingsgerelateerde en metabole ziekten' gekregen: codes E66.0 tot E66.9.

3.3 Het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR)

Om obesitas vast te stellen, wordt de Body Mass Index (hierna BMI⁰⁷) gehanteerd; bij een BMI ≥ 30 ⁰⁸ wordt de diagnose obesitas gesteld. De mogelijke gezondheidsschade als gevolg van obesitas wordt echter niet enkel bepaald door de BMI, maar juist ook door de vetverdeling en of iemand additionele risicofactoren of aandoeningen heeft. Ook mensen met overgewicht (≥ 25 BMI < 30) kunnen vanwege vetverdeling en additionele risicofactoren of comorbiditeit een verhoogd risico hebben op gezondheidsschade.

Het interpreteren van het gezondheidsrisico van overgewicht en obesitas is dus sterk afhankelijk van het niveau van andere risicofactoren en aandoeningen. Dit sluit aan bij de richtlijnen voor DM2 en Cardiovasculair Risicomanagement (CVR) en de NDF Zorgstandaard en zorgstandaard VRM, waar de zorgbehoefte niet aan de hand van slechts één risicofactor bepaald wordt, maar een heel risicoprofiel in kaart wordt gebracht. Zo wordt in het PreventieConsult en de Diabetes Risicotest op basis van BMI, vetverdeling, additionele risicofactoren en comorbiditeit het gezondheidsrisico in kaart gebracht.

Voor het vaststellen van de zorgbehoefte en het vereiste niveau van zorgverlening wordt in de ZO dan ook niet enkel naar BMI gekeken, maar wordt uitgegaan van het 'gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico' (hierna GGR). Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Het betreft een relatieve risico-indeling, ontleend aan de categorisatie van obesitas zoals gedefinieerd in de CBO-richtlijn obesitas en afgestemd met de NDF zorgstandaard en zorgstandaard VRM. Het gebruiken van het GGR als maat sluit aan bij (inter)nationale aanbevelingen op het gebied van obesitas.

De gezondheidsschade als gevolg van obesitas kan bestaan uit:

- 1 vermindering van gewichtsgerelateerde kwaliteit van leven (fysiek, sociaal en psychisch)
- 2 verlies van gezonde levensjaren
- 3 ontstaan van chronische aandoeningen
- 4 overlijden

Het GGR wordt bepaald door BMI in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren en comorbiditeit.

Kinderen: Bij kinderen verstaan we hieronder de aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren of (een hoog risico op) DM2 (zie ook bijlage 1).

Volwassenen: Bij volwassenen verstaan we hieronder de aanwezigheid van risicofactoren voor (sterfte aan) HVZ⁰⁹ of DM2¹⁰ en de aanwezigheid van ziekten die vooral de kwaliteit van leven beïnvloeden (artrose en slaapapneu) en ziekten die vooral de levensverwachting beïnvloeden (HVZ en DM2).

De buikomvang speelt bij volwassenen een rol bij het GGR als onderdeel van het verhoogd risico op HVZ en DM2. Er is sprake van een vergrote buikomvang vanaf ≥ 102 cm bij mannen en ≥ 88 cm bij vrouwen.

⁰⁷ De BMI wordt uitgedrukt in kg/m².

⁰⁸ Voor kinderen gelden andere afkappunten. Zie hoofdstuk 5 en bijlage 1.

⁰⁹ Zoals gedefinieerd in de NHG-Standaard CVR, de zorgstandaard VRM en de multidisciplinaire CBO-richtlijn CVR.

¹⁰ Zoals gedefinieerd in de NHG-Standaard DM2 en de Diabetes Risicotest.

De ernstgraad van het GGR wordt uitgedrukt in vier niveaus:

- Geel: licht verhoogd GGR (geïndiceerde preventie, zie hoofdstuk 4)
- Oranje: matig verhoogd GGR (zorggerelateerde preventie, zie hoofdstuk 6)
- Rood: sterk verhoogd GGR (zorggerelateerde preventie, zie hoofdstuk 6)
- Donkerrood: extreem verhoogd GGR (zorggerelateerde preventie, zie hoofdstuk 6)

Het vaststellen van het GGR voor kinderen en volwassenen wordt in hoofdstuk 5 toegelicht.

Comorbiditeit

De grens tussen co- en multimorbiditeit is niet altijd eenduidig te bepalen bij ziekten die tegelijk met obesitas optreden. Echter, er zijn een aantal ziekten waarbij de relatie met obesitas wel dusdanig duidelijk is, dat ze naast BMI als comorbiditeit worden meegenomen in het GGR. Om welke aandoeningen het hierbij gaat, is bepaald in de werkgroepen van het PON. Dit is aanvullend besproken en afgestemd met leden van het NHG, NISB, NDF en Platform Vitale Vaten.

Comorbiditeit in het GGR

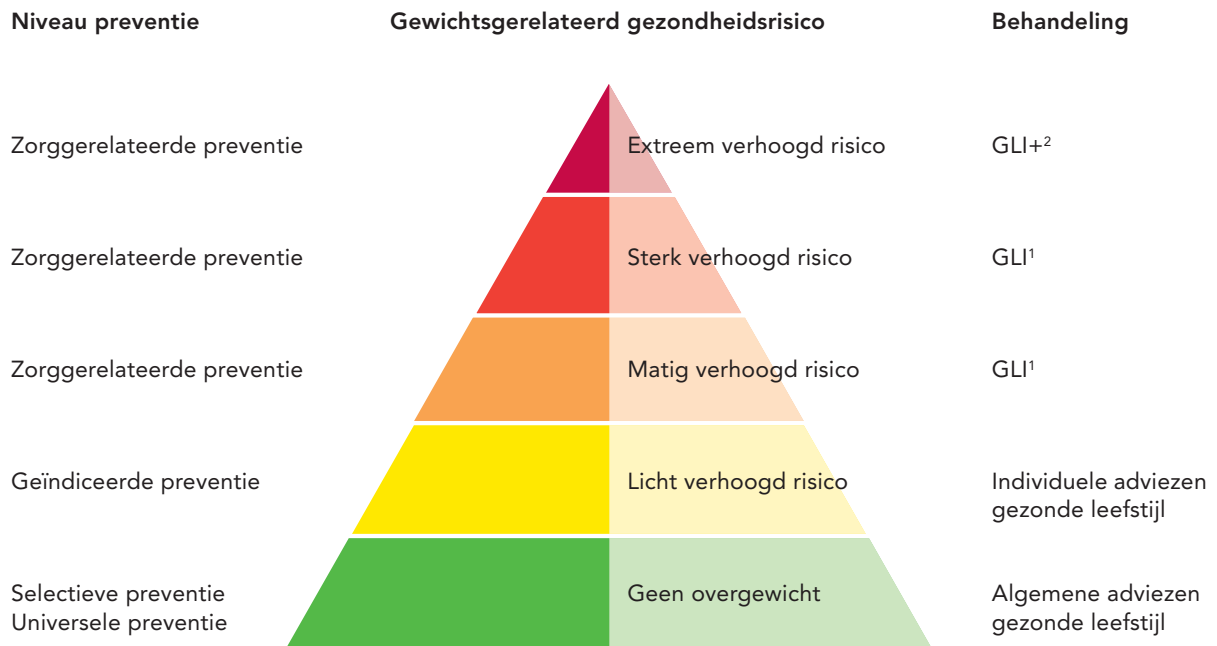
De aandoeningen die meegenomen worden in het GGR voldoen aan drie criteria:

- 1 Het causale verband tussen de aandoening en het gewicht is sterk
- 2 De ziektelast van de aandoening is hoog, evenals de urgentie tot behandeling
- 3 Gewichtsverlies is altijd geïndiceerd en vermindert de comorbide aandoening altijd

Overige psychische en somatische co- en multimorbiditeit

Voor de overige vormen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit, geldt dat geen verder onderscheid gemaakt wordt. Het betreft aandoeningen waarbij de causale relatie met obesitas niet altijd duidelijk is. Behandeling van obesitas (afvallen) leidt niet per definitie tot een verbetering van de aandoening en is niet altijd een geïndiceerde behandelmethode. Deze aandoeningen zijn mogelijk wel een indicatie voor een intensievere of aangepaste vorm van behandeling. Ze spelen daarom wél een rol in de diagnostische fase, maar vormen geen onderdeel van het GGR (1). Bij het stellen van de diagnose moet aanvullend rekening worden gehouden met factoren die mogelijk (als het gevolg van behandeling) hebben bijgedragen aan obesitas (2).

Piramide GGR met bijbehorende niveaus van preventie en behandeling



1 De GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) bestaat uit interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. Voor volwassenen: overweeg medicatie indien de GLI niet succesvol is na één jaar behandeling.

2 Bij de GLI+ (intensieve gecombineerde leefstijlinterventie) is cognitieve gedragstherapie altijd onderdeel van de behandeling. Voor volwassenen met een extreem verhoogd GGR kan naar professioneel oordeel van de zorgverlener al vroeg in de behandeling medicatie ingezet worden ter ondersteuning van de GLI+.

Indien de GLI+ niet succesvol is na één jaar behandeling, kunnen onder bepaalde voorwaarden aanvullende behandelingen overwogen worden:

- voor kinderen: opname
- voor adolescenten: opname, medicatie of bariatrische chirurgie
- voor volwassenen: bariatrische chirurgie

4 Geïndiceerde preventie

Zorgstandaarden beperken zich tot individuele zorgverlening en dus ook tot individuerichte preventie (zie ook begrippenkader). Hiertoe behoren de geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie (3). Dit hoofdstuk gaat over geïndiceerde preventie. Deze richt zich op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. In de Zorgstandaard Obesitas betreft dit mensen met een licht verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR): kinderen en volwassenen die overgewicht hebben, zonder additionele risicofactoren of comorbiditeit.

Naast deze vormen van individuerichte preventie bestaan er vormen die zich op het collectief richten en daarmee niet binnen zorgstandaarden vallen: universele en selectieve preventie. Activiteiten op het gebied van collectieve preventie spelen bij overgewicht en obesitas echter een belangrijke rol. Het PON stemt haar activiteiten dan ook nauwkeurig af met partijen die zich vooral richten op universele en selectieve preventie, zoals het Convenant Gezond Gewicht en het Centrum Gezond Leven.

Indicatie

Het GGR wordt vastgesteld op basis van opportunistische of routinematige screening. Dit houdt in dat het GGR wordt bepaald bij:

- 1 kinderen en volwassenen die bij de zorgverlener komen met een hulpvraag rondom gewichtsbeheersing
- 2 kinderen en volwassenen die bij de zorgverlener komen met aan overgewicht en obesitas gerelateerde risicofactoren en comorbiditeit
- 3 kinderen en volwassenen die bij de zorgverlener komen voor een niet gerelateerde klacht, maar waarbij de zorgverlener aanleiding ziet het gewicht bespreekbaar te maken (4)
- 4 kinderen en volwassenen die komen voor een routinematig gezondheidsonderzoek

Inhoud zorgfase preventie

Kinderen: Voor kinderen met overgewicht dient het overbruggingsplan gevolgd te worden¹¹. Centraal staan de BBOFT items: Stimuleren van Borstvoeding, Buitenspe-len en regelmatig gezond Ontbijten, reduceren van Frisdrankgebruik en andere ge-zoete dranken, en Televisiekijken of computeren. Bij kinderen geldt dat de zorgver-leners zich, mede afhankelijk van de leeftijd van het kind, voornamelijk op de ouders van het kind zullen richten. Bij het aanpassen van de leefstijl van kinderen spelen de ouders immers een belangrijke rol. De aard en inhoud van de individuele adviezen dienen afgestemd te worden op de leeftijdsgroep.

Volwassenen: Voor volwassenen geldt dat zorg geleverd door zorgverleners niet aan-gewezen is vanwege het lichte gezondheidsrisico, de grote aantallen in de bevolking en het ontbreken van bewezen kosteneffectieve interventies.

Nadat de zorgverlener de persoon bewust heeft gemaakt van het risico dat hij loopt, ligt het initiatief voor het aanpassen van de leefstijl bij de persoon zelf. Kern van het aanbod voor deze groep zijn individuele adviezen voor een gezonde leefstijl verkre-gen via een zelfstandig te volgen programma. Binnen een gezonde leefstijl staat een gezond gewicht centraal. De zorgverlener kan de persoon op weg helpen bij

¹¹ De JGZ-richtlijn overgewicht is in ontwikkeling. Tot die tijd kan het overbruggingsplan gebruikt worden.

zelfmanagement door middel van het rechtstreeks geven van individuele leefstijladviezen en aanvullend verwijzen naar adequate informatie en zelfstandige programma's. Op deze manier wordt het ontwikkelen van obesitas of verdere gezondheidsschade voorkómen. De individuele adviezen gezonde leefstijl dienen gebaseerd te zijn op de Richtlijnen goede voeding en de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (5, 6).

Wanneer het niet mogelijk blijkt het gedrag zelfstandig aan te passen of wanneer er een hulpvraag is m.b.t. gewicht, kan zorg geboden worden. Een individueel zorgplan en behandeling is dan aangewezen.

5 Diagnostiek

De Zorgstandaard Obesitas gaat uit van vraaggestuurde zorg. Hierbij wordt de zorg zó ingericht, dat de wensen van de patiënt richtinggevend zijn voor de zorg die daadwerkelijk wordt verleend. Het stellen van de juiste diagnose vormt de eerste stap van de zorggerelateerde preventie.

Indicatie

Het GGR wordt vastgesteld op basis van opportunistische of routinematige screening. Dit houdt in dat het GGR wordt bepaald bij (7):

- 1 kinderen en volwassenen die bij de zorgverlener komen met een hulpvraag rondom gewichtsbeheersing
- 2 kinderen en volwassenen die bij de zorgverlener komen met aan overgewicht en obesitas gerelateerde risicofactoren en comorbiditeit
- 3 kinderen en volwassenen die bij de zorgverlener komen voor een niet gerelateerde klacht, maar waarbij de zorgverlener aanleiding ziet het gewicht bespreekbaar te maken (4)
- 4 kinderen en volwassenen die komen voor een routinematig gezondheidsonderzoek

Inhoud zorgfase diagnostiek

Stap 1: GGR bepalen

In de fase diagnostiek wordt allereerst de kans op gezondheidsschade bepaald aan de hand van het GGR (zie ook hoofdstuk 3).

Vaststellen van het GGR bij kinderen: Het GGR wordt bij kinderen vastgesteld op basis van BMI¹² en de aanwezigheid van risicofactoren en comorbiditeit. Hieronder verstaan we de aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren of (een hoog risico op) DM2. In bijlage 1 wordt ingegaan op het vaststellen van deze risicofactoren en comorbide aandoeningen bij kinderen. In deze bijlage staan eveneens de tabellen met BMI-afkappunten voor overgewicht en verschillende niveaus van obesitas voor jongens en meisjes. Onderstaand een schematische weergave van de niveaus van GGR bij kinderen:

BMI kg/m ²	Geen risicofactoren of comorbiditeit	Risicofactoren of comorbiditeit
Overgewicht	Licht verhoogd	Matig verhoogd
Obesitas graad I	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
Obesitas graad II	Sterk verhoogd	Extreem verhoogd
Obesitas graad III	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd

Tabel 1: Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij kinderen. De afkappunten in de tabel aangeduid met overgewicht dan wel obesitas graad I, zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassenen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 resp. 30 kg/m². De afkappunten aangeduid met obesitas graad II en III zijn gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 resp. 40 kg/m². Deze tabel betreft een verduidelijking van de tabel met niveaus van GGR voor kinderen zoals deze in de eerste druk van de Zorgstandaard Obesitas op pagina 25 gepubliceerd is.

¹² Voor kinderen van 0 tot 4 jaar geldt een aparte wijze van het vaststellen van de mate van overgewicht en obesitas. Zie hiervoor het addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn obesitas.

Indien comorbiditeit bij het kind vermoed wordt dient, ongeacht het GGR, nader onderzoek hiernaar te worden verricht volgens de criteria opgesteld door de specialistische beroepsverenigingen. Indien comorbiditeit is bevestigd dient een diagnostisch en therapeutisch traject gevolgd te worden volgens de criteria opgesteld door de specialistische beroepsverenigingen, zodat adequate zorg zonder vertraging kan worden opgestart.

Vaststellen van het GGR bij volwassenen: Het GGR wordt bij volwassenen vastgesteld op basis van BMI en de aanwezigheid van risicofactoren¹³ voor (sterfte aan) HVZ of DM2 en comorbiditeit¹⁴ (DM2, HVZ, slaapapneu en/of artrose) (8). Onderstaand een schematische weergave van de niveaus van GGR bij volwassenen:

BMI kg/m ²	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

Tabel 2: Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij volwassenen

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

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

Wanneer sprake is van comorbiditeit, gelden naast de Zorgstandaard Obesitas eveneens andere ziektespecifieke zorgstandaarden en richtlijnen voor de betreffende aandoening.

Stap 2: Overige co- en multimorbiditeit

Nadat het GGR is bepaald, dienen overige vormen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit in kaart gebracht te worden (1). Deze aandoeningen zijn mogelijk een indicatie voor een intensievere of aangepaste vorm van behandeling. Bij het stellen van de diagnose moet aanvullend rekening worden gehouden met factoren die mogelijk (als het gevolg van behandeling) hebben bijgedragen aan obesitas (2).

Stap 3: Aanvullende analyse persoonsgegevens

Het vaststellen van het GGR vormt de eerste stap in het in kaart brengen van de gezondheidstoestand van de persoon met overgewicht of obesitas. Een chronische ziekte hebben hangt echter samen met aspecten die verder reiken dan enkel de gezondheid. Het is daarom gebruikelijk dat zorgverleners bij mensen met een chronische ziekte naast het diagnosticeren van de ziekte, aanvullende persoonsgegevens in kaart te brengen die een rol spelen in de gezondheid van de patiënt en richtinggevend zijn voor de inhoud en vormgeving van de interventie. Tijdens een aanvullende analyse wordt in kaart gebracht welke additionele relevante persoonsgegevens een rol spelen in de mogelijkheden voor de behandeling en zelfmanagement. De wensen, behoeften en mogelijkheden van de patiënt staan hierbij centraal.

¹³ De NHG-standaarden CVR en DM2, het PreventieConsult en de Diabetes Risicotest vormen de basis voor definiëring van het cardiovasculaire risicoprofiel en risico op DM2, waarbij respectievelijk een 10-jaarsrisico van sterfte aan HVZ > 5% en een gestoord nuchtere glucose als grenswaarde voor behandeling worden gehanteerd.

¹⁴ Hieronder wordt een tweetal soorten aandoeningen verstaan: ziekten die vooral de kwaliteit van leven beïnvloeden (artrose en slaapapneu) en ziekten die vooral de levensverwachting beïnvloeden (HVZ en DM2).

Deze aanvullende analyse vormt samen met het GGR de basis voor het opstellen van het individueel zorgplan (zie hoofdstuk 6).

Aspecten die tijdens de aanvullende analyse van persoonsgegevens in kaart kunnen worden gebracht (niet uitputtend):

- de hulpvraag
- lijnhistorie en ontwikkeling gewicht gedurende levensloop
- familiegeschiedenis (voorkomen van obesitas, DM2 en HVZ)
- etniciteit
- leefgewoonten (voeding, bewegen, slaapgedrag, stress, roken, alcohol, drugs)
- medicatiegebruik
- eerdere ervaringen met gebruik van medicatie t.b.v. afvallen
- het bereid zijn de leefstijl te veranderen (motivatie)
- het in staat zijn de leefstijl te veranderen
- psychosociale omstandigheden en omgevingsfactoren
- lichamelijke of geestelijke beperkingen die de therapietrouw en uitkomsten van de interventies in belangrijke mate kunnen beïnvloeden en de persoon niet of slechts gedeeltelijk geschikt maken voor de behandeling.

Kinderen: Voor kinderen is het hierbij belangrijk dat de eet- en leefgewoonten van gehele gezin worden betrokken. De cognities, visie en mogelijkheden van de ouders moeten in kaart gebracht worden. Aanvullend kan naar de opvoedsituatie (waaronder opvoedingsstijl) en lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van het kind gekeken worden.

6 Individueel zorgplan en behandeling

6.1 Individueel zorgplan

Indicatie

Voor mensen met een matig, sterk en extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) geldt dat er een indicatie voor zorggerelateerde preventie is. Dit omvat de multidisciplinaire behandeling voor mensen die op basis van hun gezondheidsrisico adequate zorg nodig hebben. Op basis van het GGR en de aanvullende analyse van persoonsgegevens wordt de inhoud van de behandeling vastgelegd in een individueel zorgplan.

Inhoud zorgfase individueel zorgplan

Centraal binnen de behandeling staat het individueel zorgplan. Voor kinderen geldt dat in het individueel zorgplan de gezinsaanpak beschreven staat. Dit zorgplan heeft als doel de gezondheidstoestand van de patiënt¹⁵ te verbeteren en beschrijft onder andere de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de medische én persoonlijke behandeldoelen, de behandelinterventies en de intensiteit van de behandeling. De verwachting over de effecten van de behandeling van de patiënten, de verwachte voordelen van het te behalen doel, evenals verwachte barrières om dat doel te bereiken worden besproken en vastgelegd. De gestelde doelen moeten realistisch zijn en haalbaar in tijd. Ook de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners binnen de zorggroep zijn in het individueel zorgplan vastgelegd. Het zorgplan wordt op maat gemaakt en aangepast aan kennisniveau, leeftijd, leefwijze en in welke fase van het gedragsveranderingsproces de patiënt zich bevindt. Het zorgplan is geen statisch gegeven, maar dient regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld te worden.

Een behandeling is altijd maatwerk. De zorgstandaard geeft de maatstaf voor het vereiste niveau van kwaliteit van zorgverlening, maar biedt daarnaast voldoende ruimte voor flexibiliteit en een individuele, persoonsgerichte benadering. Door middel van het individueel zorgplan kan recht gedaan worden aan de diversiteit van patiënten binnen de niveaus van GGR. Voor ieder individu dient een zorgplan opgesteld te worden dat hem optimaal ondersteunt bij zelfmanagement. Op basis van het individueel zorgplan weet de patiënt wat hij aan zorg mag verwachten en wat hij er zelf aan kan doen. Het individueel zorgplan fungeert als een soort draaiboek voor de patiënt als regisseur over zijn leven inclusief ziekte.

Zelfmanagement is geen eenzijdig opgelegd behandelvoorschrift. De patiënt wordt gepositioneerd, gemotiveerd en gefaciliteerd om aan zelfmanagement te doen, maar de patiënt doet alleen dat wat hij aankan en waarbij hij zich veilig voelt. Dat betekent dat er in de praktijk verschillende niveaus van zelfmanagement zullen zijn.

¹⁵ Waar patiënt geschreven staat, worden in geval van een kind logischerwijs ook de ouder(s) /verzorger(s) bedoeld.

6.2 Behandeling

Centraal in de behandeling volgens de ZO staat dat de interventie zoals vastgelegd in het individueel zorgplan wordt afgestemd op het aanwezige GGR, overige vormen van psychische of somatische co- en multimorbiditeit en de aanvullende analyse van de persoonsgegevens. Deze benadering wordt ook wel het 'stepped care-principe' genoemd, wat wil zeggen dat de behandeling altijd begint met de minst ingrijpende en de minst kostbare behandeling (gegeven de ernst van de aandoening). Als de eerste behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpendere of intensievere behandelvorm.

De behandeling van obesitas is in principe geheel gericht op het ondersteunen en bevorderen van zelfmanagement. Hoewel zorgverleners binnen de verschillende fasen van de behandeling ondersteuning op maat kunnen bieden, is het uiteindelijk de patiënt zelf die de leefstijlverandering door moet voeren en vol moet houden. De behandeling is daarbij slechts het begin, het gaat uiteindelijk om een levenslange verandering.

De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Indicatie

Mensen met een matig en sterk verhoogd GGR komen op basis van hun gezondheidsrisico in aanmerking voor een gecombineerde leefstijlinterventie (hierna GLI).

De eerste keus bij de behandeling van kinderen en volwassenen met een matig en sterk verhoogd GGR is een behandeling bestaande uit verschillende interventies. Deze 'gecombineerde leefstijlinterventie' bestaat uit het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering.

Inhoud zorgfase behandeling: de GLI

De behandeling van een matig en sterk verhoogd GGR bestaat uit een gecombineerde leefstijlinterventie, zowel voor kinderen¹⁶ als volwassenen (9). Het gaat daarbij om een behandeling bestaande uit interventies gericht op voeding en bewegen met aandacht voor gedragsverandering, welke in samenhang worden aangeboden. Juist deze samenhang bepaalt de effectiviteit van de GLI en maakt dat deze interventie een meerwaarde heeft ten opzichte van de inzet van de onderdelen voeding en bewegen afzonderlijk.

De basis van de behandeling bestaat daarmee uit algemene principes die eveneens voor andere chronische aandoeningen gelden. De basis van deze zorg wordt in generieke zorgmodules beschreven, waarbij de aanvullende onderdelen die specifiek voor obesitas gelden, in de ziektespecifieke addities staan (zie hoofdstuk 8).

¹⁶ Er zijn geen bewezen effectieve interventies voor 0 tot 4 jarigen. Bij een te hoog gewicht naar leeftijd dan wel een te hoge BMI of een te snelle gewichtstoename van een kind, is extra zorgvuldige monitoring van de indicatoren van overgewicht en de gewichtstoename geïndiceerd. Ouders krijgen opvoedingsondersteuning in combinatie met individuele adviezen voor een gezonde leefstijl.

Doel van de behandeling

Overkoepelend doel van de GLI is een blijvende verbetering van leefstijl, waardoor terugval zoveel mogelijk wordt voorkomen.

Kinderen: De behandeling is, afhankelijk van de leeftijd en het groeistadium, gericht op het bewerkstelligen van gewichtsverlies of gewichtsstabilisatie, het verbeteren van de lichamelijke fitheid en daarmee het realiseren van gezondheidswinst.

Volwassenen: De behandeling is gericht op het bewerkstelligen van gewichtsverlies, het verbeteren van de lichamelijke fitheid en daarmee het realiseren van gezondheidswinst.

Duur van de behandeling

De behandeling bestaat uit een intensieve behandelfase van één jaar plus een onderhoudsfase van één jaar. Daarna volgt begeleiding voor onbepaalde tijd.

Intensiteit van de behandeling

Obesitas is een ziekte waarvan de ernst tussen patiënten en ook in de tijd bij één patiënt kan verschillen. Het is aan zorgverleners binnen de verschillende disciplines om samen met de patiënt de juiste intensiteit van de behandeling te bepalen en persoonlijke behandeldoelen te stellen. Dit alles wordt vastgelegd in het individueel zorgplan. De intensiteit komt tot uitdrukking in de frequentie (aantal contactmomenten en vervolgafspraken), de tijdsduur per contactmoment en de vorm van behandeling (individueel en/of in groepsverband).

Succescriterium van de behandeling

Het uiteindelijke doel van de behandeling is gezondheidswinst en een verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt. Deze uitkomstmaten zijn lastig kwantificeerbaar, en bovendien worden eventuele effecten (vaak) pas op de lange termijn zichtbaar.

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 van hoe succesvol iemand is in het behalen van de uiteindelijke doelen van de behandeling.

De behandeling van obesitas richt zich met name op blijvende veranderingen in het voedingsgedrag en de lichamelijke activiteit. Net als de potentiële gezondheidswinst zijn die lastig te meten en de te behalen doelen zijn moeilijk te kwantificeren. Gewichtsverlies en het behoud daarvan zijn ook een adequate afspiegeling van duurzame gedragsverandering. Daarom wordt als succescriterium voor het slagen van de behandeling het gewicht gebruikt. Hierbij wordt gekeken naar de mate van gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) en het behoud hiervan.

Er wordt gesproken van een succesvolle behandeling, wanneer het succescriterium is behaald. Op grond van de analyse van de persoonsgegevens bij het opstellen van het individueel zorgplan, kan de verwachting over het effect van de interventie bijgesteld worden.

Succescriterium kinderen

- Er zijn geen evidence-based criteria voor succes bij kinderen in de groei. Vandaar dat bij kinderen naar gewichtsstabilisatie gestreefd wordt na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud, tenzij dat tijdens de groeispurt van het kind onhaalbaar is.
- Voor uitgegroeide kinderen met een matig verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 5\%$ na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud.
- Voor uitgegroeide kinderen met een sterk verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud.

Succescriterium volwassenen

- Voor volwassenen met een matig verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 5\%$ na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud.
- Voor volwassenen met een sterk verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud.

Onderstaande tabel toont het effect van 5% en 10% gewichtsverlies bij een volwassene met een lengte van 1.75 m, bij drie verschillende niveaus van obesitas. Voor deze persoon geldt dat tot een gewicht van 76 kg geen sprake is van overgewicht. Het aantal kilo's overgewicht bij aanvang is hierop gebaseerd. De tabel illustreert dat wanneer de persoon 5% of 10% afvalt, een behoorlijk deel van het overgewicht verloren is, waarmee belangrijke gezondheidswinst behaald wordt. De tabel laat ook zien dat de persoon desondanks in vrijwel alle gevallen nog steeds obesitas heeft.

Persoonsgegevens	Casus 1	Casus 2	Casus 3
BMI bij aanvang (kg/m ²)	30,0	35,0	40,0
Gewicht bij aanvang (kg)	91,0	106,0	121,0
Aantal kilo's overgewicht bij aanvang (kg)	15,0	30,0	45,0
5% gewichtsverlies	Casus 1	Casus 2	Casus 3
Aantal kilo's afgevallen	4,6	5,3	6,1
Gewicht na 5% gewichtsverlies (kg)	86,4	100,7	114,9
BMI na 5% gewichtsverlies (kg/m ²)	28,0	33,0	37,0
Percentage van het overgewicht verloren (%)	30,7	17,7	13,6
10% gewichtsverlies	Casus 1	Casus 2	Casus 3
Aantal kilo's afgevallen	9,1	10,6	12,1
Gewicht na 10% gewichtsverlies (kg)	81,9	95,4	108,9
BMI na 10% gewichtsverlies (kg/m ²)	27,0	31,0	35,0
Percentage van het overgewicht verloren (%)	60,7	35,3	26,9

Tabel 3: Het effect van 5% en 10% gewichtsverlies bij een volwassene met een lengte van 1.75 m, bij drie verschillende niveaus van obesitas.

Uitkomstmaten van de behandeling

Naast het lichaamsgewicht als uitkomstmaat, bestaan er andere uitkomstmaten die als effect van de behandeling in kaart kunnen worden gebracht:

- comorbiditeit en risicofactoren
- gedragsverandering m.b.t. lichamelijke activiteit, voedingspatroon en slaap
- kwaliteit van leven (met name ook verbetering in algemeen dagelijks functioneren (ADL))
- psychisch en lichamelijk welbevinden
- overige in de diagnostische fase naar voren gekomen aandachtspunten

Onderhoudsfase van de behandeling

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. Hierdoor kunnen veranderingen in de gezondheidstoestand tijdig gesignaleerd worden en kan indien nodig het individueel zorgplan aan de veranderde zorgvraag aangepast worden.

Centraal in de GLI bij kinderen: de gezinsaanpak

De behandeling van kinderen richt zich op het aanleren van gezond gedrag, zowel qua voeding als bewegen. Het hele gezin moet zich bewust worden van de noodzaak (en mogelijkheden) van gezond gedrag, wil een GLI op langere termijn effectief zijn bij kinderen. Bij de behandeling staat daarom de gezinsaanpak centraal; ouders behoren actief bij de behandeling betrokken te worden en medeverantwoordelijk gemaakt voor gedragsverandering. Ouders dienen opvoedingsondersteuning en individuele adviezen te krijgen. Bij de invulling van de gezinsaanpak moet rekening worden gehouden met de leeftijd van het kind en de vorm van ouderlijk gezag.

Gedragsverandering binnen de GLI

Gedragsverandering is het geheel van gesprekken en materialen en behandelingen die de patiënt in staat stellen ongunstige gewoontes op het gebied van voeding, bewegen, en omgaan met emoties en de omgeving te veranderen, zodat gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) plaatsvindt, de lichamelijke en geestelijke gezondheid verbetert en terugval wordt voorkomen.

Binnen de GLI vormt gedragsverandering altijd een centraal thema binnen de onderdelen voeding en bewegen van de behandeling. Naast deze gedragsverandering dient het voor iedereen met een matig en sterk verhoogd GGR mogelijk te zijn cognitieve gedragstherapie (CGT) ter ondersteuning op maat toe te voegen (10).

De intensieve gecombineerde leefstijlinterventie (GLI+)

Indicatie

Patiënten met een extreem verhoogd GGR komen op basis van hun gezondheidsrisico in aanmerking voor een behandeling bestaande uit een intensieve GLI (hierna GLI+). Voor kinderen geldt dat dit ambulante therapie kan zijn, maar ook gezinsbehandeling aan huis kan een optie zijn.

Inhoud zorgfase behandeling: de GLI+

Voor patiënten met een extreem verhoogd GGR is een intensieve behandeling gericht op leefstijl het eerste uitgangspunt¹⁷. Bij kinderen staat ook hier de gezins-aanpak centraal. De basis van de GLI+ bestaat uit de principes van de GLI zoals in voorgaande paragraaf beschreven. Omdat bij een hoog percentage patiënten comorbiditeit zal voorkomen en sprake is van lichamelijke beperkingen, moet de behandeling worden aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt. Aanvullend vormt binnen de GLI+ de cognitieve gedragstherapie (CGT) een vast onderdeel van de behandeling.

Doel van de behandeling

De behandeling van de patiënt met een extreem verhoogd GGR is gericht op verbetering van kwaliteit van leven middels terugdringen van de gevolgen van obesitas, voorkomen van nieuwe gevolgen van obesitas, het verlagen van het overlijdensrisico en in extreme gevallen het afwenden van acuut overlijdensgevaar.

Duur van de behandeling

De behandeling bestaat uit een intensieve behandelfase van één jaar plus een onderhoudsfase van één jaar. Daarna volgt begeleiding voor onbepaalde tijd.

Intensiteit van de behandeling

De GLI+ heeft altijd een hogere intensiteit met andere accenten dan de GLI. Het aantal contactmomenten plus vervolgafspraken ligt hoger, de tijdsduur per contactmoment is ruimer er is meer ruimte voor individuele consulten. Gezien het hoge gezondheidsrisico is het belangrijk dat de behandeling plaatsvindt door in de behandeling van morbide obesitas gespecialiseerde zorgverleners. Veelal zal sprake zijn van samenwerking met en of doorverwijzing naar meer specialistische zorg.

Succescriterium kinderen en volwassenen

- Er zijn geen evidence-based criteria voor succes bij kinderen in de groei. Vandaar dat bij kinderen naar gewichtsstabilisatie gestreefd wordt na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud, tenzij dat tijdens de groeisput van het kind onhaalbaar is.
- Voor uitgegroeide kinderen met een extreem verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud.
- Voor volwassenen met een extreem verhoogd GGR wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na één jaar behandeling en handhaving hiervan in de fase van onderhoud.

Uitkomstmaten van de behandeling

Naast het lichaamsgewicht als uitkomstmaat, bestaan er andere uitkomstmaten die als effect van de behandeling in kaart kunnen worden gebracht:

- comorbiditeit en risicofactoren
- gedragsverandering m.b.t. lichamelijke activiteit, voedingspatroon en slaap
- kwaliteit van leven (met name ook verbetering in algemeen dagelijks functioneren (ADL))
- psychisch en lichamelijk welbevinden
- overige in de diagnostische fase naar voren gekomen aandachtspunten

¹⁷ De GLI+ is niet de juiste behandeling wanneer comorbiditeit en/of multimorbiditeit een dermate gezondheids- of levensbedreigende ernstgraad heeft dat andere vormen van behandeling (bv. bariatrische chirurgie) geïndiceerd zijn.

Onderhoudsfase van de behandeling

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. Hierdoor kunnen veranderingen in de gezondheidstoestand tijdig gesignaleerd worden en kan indien nodig het individueel zorgplan aan de veranderde zorgvraag aangepast worden.

Opname voor kinderen

Opname in een gespecialiseerd centrum kan een veelbelovende optie zijn voor kinderen met een extreem verhoogd GGR, indien de gangbare GLI+ onvoldoende effect heeft gehad. Dit is conform wetenschappelijke bewijsvoering zoals vastgesteld in het addendum over kinderen bij de CBO-richtlijn obesitas. Het gaat daarbij om opname voor kortere of langere tijd in een gespecialiseerd behandelcentrum. De behandeling bestaat uit een GLI+ met nadruk op de gezinsaanpak. Het is van belang dat gedurende de opname veel aandacht is voor het implementeren en bestendigen van het nieuw aangeleerde gedrag in de gezins/thuissituatie. Goede begeleiding na opname is essentieel. De best-practices en cruciale onderdelen van behandeling middels opname worden momenteel onderzocht in wetenschappelijke studies. Exacte condities moeten nog worden vastgesteld.

Gedragsverandering binnen de GLI+

Voor patiënten met een extreem verhoogd GGR is cognitieve gedragstherapie (CGT) altijd onderdeel van de behandeling. Onafhankelijk van de inhoud van de adviezen wat betreft voeding en bewegen heeft CGT een positieve invloed op leefstijlveranderingen (10).

Medicatie en farmaceutische zorg

Indicatie

Er is een beperkte indicatie voor medicatie en farmaceutische zorg. De literatuur over de effecten van farmacologische interventies met de nu beschikbare middelen laat betrekkelijk geringe effecten zien op lichaamsgewicht en risicofactoren voor DM2 en HVZ. Bovendien zijn er nauwelijks gegevens over effecten op morbiditeit en ontbreken gegevens over het effect op mortaliteit. Ook over de effecten van medicatie en farmaceutische zorg op lange termijn is weinig evidentie voorhanden. De nodige terughoudendheid met voorschrijven van medicatie en farmaceutische zorg is daarom vereist.

Kinderen: Voor kinderen vormt medicatie en farmaceutische zorg geen behandeloptie.

Adolescenten extreem verhoogd GGR: Voor adolescenten is medicatie en farmaceutische zorg niet geïndiceerd, behoudens een aantal uitzonderingen. Onder bepaalde voorwaarden, zoals vermeld in bijlage 2, kan medicatie en farmaceutische zorg ingezet worden in aanvulling op de GLI+, wanneer deze niet in het gewenste succescriterium heeft geresulteerd.

Volwassenen matig en sterk verhoogd GGR: Indien het volgens het professionele oordeel van de zorgverlener wenselijk is, kan de GLI ondersteund worden met medicatie en farmaceutische zorg, indien enkel de GLI niet succesvol geweest is.

Volwassenen extreem verhoogd GGR: Medicatie en farmaceutische zorg ter ondersteuning van de GLI+ kan naar professioneel oordeel van de zorgverlener al vroeg in de behandeling ingezet worden.

Inhoud zorgfase behandeling: medicatie en farmaceutische zorg

Het is belangrijk dat het voor patiënten duidelijk is wat ze van medicatie en farmaceutische zorg ter ondersteuning van de behandeling kunnen verwachten en dat ze op de hoogte zijn van mogelijke bijwerkingen. Het is aan de zorgverlener om in samenspraak met de patiënt en mede op basis van de CBO-richtlijn obesitas en indicaties en contra-indicaties zoals vermeld in het Farmacotherapeutisch Kompas te bepalen of medicatie en farmaceutische zorg tot de mogelijkheden behoort. Het Informatorium Medicamentorum beschrijft eveneens indicaties en contra-indicaties¹⁸.

Orlistat

Op dit moment is de enige medicatie uit de CBO-richtlijn obesitas die voorgeschreven kan worden orlistat 120 mg (Xenical)¹⁹. Daarnaast bestaat als geregistreerd geneesmiddel tegen overgewicht orlistat 60 mg (Alli). Dit is zonder recept uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar (UA-geneesmiddel). Apothekers hanteren bij de uitgifte van dit middel de UA-Standaard orlistat 60 mg en het UA-vragenformulier voor de patiënt. Wanneer een patiënt na 12 weken therapie met orlistat 120 mg minder dan 5% van het initiële lichaamsgewicht verloren heeft, dient de behandeling te worden gestaakt. Wanneer de patiënt succesvol gewicht verliest, wordt langdurige continuering van de medicamenteuze behandeling aanbevolen, aangezien de literatuur laat zien dat het effect verdwijnt zodra men stopt met de therapie.

Farmaceutische zorg

Medicatie gaat altijd samen met het leveren van bijbehorende farmaceutische zorg conform de Nederlandse Apotheeknorm (NAN). Indien voor medicatie en farmaceutische zorg gekozen wordt, geeft de zorgverlener de patiënt een voorschrift/verwijzing mee voor de medicatie en farmaceutische zorg. De patiënt krijgt voorlichting over de medicatie en het gebruik ervan. De zorgverlener begeleidt de patiënt bij het gebruik van de medicatie in vervolgspraken (11).

Chirurgische interventie

Indicatie

Wanneer op basis van de GLI+ onvoldoende effect bereikt wordt, vormt bariatrische chirurgie onder strenge criteria een mogelijke behandeling voor adolescenten en volwassenen met een extreem verhoogd GGR. Hierbij geldt dat de chirurgische behandeling altijd gepaard gaat met een GLI+.

Kinderen: Voor kinderen vormt bariatrische chirurgie geen behandeloptie.

Adolescenten extreem verhoogd GGR: Voor adolescenten is bariatrische chirurgie niet geïndiceerd, behoudens een aantal uitzonderingen. Bariatrische chirurgie bij

¹⁸ Er bestaat een verschil tussen de geregistreerde indicatie, zoals die in de door het CBG goedgekeurde productinformatie staat, het Farmacotherapeutisch Kompas en het Informatorium Medicamentorum enerzijds en de CBO-richtlijn obesitas anderzijds. Binnen de Zorgstandaard Obesitas worden de criteria van de CBO-richtlijn aangehouden (deze komen overeen met de indicatie van orlistat 120 mg ofwel Xenical).

¹⁹ In de CBO-richtlijn worden daarnaast sibutramine en rimonabant genoemd, maar de EMEA adviseert sibutramine niet meer voor te schrijven en rimonabant is inmiddels van de markt gehaald. Producten die niet zijn geregistreerd als geneesmiddel, zoals allerlei warenwetproducten om af te vallen, vallen niet binnen de zorgstandaard.

adolescenten vindt, conform de CBO-richtlijn obesitas, alleen plaats in onderzoeksverband. Alvorens chirurgie voor adolescenten kan worden overwogen is er een aantal criteria waaraan de adolescent, maar ook diens gezinssituatie, omgeving en de hulpverlener moeten voldoen, zoals vermeld in bijlage 2. Hierbij gelden aanvullende indicaties en exclusiefactoren zoals gesteld voor volwassenen.

Volwassenen extreem verhoogd GGR: Bariatrische chirurgie kan voor patiënten met een extreem verhoogd GGR overwogen worden na een niet succesvolle GLI+ (al dan niet gecombineerd met medicatie en farmaceutische zorg) wanneer aan de criteria zoals vermeld in bijlage 2 wordt voldaan.

Inhoud zorgfase behandeling: chirurgische interventie

Het behandeltraject behorende bij een chirurgische interventie bestaat niet enkel uit de operatie zelf, maar dient een pre-operatieve zorgfase te hebben en vervolgd te worden door postoperatieve zorg en onderhoud waarna uiteindelijk reguliere begeleiding volgt.

Pre-operatieve screening

Wanneer een patiënt is doorverwezen voor een chirurgische behandeling, volgt de pre-operatieve screening zoals vastgelegd in de monodisciplinaire richtlijn van de specialisten (12). Hierin wordt door een multidisciplinair team gekeken of de patiënt aan zowel de lichamelijke als psychische eisen voor chirurgie voldoet. Een chirurgische behandeling is een ingrijpende ingreep met levenslange gevolgen. Met de interventie op zichzelf wordt niet de onderliggende oorzaak weggenomen; de ingreep is feitelijk slechts een hulpmiddel voor de patiënt om af te vallen.

Het is belangrijk dat voorafgaand aan de behandeling bepaald wordt of de patiënt klaar is voor de behandeling. In de pre-operatieve screening moet ruimte zijn voor een psychologische intake, waarbij het voornamelijk belangrijk is persoonlijkheidsstoornissen of eetstoornissen te identificeren die een nadelig effect kunnen hebben op de uitkomst van chirurgie.

Pre-operatieve zorg

Pre-operatieve zorg is voornamelijk gericht op de bewustwording en betrokkenheid van de patiënt. Daarnaast moet er sprake zijn van een intensieve voorbereiding op definitieve leefstijlverandering en de postoperatieve gevolgen van de interventie.

Vaststellen type ingreep

Het zorgteam, waarvan de specialist onderdeel uitmaakt, kiest samen met de patiënt de geschikte ingreep. Daarbij worden onder andere de BMI, ernst van de comorbiditeit en het risico van de ingreep meegenomen. Ook het psychisch welbevinden van de patiënt speelt een belangrijke rol in de keuze van de behandeling. Aanvullend spelen de effectiviteit van de behandeling en de lange-termijn effecten, de faciliteiten en uitrusting die beschikbaar zijn en de ervaring van de chirurg met de operatie die hij gaat uitvoeren een rol.

Behandeling

Bariatrische chirurgie heeft tot doel het ingrijpend en langdurig verlagen van het lichaamsgewicht van patiënten met een extreem verhoogd GGR. De operatieve behandelingen kunnen in drie groepen worden verdeeld: operaties die de voedselinname beperken (restrictieve ingrepen), operaties die de absorptie uit de darm verminderen (malabsorptieve ingrepen) en een combinatie van beide (13).

Postoperatieve zorg

Postoperatieve zorg is in eerste instantie gericht op de voorafgaande chirurgische interventie en het voorkomen of behandelen van eventuele complicaties na de operatie. Daarnaast richt de postoperatieve zorg door het multidisciplinaire team zich op het eigen maken van een adequate leefstijlverandering. Het dieet van de patiënt wordt regelmatig, en bij voorkeur door een deskundige op het gebied van voeding en met ervaring bij morbide obese patiënten gemonitord (14).

Onderhoudsfase

Na de postoperatieve zorg volgt de onderhoudsfase. Deze richt zich op eventuele complicaties en op het counsellen van de patiënt en het bijhouden van het gewichtsverloop en de bijbehorende leefstijl. Met name na restrictieve operaties is het behaalde resultaat sterk afhankelijk van de intensieve multidisciplinaire GLL+ behandeling van de patiënt, waarbij een frequente controle gepaard gaat met een significant beter resultaat. Ook lange termijn complicaties na malabsorptieve ingrepen kunnen met een adequate GLL+ worden voorkomen. Hierin begeleidt een breed behandelteam, van in de behandeling van morbide obesitas gespecialiseerde zorgverleners, de patiënt bij het optimaliseren van het voedingspatroon en de gedragsverandering gericht op (behoud van) gewichtsverlies (15).

Gezien de impact van psychosociale variabelen op de resultaten van bariatrische chirurgie en het lange termijn succes, vormt psychologische evaluatie en ondersteuning eveneens een essentieel onderdeel van de postoperatieve zorg en onderhoudsfase.

Succes van de chirurgische behandeling

Aanbevolen wordt het succes van de ingreep aan te geven middels de criteria van Reinhold, waarbij de uitkomst gedefinieerd wordt in termen van behoud van het percentage overgewicht²⁰:

- behoud van <25% van het overgewicht: excellent
- behoud van 25-50% van het overgewicht: goed
- behoud van 51-75% van het overgewicht: redelijk
- behoud van 76-100% van het overgewicht: matig
- behoud van > 100% van het overgewicht: falen behandeling

Het is daarnaast van belang dat het succes niet alleen gedefinieerd wordt in termen van gewichtsverlies en verbetering van de risicofactoren, maar dat ook naar verbeteringen in eetgedrag en psychosociale variabelen en kwaliteit van leven wordt gekeken.

Reconstructieve chirurgie

Aanzienlijk gewichtsverlies na een chirurgische behandeling kan gepaard gaan met verminking en functionele beperkingen voor de patiënt. In het kader van optimale begeleiding en kwaliteit van leven behoren postbariatrische reconstructies onder bepaalde voorwaarden, zoals vermeld in bijlage 2, tot onderdeel van de ketenzorg voor mensen met een extreem verhoogd GGR. Dit kan ook worden overwogen voor patiënten die zonder chirurgie groot gewichtsverlies bereikt hebben.

De grens waarboven de mate van functionele en/of psychische beperkingen reconstructieve chirurgie rechtvaardigt, dient door het team van behandelaars met kennis van het individuele dossier van de patiënt bepaald te worden. De monodisciplinaire richtlijn reconstructieve chirurgie beschrijft hoe de behandeling en begeleiding bij postbariatrische reconstructies vormgegeven wordt (16).

²⁰ Er zijn meerdere criteria om de effectiviteit van chirurgie te meten. Internationaal is er geen consensus. In de meeste richtlijnen ontbreken deze criteria.

7 Begeleiding

Wanneer de patiënt de behandeling met succes heeft doorlopen en de gedragsverandering plus het gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) gedurende de onderhoudsfase heeft weten te handhaven, volgt de fase van begeleiding.

Indicatie

Obesitas is een chronische ziekte. Na de behandeling volgt voor iedereen met een matig, sterk en extreem verhoogd GGR voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase²¹. Wanneer de gedragsverandering volgehouden wordt, het gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) behouden blijft en er geen (verergering van) comorbiditeit optreedt, kan de intensiteit van de begeleidingsfase op basis van professioneel inzicht en behoefte van de patiënt afgebouwd worden. Wanneer patiënt danwel zorgverlener het wenselijk acht, kan de begeleiding te allen tijde geïntensiveerd of wederom gestart worden.

Inhoud zorgfase begeleiding

Matig en sterk verhoogd GGR: voor deze groep is een halfjaarlijkse controle geïndiceerd. Indien er sprake is van een verhoogd CVR en/of comorbiditeit, dient de patiënt te voldoen aan de controleschema's conform betreffende standaard of richtlijn.

Extreem verhoogd GGR: deze groep komt in de fase van begeleiding nog drie-maandelijks voor een korte controle bij de zorgverlener, waarnaast eens per jaar een uitgebreide controle op comorbiditeit plaatsvindt (volg bij comorbiditeit controleschema's van desbetreffende richtlijnen en standaarden).

Gedurende de controles worden onder andere het gewichtsverloop en mogelijke risicofactoren in kaart gebracht (17). Wanneer de patiënt gedurende deze periode een terugval heeft, kan tijdig besloten worden opnieuw de behandeling te starten.

Educatie neemt een belangrijke rol in, in het zelfmanagement tijdens de fase van begeleiding. De patiënt moet begrijpen wat er aan de hand is. De informatie moet begrijpelijk en toegankelijk zijn en aansluiten bij de individuele vaardigheden om de informatie tot zich te nemen. Patiëntenversies van richtlijnen en zorgstandaarden kunnen de patiënt hierin faciliteren.

Medicatie en farmaceutische zorg: begeleiding en farmaceutische zorg zijn aanwezig voor de duur van de inzet van medicatie.

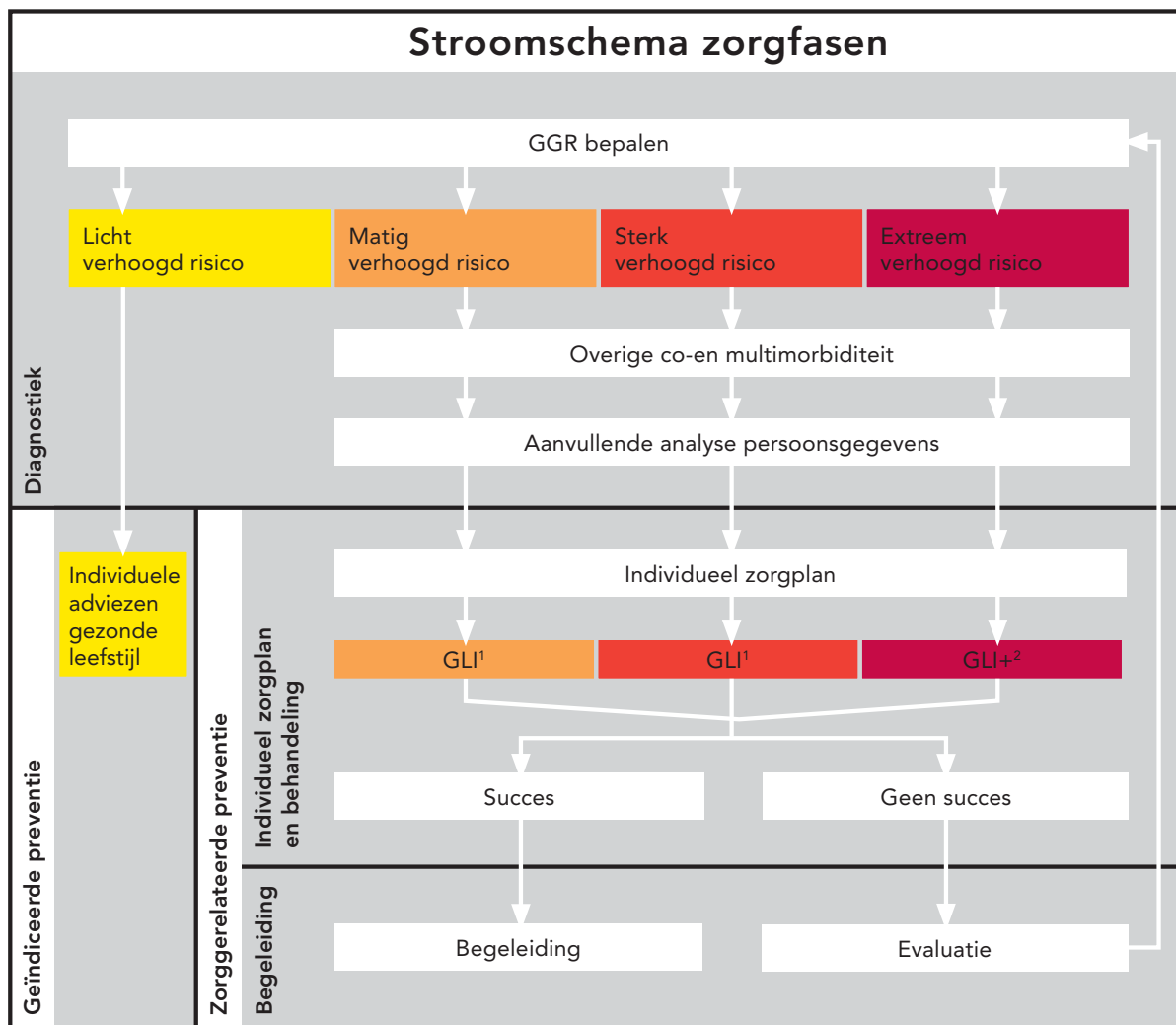
Chirurgie: Wanneer de fase van onderhoud aansluitend op de behandeling is afgesloten, gaat deze over in begeleiding voor indien gewenst onbepaalde tijd. In de begeleidingsfase stroomt de patiënt wanneer mogelijk hiervoor terug naar de reguliere zorg. Lange-termijn psychologische ondersteuning is hierbij aanbevolen.

Evaluatie na niet succesvolle behandeling

Wanneer een jaar behandeling in minder dan het vooraf vastgestelde gewichtsverlies (of bij kinderen in de groei: gewichtsstabilisatie) heeft geresulteerd en/of geen behoud van gewichtsverlies gedurende de onderhoudsfase bereikt is, wordt de

²¹ Deze begeleidingsfase voor onbepaalde tijd sluit aan bij de systematiek van andere chronische ziekten (DM2 en VRM), waarbij eveneens een begeleidingsperiode voor onbepaalde tijd wordt gehanteerd.

behandeling als niet succesvol beschouwd. Het GGR wordt opnieuw vastgesteld en er wordt een nieuwe analyse van aanvullende persoonsgegevens gemaakt. Redenen voor ineffectiviteit van de behandeling worden in kaart gebracht (eetgedrag, beweeggedrag, psychosociale omstandigheden). Het is belangrijk stil te staan bij de huidige situatie en de vraag of het nu wel mogelijk is aan het gewicht te werken: wat zijn de barrières, motivatie? Uiteindelijk wordt een nieuw individueel zorgplan opgesteld met mogelijk intensievere zorg en nieuw vastgestelde doelen. Indien ondanks herhaalde pogingen de behandelingen niet (voldoende) blijvend resultaat opleveren, wordt begeleiding op basis van zorgbehoefte aangeboden.



1 De GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) bestaat uit interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. Voor volwassenen: overweeg medicatie indien de GLI niet succesvol is na één jaar behandeling.

2 Bij de GLI+ (intensieve gecombineerde leefstijlinterventie) is cognitieve gedragstherapie altijd onderdeel van de behandeling. Voor volwassenen met een extreem verhoogd GGR kan naar professioneel oordeel van de zorgverlener al vroeg in de behandeling medicatie ingezet worden ter ondersteuning van de GLI+.

Indien de GLI+ niet succesvol is na één jaar behandeling, kunnen onder bepaalde voorwaarden aanvullende behandelingen overwogen worden:

- voor kinderen: opname
- voor adolescenten: opname, medicatie of bariatrische chirurgie
- voor volwassenen: bariatrische chirurgie

8 Generieke zorg

8.1 Zorgmodules

Deze paragraaf beschrijft welke zorgmodules van toepassing zijn bij de obesitas-zorg. Het betreft de zorg die voor meerdere chronische aandoeningen relevant is en daarmee generiek. Richtlijnen vormen de basis voor de generieke zorgmodules. Op dit moment is één zorgmodule beschikbaar. Het betreft de zorgmodule 'Stoppen met Roken' die op initiatief van het Partnership Stop met Roken is ontwikkeld door STIVORO. Op termijn zullen er meer zorgmodules ontwikkeld worden en zal daar (indien relevant) naar verwezen worden in de ZO²².

Elke zorgmodule bevat tenminste twee hoofdstukken; een hoofdstuk over behandeling en begeleiding en een hoofdstuk over kwaliteitsindicatoren.

8.2 Ziektespecifieke addities

De onderdelen in de te ontwikkelen zorgmodules voeding en bewegen die essentieel zijn in de behandeling van obesitas, worden hier weergegeven.

Voeding

De voedingscomponent van de obesitasbehandeling is gericht op het verminderen van de energie-inname, door een individueel samengesteld dieet. Het dieet moet qua eet- en leefgewoonten, psychologische en financiële draagkracht en persoonlijke effectiviteit op het individu zijn afgestemd. Uitgangspunt is een dieet gebaseerd op de Richtlijnen goede voeding en op basis van de huidige individuele inname. Centraal in de behandeling staat het vergroten van kennis, vaardigheden en inzicht bij patiënten. De nadruk van de behandeling in de onderhoudsfase ligt op educatie, gedragsbehoud en terugvalpreventie.

Kinderen: Elke verandering in voedingspatroon dient te passen bij de leeftijd van het kind en de verandering dient vol te houden te zijn. De interventie moet leiden tot een blijvende verbetering van de voedingsgewoonten van het gehele gezin.

Volwassenen: Het is belangrijk dat een dieet in de fase van gewichtsverlies 600 kilocalorieën (2,5 Mj) minder bevat dan het dagelijks energieverbruik om een gewichtsafname van 300-500 gram per week te bereiken. De interventie moet leiden tot een blijvende verbetering van de voedingsgewoonten.

Bewegen

Lichaamsbeweging levert een belangrijke bijdrage aan het effect van de behandeling van obesitas. Beweeginterventies richten zich voornamelijk op het vermijden van inactiviteit. Ook het aanleren van een actieve leefstijl ter bevordering van de gezondheidswinst en daarmee vermindering van risicofactoren staat centraal. Het is van belang dat blijvend gewerkt wordt aan motivatie en plezier in bewegen. Het individuele beweegadvies moet niet alleen gaan over meer bewegen, maar moet vooral specifieke informatie bevatten over hoe iemand het meer bewegen kan integreren in zijn dagelijks leven.

²² Ondermeer voor farmaceutische zorg, voeding en bewegen.

De nadruk van de behandeling in de onderhoudsfase ligt op educatie, gedragsbehoud en terugvalpreventie. Behoud van gewichtsverlies is groter wanneer patiënten meer lichaamsbeweging hebben. Begeleiding naar regulier beweegaanbod om de mogelijkheden van zelfmanagement te vergroten speelt een belangrijke rol in de fase van onderhoud. Bewegen moet nadrukkelijk afgestemd worden op de persoonlijke wensen van patiënten.

Kinderen: Uitgangspunt is de Nederlandse Norm Gezond Bewegen welke voor kinderen een tijdsduur van 60 minuten per dag matig intensieve inspannende lichaamsbeweging ('Metabolic Equivalent Level' (MET) 5-8) voorschrijft, waarbij de lichamelijke activiteit ten minste twee dagen per week gericht moet zijn op het verbeteren of handhaven van de lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid, coördinatie, snelheid en uithoudingsvermogen). Het wordt aanbevolen kinderen aan te moedigen hun activiteitsniveau te verhogen, zelfs als ten gevolge hiervan geen gewichtsverlies optreedt. Ook wordt aanbevolen hen aan te moedigen zittend gedrag te verminderen. Bij obese kinderen met inspanningsbeperkingen wordt het beweegprogramma aangepast. In de behandeling is het belangrijk actief spelen zoals bijvoorbeeld dansen en skateboarden aan te moedigen in de plaats van sedentaire activiteiten zoals televisie kijken en computeren. Ervaring opdoen met allerlei vormen van bewegen is hierbij van belang.

Naast een beweegprogramma kan het activiteitsniveau ook effectief verhoogd worden op plaatsen waar kinderen het meeste zijn: op school en thuis. De sportieve activiteiten die op school en na school aangeboden worden, kunnen een belangrijke rol spelen in de dagelijkse beweging en het hele gezin kan aangemoedigd worden meer gezamenlijk te bewegen.

Volwassenen: Uitgangspunt is de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en het advies van de Gezondheidsraad, welke voor mensen met overgewicht of obesitas adviseert elke dag minstens een uur matig intensief te bewegen. Hierbij moet rekening worden gehouden met fysieke condities en/of medisch inhoudelijke beperkingen. Over het algemeen ligt bij een beweegprogramma voor mensen met obesitas de belastingsintensiteit iets lager en heeft de training een langere duur. Een beweegin interventie kan bestaan uit een aerobe training van minimaal 30-60 minuten op 60-80% van de maximale hartfrequentie gedurende minimaal drie maal per week. Bij obese patiënten met inspanningsbeperkingen wordt het beweegprogramma aangepast.

9 Organisatiestructuur

Dit hoofdstuk beschrijft hoe zorgverleners de zorg rond mensen met obesitas (gezaamenlijk) kunnen organiseren. De beschreven organisatiestructuur wordt doorgaans aangeduid als ketenzorg.

9.1 Algemene kenmerken van de organisatie

In deze paragraaf worden de kenmerken van de organisatie van zorg beschreven die algemeen, dus in principe voor alle chronische aandoeningen, van toepassing zijn. Hierbij wordt uitgegaan van zorg die door een centrale zorgverlener met een zorggroep wordt verleend, waarbij het individueel zorgplan van de patiënt een centrale rol vervult. Deze vorm van organisatie wordt onderstaand beschreven, toegespitst op de zorg voor mensen met obesitas.

Zorggroep met centrale zorgverlener

Obesitas is een blijvende aandoening die langdurige zorg en begeleiding behoeft en vraagt om zorg die rond de patiënt, dicht bij huis én in goede samenhang wordt verleend. Het gezondheidsrisico van de patiënt kan in de tijd voortdurend veranderen en mede als gevolg van het vóórkomen van comorbiditeit, zijn vaak meerdere disciplines betrokken bij de behandeling. Dit vereist de nodige mate van organisatie en afstemming tussen behandelaars. Het is gewenst dat de organisatie en de financiering van de zorg hiervoor geen belemmeringen opwerpen. Mensen met obesitas hebben baat bij een integrale aanpak van de zorg, waarbij verschillende typen expertise en/of domeinen op gestructureerde wijze bij elkaar gebracht worden met één aanspreekpunt. De zorgstandaard stimuleert het samenhangend organiseren van de zorg rondom de zorgvraag van de patiënt met behulp van een zorggroep en een centrale zorgverlener. Hierbij staat niet de hulpverlener of organisatie die de zorg levert centraal, maar de zorgvraag van de individuele patiënt. Het gaat om vraaggestuurde zorg. Binnen een zorggroep zijn verantwoordelijkheden voor de zorg goed afgestemd. Er wordt bij voorkeur gewerkt met een centraal patiëntendossier zodat zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars handelen, resultaten en gemaakte afspraken. Met het oog op doelmatigheid zijn de behandeldoelen uit het individueel zorgplan uitgangspunt voor de behandeling.

Centrale zorgverlener

Bij de zorgverlening aan mensen met obesitas moeten verschillende zorgverleners samenwerken om de patiënt continue en integrale zorg te kunnen bieden. Het is essentieel dat daarbij één zorgverlener als vast aanspreekpunt fungeert en beschikt over het individueel zorgplan: de centrale zorgverlener. Hij heeft de taak om te zorgen dat de patiënt de zorg krijgt waar hij recht op heeft. De centrale zorgverlener ziet er op toe dat:

- afspraken aansluiten op individuele behoeften, wensen en mogelijkheden van de patiënt
- afspraken over de behandeling en de behandeldoelen afgestemd worden met de patiënt
- afspraken, zoals vastgelegd in het zorgplan, worden nageleefd door zowel de betrokken zorgverleners als de patiënt

De centrale zorgverlener ondersteunt de patiënt in zelfmanagement, Er is daarbij sprake van coachende zorg; de zorgverlener besluit niet eenzijdig wat de patiënt allemaal moet doen, maar overlegt met de patiënt wat mogelijk is en hoe hij dat zou kunnen doen. Belangrijke competenties van de centrale zorgverlener, ten behoeve van de optimale ondersteuning van zelfmanagement van de patiënt, zijn ondermeer de overdracht van kennis en vaardigheden, het stimuleren en motiveren tot gedragsverandering, het accepteren van de eigen opvattingen van de patiënt en het hem daarin coachen. De centrale zorgverlener dient goed bereikbaar en beschikbaar te zijn voor de patiënt, er wordt gestreefd naar een gelijkwaardige relatie op basis van onderling vertrouwen, en de patiënt moet altijd kunnen terugvallen op deze centrale zorgverlener. De centrale zorgverlener staat in nauw contact met alle zorgverleners binnen de zorggroep. Welke zorgverlener deze centrale rol op zich neemt, verschilt per niveau van GGR. De patiënt moet worden betrokken bij de keuze van de centrale zorgverlener. Omwille van de continuïteit is het streven dat één persoon langdurig als centrale zorgverlener optreedt.

Patiënt als medebehandelaar

Goede obesitaszorg bestaat uit een goede samenwerking tussen patiënt en zorgverleners, waarin ieder zijn eigen verantwoordelijkheden heeft. Een actieve deelname aan de behandeling en motivatie van de patiënt²³ zijn essentieel voor het slagen van de behandeling. Dit betekent dat de patiënt, naar vermogen, verantwoordelijk is om zich in te spannen voor het slagen van de behandeling. Daarnaast heeft de patiënt bevoegdheden, zoals eigen inbreng en beslissingsruimte. Voor een juiste invulling van de rol als 'medebehandelaar', is het belangrijk dat de patiënt ook 'tools' aangereikt krijgt en begeleid wordt in kennis over obesitas en de behandeling (18). Het is gewenst dat de patiënt de beschikking heeft over zijn eigen (digitale) patiëntendossier. Het individueel zorgplan vindt zijn digitale vertaling in dit persoonlijke gezondheidsdossier.

Individueel zorgplan

Het is van belang dat ongeacht bij welke zorgverlener de patiënt komt altijd gebruik wordt gemaakt van een vast format van het individueel zorgplan dat als leidraad dient voor zorgverlener en patiënt om de zorg af te stemmen op de persoonlijke situatie van de patiënt. Binnen het behandelteam is de centrale zorgverlener het vaste aanspreekpunt voor de patiënt. Hij beschikt over het individueel zorgplan.

Onderlinge samenwerking en ketenafspraken

Afstemming van zorgverleners op gebied van voeding, bewegen en (psychologische ondersteuning bij) gedragsverandering is essentieel. Voor elke betrokken zorgverlener is het duidelijk tot welk niveau hij de zorg kan leveren en op welk moment hij zal doorverwijzen naar een collega/andere discipline. Van belang is dat zorgverleners onderling weten wie wat doet en dat men onderling contact heeft over gemaakte keuzes, compliance en effectiviteit. Onderlinge doorverwijzing en adequate follow up is cruciaal voor het slagen van de interventie. Het niveau van geboden zorg moet ook voor de patiënt zelf inzichtelijk zijn.

Daarnaast moet duidelijk zijn wie de centrale zorgverlener is, welke zorgverleners waarvoor aanspreekbaar zijn en in welke situaties de patiënt moet worden doorverwezen naar een andere discipline. Indien van toepassing is in het zorgplan ook opgenomen welke apotheker farmaceutisch eindverantwoordelijk is voor de farmaceutische zorg zoals medicatiebewaking, herhaalmedicatie en instructie rondom medicatie.

Wanneer onderdelen van de behandeling onder supervisie van een zorgverlener worden uitgevoerd, worden deze schriftelijk vastgelegd in het centrale patiëntendossier.

²³ Waar patiënt geschreven staat, worden in geval van een kind logischerwijs ook de ouder(s)/verzorger(s) bedoeld.

De volgens de zorgstandaard en relevante richtlijnen te leveren zorg is vastgelegd in schriftelijke werkafspraken. Voor het bieden van de goede zorg aan de patiënt is adequate gegevensuitwisseling en een gestandaardiseerde transparante dossiervorming noodzakelijk. Bij een patiënt, die mede onder controle staat van een specialist, wordt minimaal éénmaal per jaar onderling gecommuniceerd tussen specialist en centrale zorgverlener over het verloop van de behandeling. Daarnaast zal de centrale zorgverlener de resultaten van een in de eerstelijnscontext uitgevoerde GLI met de specialist communiceren.

Mogelijkheden voor zelfmanagement

De patiënt en de zorgverlener moeten beiden de beschikking hebben over voldoende instrumenten en interventies om aan (ondersteuning van) zelfmanagement (zoals verandering van leefstijl) te kunnen doen. Technologie kan een belangrijke bijdrage leveren. Daarbij kan onder meer worden gedacht aan de mogelijkheden van zorg op afstand.

Overdracht tijdens zorgproces

Elke zorgverlener is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Voor het beste behandelresultaat voor de patiënt is het van belang dat de verschillende zorgverleners met elkaar samenwerken, gebruikmaken van elkaars deskundigheid en de zorg aan de patiënt op elkaar afstemmen. Wanneer een patiënt onverhoopt tussentijds met de behandeling stopt, moet een terugrapportage naar doorverwijzer plaatsvinden. Indien mogelijk wordt een eindrapport opgesteld waarom behandeling niet gelukt is. In het zorgproces vraagt vooral terugverwijzing naar de eerstelijnscontext volgend op een consult en/of behandeling door een specialist extra aandacht.

Als een patiënt zich met een zorgvraag richt tot een zorgverlener bij wie hij (nog) niet onder behandeling staat, vraagt deze de relevante patiëntengegevens op bij de centrale zorgverlener van de patiënt. Na de behandeling verstrekt de zorgverlener de relevante patiëntgegevens weer aan de centrale zorgverlener.

In het kwaliteitssysteem ligt vast op welke wijze (hoe, waar, wanneer en door wie) gegevens met betrekking tot de zorgverlening en behandeling van de patiënt worden vastgelegd en overgedragen. Als bron van gegevens dient het centraal patiëntendossier te dienen en niet een dossier van één specifieke zorgverlener. Voor actualiteit van (de verschillende delen van) het centraal patiëntendossier kan meer dan een zorgverlener verantwoordelijk zijn.

De patiënt heeft recht op inzage in en recht op een kopie van zijn volledige dossier en gegevens en heeft als enige het recht om anderen toestemming te geven tot inzage in, opvragen, gebruik en bijwerken van zijn dossier. Met de patiënt worden afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van en inzage in zijn dossier.

In specifieke gevallen, bij de start van een behandeling en bij de controle of het bijstellen van het individueel zorgplan adviseren zorgverleners elkaar op basis van hun expertanalyse van de situatie van de patiënt, een evaluatie met de patiënt en klinische parameters. Zorgverleners leggen problemen, die zij signaleren bij het uitvoeren van de zorg, voor aan zorgverleners met specifieke expertises. Bovendien vindt advisering plaats bij eventueel afwijken van afgesproken behandelrichtlijnen.

Deskundigheidsbevordering

Een belangrijke voorwaarde voor goede obesitaszorg is goede en actuele kennis bij alle betrokken zorgverleners. Het is belangrijk om aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is daarbij een continu proces.

Zorgverleners dienen te beschikken over actuele kennis, niet alleen op (para)medisch gebied, maar bijvoorbeeld ook op het terrein van psychopathologie en zelfmanagement.

Keuzevrijheid

De obesitaszorg is zo georganiseerd dat de patiënt zelf keuzemogelijkheden heeft en houdt. Ongeacht welke lokale afspraken er in een bepaald geografisch gebied gemaakt worden, bijvoorbeeld binnen de context van een zorggroep en ziekenhuis. De patiënt blijft in de gelegenheid om bijvoorbeeld voor een andere chirurg c.q. een ander ziekenhuis te kiezen. Om te kunnen kiezen is transparantie en inzicht in kwaliteit een vereiste.

Toegankelijkheid

Goede obesitaszorg zou voor elke patiënt toegankelijk moeten zijn. Het gaat daarbij voornamelijk om de aanwezigheid, de laagdrempeligheid en vindbaarheid en de betaalbaarheid van zorg.

Aanwezigheid: Het volume van aanbod van zorg zowel in de eerstelijnscontext als in gespecialiseerde setting voor mensen met obesitas dient voldoende te zijn. Het is bijvoorbeeld van belang dat er genoeg specialistisch zorgaanbod is, om de groeiende groep van obese kinderen te behandelen. Ook moet er voldoende capaciteit zijn van psychologen gespecialiseerd in de behandeling van obesitas. Daarnaast is van belang dat zorgverleners uit de eerstelijnscontext over de juiste diagnostische instrumenten beschikken om eetstoornissen en/of andere psychische problematiek in de groep patiënten met obesitas te diagnosticeren.

Laagdrempeligheid en vindbaarheid: In het kader van het verbeteren van laagdrempelige zorg op lokaal niveau, is het wenselijk ketenzorg binnen verschillende zorgsettings te kunnen starten, waarbij zo min mogelijk doorverwijsmomenten plaatsvinden die het proces kunnen vertragen.

De praktische vindbaarheid van (specialistische) zorg voor mensen met obesitas, hangt samen met de laagdrempeligheid van zorg. De ontwikkeling van een lokale sociale kaart die breed verspreid wordt met daarop vermeld de aanwezige voorzieningen gericht op de preventie en behandeling van obesitas kan hierbij waardevol zijn. Hiervoor kan bijvoorbeeld aansluiting gezocht worden bij het gemeentelijk gezondheidsbeleid en andere lokale initiatieven. Ook een regionale inventarisatie van gespecialiseerd zorgaanbod voor obesitas wordt geadviseerd.

Betaalbaarheid: Een laatste punt van belang voor een goede toegankelijkheid van zorg is de betaalbaarheid ervan. De vergoeding dient aan te sluiten bij de benodigde hoeveelheid zorg.

ICT

Om de patiënt goede zorg te kunnen verlenen is het belangrijk dat alle zorgverleners kunnen beschikken over alle informatie die van belang is voor de behandeling van de patiënt. Via de bestaande zorginformatiesystemen, zoals huisartsinformatiesystemen en het medicatiedossier, kan deze informatie worden uitgewisseld. Uniformiteit is daarbij het streven. Op termijn kan dat wellicht in een centraal (elektronisch) patiëntendossier. In het kwaliteitssysteem ligt vast op welke wijze (hoe, waar, wanneer en door wie) gegevens met betrekking tot de zorgverlening en behandeling van de patiënt worden vastgelegd en overgedragen.

9.2 Kwaliteitsbeleid

De Zorgstandaard Obesitas heeft als voornaamste doel het bevorderen van goede zorg voor mensen met obesitas. Kwaliteit is daarbij een essentieel thema. Het kwaliteitsbeleid richt zich op de uitkomsten van de zorg (het zorgresultaat). Het gebruik maken hiervan is gebaseerd op het feit dat feedback in de vorm van zorguitkomsten aan de zorgverleners een stimulans zal zijn tot verbetering. Om hiertoe te komen moeten uitkomsten geformuleerd zijn op basis van de geldende richtlijnen en geregistreerd worden aan de hand van meetbare criteria; de kwaliteitsindicatoren.

Het bewaken en bevorderen van kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Daarvoor dient een kwaliteitsbeleid met een kwaliteitscyclus aanwezig te zijn. Het doel van een kwaliteitscyclus is gestructureerde kwaliteitsbevordering. Een kwaliteitscyclus bestaat uit plannen, afspreken van de kwaliteitsindicatoren, uitvoeren van de zorg, vastleggen van de parameters, evalueren, benchmarking en verbeteren.

Benchmarking

Op patiëntniveau biedt de registratie van uitkomsten de mogelijkheid op individueel niveau de effectiviteit van interventies bij te houden. Ook wordt snel zichtbaar of afspraken worden nagekomen en of doelen zoals gesteld in het individueel zorgplan, kunnen worden behaald en of aanpassing van die doelen gewenst is.

Registratie van uitkomsten biedt eveneens inzicht in de gezondheidssituatie van specifieke (sub)groepen van patiënten. Deze resultaten kunnen worden gebruikt om de uitkomst van zorg op proces- en klinisch niveau onderling te vergelijken (peer review) en naast de streefwaarden geformuleerd in richtlijnen te leggen. Op basis hiervan kan de zorg op populatieniveau vervolgens worden bijgesteld volgens de beschreven kwaliteitscyclus. Benchmarking is er op gericht uiteindelijk volgens de opgestelde normen te werken.

10 Kwaliteitsindicatoren

Voor multidisciplinaire behandelteams, die ketenzorg leveren, is kwaliteit een centraal thema. In dit hoofdstuk wordt op termijn beschreven welke kwaliteitsindicatoren geacht worden een goede weerspiegeling te bieden van de kwaliteit van de geleverde zorg en organisatiestructuur en hoe deze worden berekend en/of bepaald.

10.1 Obligate parameters

De kern van informatie over kwaliteit wordt gevormd door kwaliteitsindicatoren. Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg. Voor een meting is informatie nodig, dit zijn de parameters (data, gegevens) die door de zorgverleners worden vastgelegd als de obligate parameterset (OPS). Deze gegevens moeten elektronisch zijn vastgelegd. Dat gebeurt bij voorkeur in het verband van het lopende zorgproces, dus in het centraal (elektronisch) patiëntendossier. Dan volstaat eenmalige vastlegging van de gegevens en is er geen noodzaak voor dubbele registratie ten behoeve van de kwaliteitsinformatie. Onnodige administratieve overlast kan zo worden vermeden. Op termijn zullen de hoofdstukken 4 t/m 7 een beschrijving van de obligate parameterset bevatten.

10.2 Kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de OPS. In dit hoofdstuk worden interne kwaliteitsindicatoren opgesteld voor de structuur, het proces, en de uitkomsten van de zorg. Hieronder valt ook de beschrijving van de noodzakelijke competenties die zorgverleners dienen te hebben. De uitkomst zegt iets over de mate van kwaliteit van de aspecten van de zorg die zijn gemeten. Kwaliteitsindicatoren hebben daarmee een belangrijke functie in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en zijn een onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Daarnaast zijn de kwaliteitsindicatoren voor zorgverleners een belangrijk hulpmiddel voor de kwaliteitsinformatie die wordt aangeleverd aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de IGZ als toezichthouder.

Eindnoten

- 1 Het betreft hier (afhankelijk van leeftijd en geslacht) somatische of psychische co- en multimorbiditeit zoals COPD, astma, slaapstoornissen, subfertiliteitsstoornissen, menstuatiestoornissen en polycysteus ovariumsyndroom, pseudotumor cerebri, leverstoornissen, gewrichtsklachten, kanker, angststoornissen, depressie en schizofrenie.
- 2 Factoren die mogelijk (als het gevolg van behandeling) hebben bijgedragen aan obesitas:
 - medicatie zoals antipsychotica, SSRI's (selective serotonin reuptake inhibitors), tricyclische antidepressiva, anticonvulsiva of anti-epileptica, stemmings-stabiliserende middelen, corticosteroiden (prednison)
 - endocriene stoornissen zoals bijv. hypothyreoïdie, groeihormoon-deficiëntie, overmatige cortisolproductie (syndroom van Cushing)
 - syndromale/chromosomale afwijkingen zoals Prader-Willi, Laurence-Moon-Biedl of Allström of genetische afwijkingen zoals MC4R mutaties
 - eetbuistoornissen ('binge-eating disorder')
- 3 Onderstaande figuur geeft een toelichting op hoe de indeling in vier niveaus van preventie die het CVZ in 2007 geïntroduceerd heeft zich verhoudt tot de voorheen gebruikte indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie.



- 4 Alle vormen van het vaststellen van het GGR vallen onder opportunistische screening of routinematige screening. Het vaststellen van het GGR bij een niet gerelateerde klacht, sluit aan bij de definitie van het begrip opportunistische screening zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg deze hanteert in het rapport 'Screening en de rol van de overheid'. Dit bespreekbaar maken kan bij alle zorgverleners waar de persoon met een zorgvraag komt plaatsvinden. Uitgangspunten die hierbij centraal staan zijn autonomie van de patiënt en de hulpverlener, het recht van de patiënt op informatievoorziening over de relatie tussen overgewicht en gezondheid en het niet veroordelend communiceren van de gezondheidsboodschap. Het rapport 'Zorgverlening voor senioren met overgewicht: eindrapport kwalitatief onderzoek ATW Overgewicht' van de Academische Thuiszorgwerkplaats Zwolle onderschrijft eveneens het belang van het respectvol bespreekbaar maken van het gewicht.

- 5 De Richtlijnen goede voeding beschrijven kwalitatieve richtlijnen voor een goede voeding voor de gehele bevolking als onderdeel van een gezonde leefwijze. Hierbij wordt onder andere aandacht gegeven aan gevarieerde voeding, het dagelijks gebruik van groente, fruit en volkoren graanproducten en regelmatige gebruik van (vette) vis. Ook is aandacht voor beperkt gebruiken van producten met een hoog gehalte aan verzadigde vetzuren en transvetzuren.
- 6 De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) heeft als uitgangspunt voor kinderen een tijdsduur van 60 minuten per dag, waarbij de lichamelijke activiteit ten minste twee dagen per week gericht moet zijn op het verbeteren of handhaven van de lichamelijke fitheid. Hierbij moet rekening worden gehouden met fysieke condities en/of medisch inhoudelijke beperkingen. Voor volwassenen schrijft de NNGB een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op ten minste vijf dagen van de week voor. In het advies van de Gezondheidsraad wordt voor volwassenen met overgewicht of een positieve energiebalans (gewichtstoename) geadviseerd dagelijks ten minste één uur matig intensief te bewegen.
- 7 Bij een persoon zonder hulpvraag rondom gewichtsbeheersing zal het gewicht op initiatief van de zorgverlener worden besproken wanneer er sprake is van obesitas of wanneer er sprake is van overgewicht, een grote buikomvang en een hoog risico op DM2 (10 punten of meer op de Diabetes Risicotest) of een hoog cardiovasculair risico volgens de terminologie van het PreventieConsult. Het verhoogde risicoprofiel kan worden vastgesteld door opportunistische of routinematige screening. De grenswaarden voor indicatie voor zorg sluiten aan bij de Diabetes Risicotest en het PreventieConsult:

Bij BMI van ≥ 25 en < 30

Wanneer de Diabetes Risicotest (vragenlijst met 7 criteria waaronder BMI en buikomvang) een score geeft van 10 punten of meer zal aanvullend onderzoek bij de huisarts plaatsvinden. Bij een gestoord nuchtere glucose (nuchter en/of 2 uur na belasting) zal een GLI worden aangeboden. Zonder gestoord nuchtere glucose (maar met een BMI ≥ 25 en < 30 en grote buikomvang) zal worden doorverwezen naar een zelfstandig te volgen programma gericht op individuele adviezen voor een gezonde leefstijl. Dat laatste gebeurt ook bij overgewicht, een grote buikomvang en een score van 7, 8 of 9. Als het PreventieConsult bij een BMI ≥ 25 en < 30 en grote buikomvang een 'licht verhoogd risico' aangeeft zal eveneens worden doorverwezen naar een zelfstandig leefstijlprogramma. Een GLI is geïndiceerd voor mensen (met overgewicht en een grote buikomvang) bij wie volgens het PreventieConsult een 'verhoogd risico' wordt vastgesteld.

Bij een BMI ≥ 30

Indien er sprake is van obesitas (BMI ≥ 30) is er altijd een GLI is aangewezen. Een GLI+ is geïndiceerd voor mensen met een BMI ≥ 35 met comorbiditeit, of mensen met een BMI ≥ 40 ongeacht comorbiditeit.

- 8 Hierbij moet worden opgemerkt dat de BMI is ingedeeld in categorieën waarbij mensen meer of minder gezondheidsrisico lopen. Echter, de getallen zijn niet voor alle groepen precies hetzelfde. De mate van vervetting van het lichaam bij een bepaalde BMI is afhankelijk van het geslacht (vrouwen hebben een hoger vetpercentage dan mannen), de leeftijd (oudere mensen hebben een hoger vetpercentage dan jongere) en de etniciteit (mensen uit Azië hebben een hoger vetpercentage dan Europeanen). De algemene BMI indeling gebruikt in tabel 2 geldt voor blanke volwassenen van 18 tot ongeveer 70 jaar.

9 De multidisciplinaire CBO-richtlijn obesitas stelt dat bij een behandeling gericht op leefstijl, een 'gecombineerde leefstijlinterventie' de meest effectieve vorm van behandeling is. Het College voor zorgverzekeringen onderschrijft dat bij obesitas de onderdelen van de behandeling gecombineerd aangeboden dienen te worden. Het betreft de onderdelen voeding en bewegen met aandacht voor gedragsverandering. Een combinatie van deze interventiemogelijkheden is effectiever bij het verbeteren van het gewicht en/of comorbiditeit dan andere of losse interventies.

10 De belangrijkste cognitief gedragstherapeutische behandelcomponenten van obesitas zijn:

- zelfregistratie (self-monitoring) van eetgedrag en fysieke activiteit: objectivering van het gedrag door observatie en registratie in een eetdagboek en/of activiteitenlogboek.
- stimuluscontrole: het neutraliseren van of om leren gaan met 'verleidings-cues' die aan foutief eetgedrag vooraf kunnen gaan.
- bekrachtigingsprocedures: motivatoren voor verandering in leefstijl vaststellen en deze inzetten (eventueel met behulp van een contract met de patiënt) als positieve bekrachtiging die gekoppeld kan worden aan realistische doelen.
- zelfcontrole: het aanleren van zelfcontrolestrategieën.
- cue-exposure: blootstellen aan moeilijke situaties die eetdrang opwekken, met responspreventie, zodat de drang om te eten die door bepaalde situaties uitgelokt wordt, uitdooft.
- probleemoplossende strategieën: het vergroten van vaardigheden om met moeilijke situaties om te gaan door vooraf mogelijke oplossingen te verzinnen, de beste te kiezen en deze achteraf te evalueren.
- cognitieve herstructurering: onrealistische doelstellingen en inadequate overtuigingen over gewichtsverlies, lichaamsbeeld of de omgang met prikkels die directe aanleiding voor overmatig eten zijn bijstellen.

Ook voor kinderen is het toevoegen van gedragstherapie aan de behandeling voor het actief aanleren van nieuwe vaardigheden geïndiceerd. Bekrachtiging en het aanmoedigen van ouders om te fungeren als rolmodel worden hierbij aanbevolen. Punten die daarbij aanvullend relevant zijn:

- verbeteren zelfbeeld, coping, self-efficacy
- leren leven met een dik/stevig lichaam
- interpersoonlijke relaties verbeteren (leeftijdsgenoten, ouders)

11 De begeleiding voor de duur van de medicatie bestaat o.a. uit:

- medicatiebewaking. De zorgverlener gaat na of de gekozen medicatie geschikt is voor de patiënt door o.a. controle op dosering, controle op interacties met andere medicatie die de patiënt gebruikt en controle op contra-indicaties. Vooral voor patiënten met comorbiditeit is dit van belang. Vaak gebruiken zij ook andere medicatie.
- voorlichting met betrekking tot de medicatie. De patiënt ontvangt informatie met betrekking tot gebruik van het voorgeschreven geneesmiddel, de werking en de eventuele bijwerkingen. Bij tweede uitgifte of na een afgesproken periode wordt gesproken over ervaringen, werkingen en gebruik.
- bevorderen therapietrouw. De patiënt ontvangt begeleiding om het middel volgens voorschrift te (blijven) gebruiken. Motivatie in combinatie met leefstijlverandering is een aandachtspunt. Verder is er aandacht voor problemen bij gebruik. Het volgens voorschrift gebruiken van de medicatie verhoogt de effectiviteit.
- algemene voorlichting. De patiënt ontvangt algemene informatie over de behandeling. Hierbij wordt ook gebruikt gemaakt van informatie van andere organisaties.

- 12 De monodisciplinaire richtlijn die in ontwikkeling is bij de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde beschrijft voor welke onderdelen aandacht moet zijn binnen deze screening.
- 13 In Nederland bestaat de operatie voornamelijk uit een maagband of een maagomleiding (maagbypass). Beide operaties kunnen laparoscopisch worden uitgevoerd.

Maagband

De meest voorkomende restrictieve ingreep is de laparoscopische maagband. Met de aanpasbare siliconenmaagband wordt een kleine 'voormaag' met een regelbare nauwe uitgang wordt gecreëerd. Mensen met een BMI ≥ 50 lijken minder baat te hebben bij een maagband dan mensen met een BMI < 50 .

Maagbypass

Deze operatie is zowel restrictief als malabsorptief. De maag wordt verkleind en het spijsverteringskanaal wordt omgelegd.

- 14 Daarbij zijn van belang:
- informatie over het juiste dieet na de bariatrische procedure
 - bewaking van de micronutriënt status van de patiënt
 - informatie over patiënten belangen groepen
 - voedingssupplementen
 - begeleiding en aanwijzingen om gewichtsverlies en -behoud op lange termijn te bewerkstelligen
- 15 Bij groot gewichtsverlies moet er gedurende deze fase inhoudelijk aandacht zijn voor:
- mogelijke tekorten zoals vitamines, mineralen en spoorelementen
 - na een bypass controle op de eiwitstatus, albumine en PTH
 - aanpassing van de behandeling van comorbiditeit zoals DM2
 - psychologische gevolgen van gewichtsverlies en eventuele gewichtstoename (op korte of langere termijn)
 - mogelijkheden van lotgenotencontact
 - mogelijkheden van reconstructieve chirurgie
 - het opsporen van vroege en late complicaties

De onderhoudsfase duurt minimaal vijf jaar, waarin eerst geregeld contacten plaatsvinden en later eens per jaar. Contacten vinden plaats binnen de gespecialiseerde setting:

- na 6 weken, 3 maanden, 6 maanden, 12 maanden en daarna jaarlijks voor minimaal 4 jaar

De uitkomst van de behandeling is erg afhankelijk van onder andere de compliance van patiënten gedurende de onderhoudsfase en begeleiding voor onbepaalde tijd. Voor een adequate onderhoudsfase is het belangrijk dat:

- patiënten na een bariatrische behandeling voor onbepaalde tijd begeleiding krijgen
- patiënten 24 uur per dag toegang hebben tot de zorg van het chirurgisch centrum voor noodgevallen
- patiënten verantwoordelijkheid hebben bij het naleven van de voorschriften behorende bij de begeleiding
- patiënten schriftelijke informatie krijgen over de behandeling en mogelijke (nadeelige) effecten

- 16 Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), richtlijn reconstructieve chirurgie, in ontwikkeling.
- 17 In de jaarlijkse controle tijdens de fase van begeleiding kan aandacht zijn voor:
- gewichtsverloop
 - voeding- en beweegpatroon
 - volhouden gedragsverandering
 - psychosociaal functioneren
 - eventuele comorbiditeit
 - gezinsparticipatie
 - andere relevante onderwerpen
- 18 Het is wenselijk dat de patiënt in ieder geval ten aanzien van de volgende punten geïnformeerd wordt:
- aard van de aandoening en de mogelijke gevolgen daarvan op zijn dagelijks leven
 - opstellen en monitoren van persoonlijke streefdoelen
 - indien van toepassing: adequaat medicatiegebruik
 - actieve betrokkenheid van de directe omgeving; sociale steun
 - zelfmanagement
 - lotgenotencontact

Bijlagen

Bijlage 1 Diagnostiek kinderen

BMI

De afkappunten in tabel 4 (zie volgende pagina) aangeduid met BMI 25 en 30, zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 respectievelijk 30. Dit zijn de internationaal geaccepteerde 'Cole-cut points' die sinds 2000 worden gebruikt en ook reeds vermeld worden in de CBO-richtlijn obesitas.

Tot dusver bestonden er geen geaccepteerde afkapwaarden voor extreme obesitas ($\text{BMI} \geq 35$, $\text{BMI} \geq 40$) voor kinderen. Van Buuren (2010) beschrijft afkappunten voor BMI-waarden naar leeftijd voor 2 gewichtsklassen en de manier waarop deze tot stand zijn gekomen. De afkappunten in tabel 4 aangeduid met BMI 35 en 40 zijn door Van Buuren vastgesteld en gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 respectievelijk 40. Zie hiervoor ook het addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn obesitas.

Jongens					Meisjes				
leeftijd	BMI 25 kg/m ²	BMI 30 kg/m ²	BMI 35 kg/m ²	BMI 40 kg/m ²	leeftijd	BMI 25 kg/m ²	BMI 30 kg/m ²	BMI 35 kg/m ²	BMI 40 kg/m ²
2	18,4	20,1	22,5	23,6	2	18,0	19,8	21,9	23,4
2,5	18,1	19,8	21,8	22,8	2,5	17,8	19,6	21,7	23,2
3	17,9	19,6	21,2	22,2	3	17,6	19,4	21,5	23,2
3,5	17,7	19,4	20,9	21,9	3,5	17,4	19,2	21,5	23,3
4	17,6	19,3	20,7	21,7	4	17,3	19,2	21,6	23,5
4,5	17,5	19,3	20,6	21,6	4,5	17,2	19,1	21,8	23,8
5	17,4	19,3	20,6	21,7	5	17,2	19,2	22,0	24,2
5,5	17,5	19,5	20,8	21,9	5,5	17,2	19,3	22,4	24,8
6	17,6	19,8	21,0	22,2	6	17,3	19,7	22,8	25,5
6,5	17,7	20,2	21,3	22,6	6,5	17,5	20,1	23,4	26,4
7	17,9	20,6	21,7	23,2	7	17,8	20,5	24,0	27,4
7,5	18,2	21,1	22,3	24,0	7,5	18,0	21,0	24,8	28,6
8	18,4	21,6	23,0	24,9	8	18,4	21,6	25,6	29,8
8,5	18,8	22,2	23,8	25,9	8,5	18,7	22,2	26,4	31,0
9	19,1	22,8	24,6	27,0	9	19,1	22,8	27,2	32,3
9,5	19,5	23,4	25,5	28,2	9,5	19,5	23,5	28,0	33,4
10	19,8	24,0	26,4	29,5	10	19,9	24,1	28,8	34,6
10,5	20,2	24,6	27,4	30,8	10,5	20,3	24,8	29,6	35,6
11	20,6	25,1	28,3	32,2	11	20,7	25,4	30,3	36,5
11,5	20,9	25,6	29,3	33,5	11,5	21,2	26,1	31,0	37,3
12	21,2	26,0	30,2	34,8	12	21,7	26,7	31,6	38,0
12,5	21,6	26,4	31,0	35,9	12,5	22,1	27,2	32,1	38,5
13	21,9	26,8	31,8	36,9	13	22,6	27,8	32,6	38,9
13,5	22,3	27,3	32,4	37,8	13,5	23,0	28,2	33,0	39,2
14	22,6	27,6	32,9	38,4	14	23,3	28,6	33,3	39,4
14,5	23,0	28,0	33,3	38,8	14,5	23,7	28,9	33,6	39,6
15	23,3	28,3	33,7	39,1	15	23,9	29,1	33,9	39,7
15,5	23,6	28,6	33,9	39,3	15,5	24,2	29,3	34,1	39,8
16	23,9	28,9	34,2	39,5	16	24,4	29,4	34,3	39,9
16,5	24,2	29,1	34,4	39,6	16,5	24,5	29,6	34,5	39,9
17	24,5	29,4	34,6	39,8	17	24,7	29,7	34,7	39,9
17,5	24,7	29,7	34,8	39,8	17,5	24,9	29,8	34,8	40,0
18	25,0	30,0	35,0	40,0	18	25,0	30,0	35,0	40,0

Tabel 4: BMI-afkapwaarden kinderen. De afkappunten in de tabel aangeduid met BMI 25 en 30 kg/m² zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassenen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 resp. 30 kg/m². De afkappunten aangeduid met BMI 35 en 40 kg/m² zijn gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 resp. 40 kg/m².

Risicofactoren en comorbiditeit

Op basis van de consensus van de International Diabetes Federation (IDF) in 2007 (zie tabel 5) en PON-werkgroepen en -afstemmingsoverleggen is vastgesteld dat risicofactoren en comorbiditeit bij kinderen met obesitas als volgt worden bepaald. Bij een verhoogde nuchtere glucose ($\geq 5,6$ mmol/l) dient nader onderzoek plaats te vinden om te kijken of er werkelijk sprake is van DM2 of een verhoogd risico daarop. De wijze waarop dit wordt vastgesteld, door middel van een OGGT (Orale Glucose Tolerantie Test) danwel nuchtere glucose, wordt overgelaten aan het professionele oordeel van de zorgverlener. Ook bij andere waarden van de cardiovasculaire risicofactoren die boven de afkapwaarden liggen, of bij relevante aanwijzingen in de diagnostiek, dient nader onderzoek plaats te vinden.

Leeftijd	Triglyceriden	HDL-cholesterol	Bloeddruk	Nuchtere glucose
6 tot 10 jaar	Verder onderzoek dient plaats te vinden als er sprake is van een familiegeschiedenis met metabool syndroom, DM2, dyslipidemie, HVZ, hypertensie en/of obesitas.			
10 tot 16 jaar	$\geq 1,7$ mmol/L	$< 1,03$ mmol/L	Syst ≥ 130 mmHg Diast ≥ 85 mmHg	$\geq 5,6$ mmol/l
16+ jaar	$\geq 1,7$ mmol/L	$< 1,03$ mmol/L voor mannen $< 1,29$ mmol/L voor vrouwen	Syst ≥ 130 mmHg Diast ≥ 85 mmHg	$\geq 5,6$ mmol/l

Tabel 5. Afkapwaarden voor verhoogd cardiovasculair risico bij kinderen volgens de IDF-consensus 2007

Het meten van de buikomvang maakt bij kinderen geen onderdeel uit van de diagnostiek, maar geldt wel als relevante informatie voor (het meten van het succes van) de behandeling. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de normwaarden van Frederiks et al (2005).

Diabetes screening

Bij kinderen met overgewicht of obesitas vindt aanvullend onderzoek plaats op basis van opportunistische screening. De American Diabetes Association adviseert om bij aanwezigheid van minimaal twee van de volgende aanvullende risicofactoren, elke drie jaar te screenen op DM2 bij kinderen die overgewicht of obesitas hebben:

- familiegeschiedenis van DM2 bij eerste- of tweedegraads familielid
- etniciteit (niet westerse komaf)
- tekenen van insulineresistentie of condities geassocieerd met insulineresistentie (acanthosis nigricans, hypertensie, dyslipidemie, polycysteus ovariumsyndroom of laag geboortegewicht)
- moeder met diabetes of zwangerschapsdiabetes tijdens zwangerschap kind

De leeftijd voor het starten van de screening is 10 jaar of bij de start van de puberteit wanneer deze op een jongere leeftijd optreedt. De criteria zijn overgenomen door de Nederlandse Diabetes Federatie.

Diagnostische criteria voor diabetes bij kinderen

De American Diabetes Association hanteert de criteria²⁴ uit onderstaande tabel voor de diagnose diabetes.

Symptomen van diabetes plus een random plasmaglucozeconcentratie ≥ 11.1 mmol/l. 'Random' betekent op elk willekeurig moment van de dag en is niet gerelateerd aan een bepaalde periode na een maaltijd. Symptomen zijn onder meer polyurie, polydipsie en gewichtsverlies.
OF
Hba1c $\geq 6,5$ %, ≥ 48 mmol/mol De test moet uitgevoerd zijn in een laboratorium door middel van een gecertificeerde methode.
OF
NUCHTERE plasma glucose > 7.0 mmol/l of volbloedglucose > 6.1 mmol/l Nuchter is geen calorie-inname gedurende 8 uur.
OF
2-uurs plasma glucose > 11.1 mmol/l bij een OGTT De test moet volgens de World Health Organization criteria zijn uitgevoerd. 1,75 gram glucose/kg met max. van 75 gram opgelost in water. NB Diagnostisch criterium gestoorde nuchtere waarde (IFG; Impaired Fasting Glucose) $> 6,1$ tot $< 7,0$

Tabel 6: Diagnostische criteria voor de diagnose diabetes en gestoorde glucose tolerantie.

²⁴ Indien actuelere criteria beschikbaar komen, zijn deze geldend.

Bijlage 2 Criteria inzet aanvullende behandelingen

Medicatie en farmaceutische zorg adolescenten

Voor adolescenten met extreem verhoogd GGR waarbij de GLI+ niet voldoende effect heeft gehad, kan in onderzoeksverband onder de volgende voorwaarden medicatie en farmaceutische zorg ingezet worden ter ondersteuning van de GLI+:

- alleen ter ondersteuning van de GLI+
- aandacht voor psychische multimorbiditeit
- adolescent moet fysiek en psychisch uitgegroeid zijn
- gezinsparticipatie is essentieel
- aanwezigheid motivatie voor langdurige therapie en gedragsverandering bij de adolescent en diens gezin

Bariatrische chirurgie adolescenten

Voor adolescenten met extreem verhoogd GGR waarbij de GLI+ niet voldoende effect heeft gehad, kan in onderzoeksverband onder de volgende voorwaarden bariatric overwogen worden:

- indien één jaar GLI+ niet voldoende gewichtsverlies of behoud heeft opgeleverd
- altijd gecombineerd met GLI+
- aandacht voor psychische multimorbiditeit
- adolescent moet fysiek en psychisch uitgegroeid zijn
- gezinsparticipatie is essentieel
- aanwezigheid motivatie voor langdurige therapie en gedragsverandering bij de adolescent en diens gezin

Ook de instelling waar de operatie plaatsvindt en zorgverleners die de operatie bij adolescenten uitvoeren, dienen aan strenge criteria te voldoen. Deze worden beschreven in de monodisciplinaire richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH).

Criteria inzet bariatrische chirurgie

- leeftijd 18-60 jaar
- BMI ≥ 40 of BMI ≥ 35 en < 40 in combinatie met ernstige comorbiditeit (ziekten die de levensverwachting beïnvloeden zoals DM2 en HVZ) die kan verbeteren indien gewichtsverlies optreedt of door andere effecten van bariatrische chirurgie
- een GLI+ heeft na één jaar niet geresulteerd in voldoende gewichtsverlies of behoud
- de patiënt is fysiek in staat om anesthesie en chirurgie te ondergaan (dit is gebaseerd op een afweging van het operatierisico en de potentiële gezondheidswinst door de operatie)
- de patiënt begrijpt de noodzaak van en is bereid mee te werken aan langdurige follow-up
- de patiënt bereid is dagelijks levenslang vitaminepreparaten en voedingssupplementen te slikken
- de patiënt heeft eerder aangetoond zich aan afspraken te kunnen houden

Bij een acute levensbedreiging kan in extreme situaties besloten worden tot bariatrische chirurgie, ook als eerder falen van een serieuze behandeling met een GLI+ (met of zonder medicatie en farmaceutische zorg) niet is vastgesteld. Ook voor mensen met een BMI ≥ 50 (super obees) kan bariatrische chirurgie als eerste behandeling worden overwogen. Bij een leeftijd boven 60 jaar is verhoogde aandacht vereist bij de afweging tussen te verwachten effecten en risico's van de chirurgische behandeling van de patiënt met een extreem verhoogd risico. Leverfalen en portale hypertensie zijn exclusiecriteria voor chirurgische behandeling.

Criteria inzet reconstructieve chirurgie

Voorwaarden waaraan patiënten moeten voldoen om in aanmerking te komen voor reconstructieve chirurgie:

- patiënt heeft stabiel gewichtsverlies over een periode van minimaal één jaar bereikt én
- er is sprake van vermindering van de aan obesitas gekoppelde comorbiditeit en verbetering van de levensverwachting én
- patiënt heeft een BMI < 35 én
- er is sprake van graad drie verminking vastgesteld door de Pittsburgh Rating Scale of
- er is sprake van graad twee misvorming vastgesteld door de Pittsburgh Rating Scale in combinatie met functionele en/of psychische beperkingen

Bijlage 3 Selectie geraadpleegde literatuur

- American Diabetes Association. Position Statement. Standards of Medical Care in Diabetes - 2010. Diabetes Care, January 2010, 33:S11-S61.
- Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard obesitas. 2010.
- Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Van Leerdam FJM, HiraSing RA. Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam, VUmc, 2005.
- Van Buuren S. Afkapwaarden voor Extreme Obesitas. Manuscript 2010.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1240.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag, 2010.
- Dekker JM, Alsema M, Van der Paardt M, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, Van Dijk JL, e.a. NHG-Standaard het Preventieconsult Module Cardiometabool. Utrecht, 2009.
- Fredriks AM, Van Buuren S, Fekkes M, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Are age references for waist circumference, hip circumference and waist-hip ratio in Dutch children useful in clinical practice? Eur J Pediatr (2005) 164: 216-222.
- Gezondheidsraad. Rapport Overgewicht en obesitas. Den Haag, 2003.
- Klink A. Voortgangsbrief programmatische aanpak van chronische ziekten. Kamerstuk, 17 mei 2010.
- Klink A, Bussemaker J. Programmatische aanpak van chronische ziekten. Kamerstuk, 16 juni 2008.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. Van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn, 2006.
- 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.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Addendum over kinderen bij Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn, Manuscript 2010.
- Long Alliantie Nederland. Zorgstandaard COPD. Amersfoort, 2010.
- Van der Meer FM, Couwenbergh BTLE, Enzing JJ, Ligtenberg G, Staal PC. Rapport De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk. College voor zorgverzekeringen, 2010.
- Van der Meer FM, Ligtenberg G, Staal PA. Rapport Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie. College voor zorgverzekeringen, 2009.
- Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort, 2007.
- NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- Nota Overgewicht. Uit Balans: de last van overgewicht. Den Haag, 2009.
- Partnership Stop met Roken. Zorgmodule Stoppen met Roken. Den Haag, 2009.
- Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. 2009.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Rapport Screening en de rol van de overheid. Den Haag, 2008.

- Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, Heine RJ, Van Ballegooie E, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Huisarts en wetenschap 49:137-152, 2006.
- Seidell JC, De Beer JJA, Kuijpers T. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2008; 152:2071-6.
- Stocks T, Renders CM, Bulk-Bunschoten AMW, Hirasing RA, Van Buuren S, Seidell JC. Body size and growth in 0-4 year old children and the relation to body size at primary school age. Manuscript 2010.

Dankwoord

De Zorgstandaard Obesitas had nooit tot stand kunnen komen zonder de gedrevenheid en inzet van onze partnervertegenwoordigers, werkgroepleden en alle andere betrokkenen. Een overzicht van de mensen en organisaties die in de periode 2008-2010 een bijdrage aan de ontwikkeling van deze zorgstandaard hebben geleverd is te vinden op www.partnerschapovergewicht.nl.

