



BIJLAGE 9 KNELPUNTENANALYSE

Knelpuntenanalyse JGZ-beleid overgewicht en obesitas

M. van de Veer, M.P. L'Hoir, C.M. Renders, M. Beltman, D.I.J. Blok, E.P. Timmermans-Leenders, A.M.W. Bulk-Bunschoten, J.E. Kist-van Holthe en R.A. HiraSing

M. van de Veer, projectassistent en *D.I.J. Blok*, projectleider, richtlijn Overgewicht, VUmc/EMGO⁺, afdeling Sociale Geneeskunde (ten tijde van het schrijven van dit artikel). *A.M.W. Bulk-Bunschoten*, arts maatschappij en gezondheid jeugdgezondheidszorg; *J.E. Kist-van Holthe*, kinderarts, *R.A. HiraSing*, jeugdarts en kinderarts, hoogleraar jeugdgezondheidszorg, allen VUmc/EMGO⁺, afdeling Sociale Geneeskunde. *M.P. L'Hoir*, psychotherapeut, onderzoeker; *M. Beltman*, onderzoeker, beiden TNO Leiden. *C.M. Renders*, universitair docent en epidemioloog, afdeling Gezondheidswetenschappen, faculteit der Aard- en Levenswetenschappen en EMGO⁺, Vrije Universiteit Amsterdam. Correspondentieadres: R.A. HiraSing, Sociale Geneeskunde EMGO, VUmc, Van der Boechorststraat 7, 1081BT Amsterdam, ra.hirasing@vumc.nl.

In het kader van het ontwikkelen van de jeugdgezondheidszorgrichtlijn (JGZ-richtlijn): 'Preventie, vroegsignalering, interventie en verwijzing bij kinderen van 0-19 jaar met overgewicht' is een knelpuntenanalyse verricht om inzicht te krijgen in het huidige beleid en de knelpunten bij kinderen met overgewicht in de JGZ. Het belangrijkste knelpunt van de JGZ bij kinderen met overgewicht is hoe ouders en kinderen te motiveren voor een verandering in leefstijl. De knelpuntenanalyse laat verder zien dat het van belang is bij de implementatie van de richtlijn extra aandacht te besteden aan (bij)scholing over motiverende gespreksvoering en deze bijscholing regelmatig te herhalen. Daarnaast is het belangrijk om over voldoende financiële middelen te beschikken voor het uitvoeren van de richtlijn.

Inleiding

Het percentage kinderen met overgewicht en de mate van dat overgewicht zijn de afgelopen jaren in Nederland toegenomen. De prevalentie van overgewicht bij jongens is gestegen van 9,4% in 1997 tot 13,3% in 2010 en bij meisjes van 11,9 % in 1997 tot 14,9% in 2010.^{1,2} Overgewicht komt vaker voor bij Turkse (jongens 33%, meisjes 32%) en Marokkaanse kinderen (25% jongens en 29% meisjes). Overgewicht en zeker obesitas kunnen tot ernstige gezondheidsproblemen leiden, zoals diabetes type 2, hart- en vaatziekten, hypertensie en leververvetting, en tot psychosociale problemen (pesten, depressie). Sinds enkele jaren wordt diabetes type 2 niet alleen na langdurig bestaand overgewicht op volwassen leeftijd vastgesteld, maar ook al bij kinderen met obesitas. Aangezien overgewicht op jonge leeftijd is gerelateerd aan overgewicht en obesitas op volwassen leeftijd kan met preventie, vroegsignalering en interventie bij kinderen belangrijke gezondheidswinst worden behaald.

In 2004 is voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) het Signaleringsprotocol ontwikkeld voor het vroegtijdig opsporen van overgewicht en obesitas bij kinderen vanaf 2 jaar.³

Vervolgens is het Overbruggingsplan ontwikkeld, een gecombineerde leefstijlinterventie, dat na signalering van overgewicht kan worden ingezet.⁴ Het Overbruggingsplan bestaat uit 3 extra consulten met een haalbaar veranderplan als uitgangspunt. Motiverende gespreksvoering is hierbij een belangrijke methode voor de begeleiding van kind en ouders. In 2008 is de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' van het CBO verschenen.⁵ Deze richtlijn is een leidraad voor de dagelijkse praktijk van diagnostiek en behandeling van obesitas. Er is nog geen richtlijn beschikbaar voor de grote groep kinderen met alleen overgewicht (geen obesitas). Voor deze groep wordt een richtlijn ontwikkeld: 'Preventie, vroegsignalering, interventie en verwijzen van kinderen van 0-19 jaar met overgewicht'. Voor de ontwikkeling van deze richtlijn is een knelpuntenanalyse verricht om inzicht te krijgen in het huidige beleid bij kinderen met overgewicht in de JGZ. In dit artikel worden de uitkomsten van de knelpuntenanalyse beschreven.

Methoden

In de periode van juni tot oktober 2009 zijn naar alle (77) JGZ-organisaties in Nederland vragenlijsten verstuurd, om de knelpunten en succesfactoren bij het beleid bij kinderen met overgewicht en obesitas te inventariseren. Het verzoek was of de manager, stafarts of verpleegkundige die het meest bij dit beleid betrokken was, deze vragenlijst in wilde vullen en of zij vragen die zij niet konden beantwoorden, wilden voorleggen aan een inhoudsdeskundige (de stafarts, stafverpleegkundige, JGZ-arts of jeugdverpleegkundige). De vragenlijst besloeg de thema's: signaleren (21 vragen), interventie (14 vragen), verwijzen (4 vragen), scholing (2 vragen) en financiële middelen (3 vragen).

Resultaten

De vragenlijst werd geretourneerd door 87% van de 47 organisaties die zich richten op de zorg voor 0- tot 4-jarigen en 90% van de 30 organisaties die zich richten op 4- tot 19-jarigen. In *tabel 1* is een samenvatting van de resultaten opgenomen.

Tabel 1: Knelpuntenanalyse beleid overgewicht in de JGZ inzake de zorg aan 0- tot 4-jarigen (n = 47) en 0- tot 19-jarigen (n = 30).

	0-4 jaar (%)	4-19 jaar (%)
Signaleren		
Protocol voor het signaleren van overgewicht:	96*	96
Signaleringsprotocol	94	96
Knelpunten Signaleringsprotocol	63	57
Interventie		
Protocol voor interventie bij overgewicht:	93	82
Overbruggingsplan	91	85
Bruikbaarheid Overbruggingsplan (goed)	88	84
Knelpunten Overbruggingsplan	88	85
Verwijzen		
Afspraken over verwijzen (wanneer en naar wie) kinderen met overgewicht	73	68
Afspraken over verwijzen (wanneer en naar wie) kinderen met obesitas:	82	74
Verwijzen kinderen met obesitas volgens CBO-Richtlijn	47	60
Nagaan of ouders verwijzing zijn nagekomen (meestal/altijd)	81	63
Terugkoppeling van ketenpartners (meestal/altijd)	55	30
Scholing		
Overbruggingsplan	79	62
Na- en of bijscholing gewenst	71	52
Financiële middelen beschikbaar voor uitvoering Overbruggingsplan	32	71

*33% van de JGZ-organisaties gebruikt een protocol voor het signaleren van overgewicht.

Signaleren/signaleringsprotocol

Door 68% van de organisaties voor 0- tot 4-jarigen en 52% van de organisaties voor 4- tot 19-jarigen worden naast de reguliere contactmomenten nog extra afspraken gemaakt, voor het meten van onder andere lengte en gewicht. Meestal vinden deze afspraken niet op een vaste leeftijd plaats, maar gaat het om extra contactmomenten op indicatie, op verzoek van ouders of tijdens een inlooppreekuur.

Door 66% van de JGZ-organisaties wordt voor kinderen van 0-1 jaar geen protocol gebruikt om overgewicht te signaleren. Van deze JGZ-organisaties geeft 63% aan wel behoefte te hebben aan een protocol om bij deze jonge kinderen overgewicht (en obesitas) te signaleren. De JGZ-organisaties die voor kinderen van 0-2 jaar een signaleringsprotocol hebben, gebruiken verschillende criteria om overgewicht te signaleren. Bovendien wordt door 90% van de JGZ-medewerkers voor signalering van overgewicht op deze leeftijd de 'klinische blik' toegepast.

Het signaleren van overgewicht bij kinderen van 2-19 jaar gebeurt bij 96% van de JGZ-organisaties aan de hand van een protocol. Dat is bij 96% van de JGZ-organisaties het Signaleringsprotocol en soms wordt een aangepaste versie ervan gebruikt. Deze aanpassingen betreffen het minder uitgebreid uitvoeren van het protocol en het integreren van het protocol in een eigen protocol (werkinstructie).

Knelpunten en succesfactoren Signaleringsprotocol

Het belangrijkste knelpunt is dat medewerkers niet goed weten hoe ze na het signaleren van overgewicht ouders die niet gemotiveerd zijn voor begeleiding bij overgewicht of verwijzing bij obesitas moeten ondersteunen. Andere, minder vaak voorkomende knelpunten zijn te weinig instrumenten voor het vaststellen van overgewicht bij kinderen van 0-2 jaar, tijdgebrek en moeilijkheden met het toepassen van de klinische blik. Als succesvolle elementen van het Signaleringsprotocol worden uniforme signalering en een eenduidige werkwijze genoemd.

Overbruggingsplan

Van de organisaties voor 0- tot 4-jarigen gebruikt 91% het Overbruggingsplan, al dan niet in een aangepaste versie; van de organisaties voor 4- tot 19-jarigen is dit 85%. Meestal bestaat de aanpassing uit het toeschrijven van het protocol naar de eigen organisatie (werkinstructie). De JGZ-organisaties die geen protocol hebben, hebben hier wel behoefte aan. 88% van de JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen en 84% van de JGZ-organisaties voor 4- tot 19-jarigen vinden het Overbruggingsplan (goed) bruikbaar.

Knelpunten en succesfactoren Overbruggingsplan

Door 88% van de JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen en 85% van de JGZ-organisaties voor 4- tot 19-jarigen worden knelpunten bij het gebruik van het Overbruggingsplan aangegeven. De belangrijkste knelpunten zijn het gebrek aan motivatie van ouders en kinderen en de extra tijd die het Overbruggingsplan de JGZ-medewerkers kost. Ouders zijn niet altijd op de hoogte van de gevolgen van overgewicht en zien daardoor de ernst ervan niet in. Bij veel ouders bestaat een drempel voor de 3 extra consulten van het Overbruggingsplan. Daarnaast is er een enkele keer gebrek aan motivatie bij de JGZ-medewerkers. Succesvolle elementen zijn vooral de uniformiteit in het beleid, dat het Overbruggingsplan eenvoudig toepasbaar is en de handige adviezen.

Suggesties voor verbetering van het Overbruggingsplan zijn onder andere het meer eigen maken van motiverende gespreksvoering, meer tijd beschikbaar stellen, extra contactmomenten, meer aandacht voor opvoeding en gedragsverandering en kinderen met overgewicht verwijzen naar een multidisciplinair team.

Verwijzen

Obesitas

82% van de JGZ-organisaties voor 4- tot 19-jarigen en 74% van de JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen hebben afspraken over het verwijzen van kinderen met obesitas. Deze afspraken worden vooral met kinderartsen (39%) gemaakt, maar ook met huisartsen

(24%) en diëtisten (24%). De multidisciplinaire richtlijn Obesitas van het CBO, die adviseert kinderen met obesitas naar de kinderarts te verwijzen, wordt door 47% van de JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen en door 60% van de JGZ-organisaties voor 4- tot 19-jarigen gevolgd. De meest vigerende redenen om de richtlijn niet te volgen zijn: onvoldoende bekendheid met de richtlijn, dat de richtlijn nog niet geïmplementeerd is en dat er in de regio weinig mogelijkheden zijn voor behandeling van kinderen met obesitas. 1 van de 27 organisaties voor 4- tot 19-jarigen geeft aan altijd na te gaan of de verwijzing door de ouders is opgevolgd, 59% gaat dit meestal na en 22% doet dit soms. Bij de JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen is dit respectievelijk 19%, 62% en 15%.

Scholing

Van de JGZ-organisaties die zich richten op 0- tot 4-jarigen is 79% geschoold om het Overbruggingsplan toe te passen; van de JGZ-organisaties voor 4- tot 19-jarigen jaar is dit 62%. De medewerkers hebben scholing gehad over de inhoud van het protocol en over motiverende gespreksvoering. Kennis van motiverende gespreksvoering is voor JGZ-medewerkers bij overgewicht van belang. Uitleg geven over de risico's van overgewicht kan de motivatie om overgewicht tegen te gaan versterken en verandering in leefstijl bewerkstelligen. Meer dan de helft van de JGZ-organisaties wil graag bijscholing.

Financiële middelen

32% van de JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen en 71% van de JGZ-organisaties voor 4- tot 19-jarigen ontvangen van de gemeente financiële middelen voor de uitvoering van het Overbruggingsplan. Daarnaast worden extra financiële middelen vanuit de gemeente beschikbaar gesteld voor het uitvoeren van lokale projecten voor kinderen met overgewicht. Voorbeelden hiervan zijn: themabijeenkomsten, groepsvoorlichting aan ouders, begeleiding van kinderen door verpleegkundige, 'Slimkids', 'Club Move' en 'JUMP-in'.

Discussie

Uit de knelpuntenanalyse van het beleid bij kinderen met overgewicht in de JGZ blijkt dat een hoog percentage van de JGZ-organisaties het Signaleringsprotocol en het Overbruggingsplan gebruikt, hoewel er geen structurele implementatie heeft plaatsgevonden. Wel zijn de protocollen verspreid en heeft een deel van de JGZ-organisaties scholing gekregen. In het Signaleringsprotocol voor het vaststellen van overgewicht bij kinderen vanaf 2 jaar wordt gebruik gemaakt van internationale BMI-criteria voor overgewicht. Deze criteria gelden voor kinderen vanaf 2 jaar; voor jongere kinderen zijn nog geen gevalideerde criteria beschikbaar.⁶ Daarom wordt in de jeugdgezondheidszorg door de meerderheid (67%) geen protocol gebruikt bij het signaleren van overgewicht bij kinderen van 0-1 jaar. Recent zijn door de WHO nieuwe groeidiagrammen gepresenteerd voor 0- tot 5-jarigen, gebaseerd op 6 internationale studies onder kinderen die borstvoeding kregen en van wie de moeders niet rookten. Er dient nader onderzocht te worden of deze groeidiagrammen te extrapoleren zijn naar de Nederlandse populatie én of met deze gegevens BMI-criteria voor 0- tot 2-jarigen ontwikkeld kunnen worden die aansluiten bij de criteria voor kinderen vanaf 2 jaar.

De belangrijkste knelpunten bij het Signaleringsprotocol en het Overbruggingsplan zijn: het ontbreken van kennis en vaardigheden om met het gebrek aan motivatie bij ouders om te gaan, gebrek aan tijd van de JGZ-medewerkers, te weinig financiële middelen, te weinig handvatten voor het vaststellen van overgewicht bij 0- tot 2-jarigen en moeite met het toepassen van de klinische blik bij kinderen met een BMI-waarde op de grens van overgewicht en normaal gewicht.

Ouders vinden hun kind met overgewicht vaak niet te dik, denken dat het vanzelf overgaat en/of zijn zich niet altijd bewust van de gevolgen van overgewicht.⁷⁻⁹ In de voorlichting is het van belang hier meer aandacht aan te besteden, evenals aan het motiveren van ouders om het overgewicht bij hun kind actief aan te pakken.

Een belangrijk knelpunt voor de JGZ-medewerkers is gebrek aan tijd. Een consult duurt maximaal 15-30 minuten. In deze korte tijd moet veel worden besproken. Vaak zijn er naast overgewicht ook andere problemen, die een hogere prioriteit hebben. Als succesvolle elementen van het Signaleringsprotocol worden uniforme signalering en een eenduidige werkwijze genoemd. Dat is positief en komt overeen met de algemene doelen van een richtlijn. Volgens de multidisciplinaire richtlijn Obesitas van het CBO en het Signaleringsprotocol van de JGZ moeten kinderen met obesitas worden doorverwezen naar de kinderarts.⁵

Hoewel de helft van de JGZ-organisaties deze richtlijn volgt, is er nog een aanzienlijk percentage (49%) dat dit niet doet, meestal omdat men niet bekend is met de richtlijn.

Om de zorg voor kinderen met obesitas te verbeteren, is het van belang de richtlijn beter onder de aandacht van de JGZ-medewerkers te brengen en in de scholing op te nemen.

De meerderheid van de JGZ-organisaties heeft afspraken over het doorverwijzen van kinderen met overgewicht en obesitas gemaakt met een of meerdere zorgverleners, zoals kinderarts, huisarts en diëtist. De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) hebben tot doel de samenwerking tussen de verschillende disciplines op regionaal niveau te optimaliseren.¹⁰ Het plan bestaat voor overgewicht en obesitas LESA's te ontwikkelen.

(Bij)scholing in motiverende gespreksvoering en scholing over de inhoud en toepassing van het Signaleringsprotocol en het Overbruggingsplan zijn uitdrukkelijke wensen van vele JGZ-medewerkers. Het motiveren van ouders vraagt niet alleen training, maar ook kennis over leertherapie, gedrag, gewoontevorming/stimuluscontrole en kennis over oplossingsgericht werken.

De knelpuntenanalyse zal worden gebruikt als basis voor het ontwikkelen van de JGZ-richtlijn 'Preventie, vroegsignalering, interventie en verwijzing van kinderen van 0-19 jaar met overgewicht'. De definitieve richtlijn wordt in december 2011 verwacht.

Literatuur

1. Fredriks AM, Buuren S van, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Body index measurements in 1996-7 compared with 1980. *Arch Dis Child*. 2000; 82(2):107-12.
2. Schönbeck Y, Buuren S van. Factsheet resultaten vijfde landelijke groeistudie. Leiden: TNO Kwaliteit van leven; 2010.
3. Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam FJM van, HiraSing RA. Signaleringsprotocol Overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg. *Tijdschr JGZ*. 2004;36:86-8.
4. Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, HiraSing RA. Het Kind boft. Het overbruggingsplan: een behandelplan voor kinderen met overgewicht. *Tijdschr JGZ*. 2006;38(5):96-100.
5. CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Utrecht: CBO; 2008.
6. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;320(7244):1240-3.
7. Booij YS, Leerdam FJM van, Stolte IG, Pijpers FIM, Wal MF van der. Kennis van ouders over overgewicht en gezonde voeding van kinderen. *Tijdschr JGZ*. 2008;40(5):114-8.
8. Jansen W, Brug J. Parents often do not recognize overweight in their child, regardless of their socio-demographic background. *Eur J Public Health*. 2006;16(6):645-7.
9. Bossink-Tuna HN, L'Hoir MP, Beltman M, Boere-Boonekamp MM. Parental perception of weight and weight-related behaviour in 2- to 4-year-old children in the eastern part of the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2009;168(3):333-9.
10. Boere-Boonekamp MM, Klein Ikkink AJ. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Visuele Stoornissen bij kinderen en jongeren. *Tijdschr JGZ*. 2010(6);138-9.