



OVERZICHT REDENEN ANDERE AANPAK

DOEL

Wat doet gemeenten besluiten hun aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas te herzien? Wat maakt dat zij kiezen voor een aanpak conform het landelijk model? En hoe raken uitvoeringsorganisaties gemotiveerd om mee te doen? Dit hulpmiddel geeft een overzicht van de redenen die aan deze vragen ten grondslag kunnen liggen. Het overzicht is niet uitputtend. In jouw lokale situatie kunnen ook andere redenen relevant of doorslaggevend zijn.

DIT HULPMIDDEL IS TE GEBRUIKEN IN FASE(N) / STAPPEN:



Initiatief nemen en ontwerpen



Experimenteren en uitvoeren



INHOUDELIJKE TOELICHTING / OVERIGE INFORMATIE

In dit document wordt eerst een kort en bondig overzicht gegeven van mogelijke redenen om in te zetten op een andere aanpak. De redenen worden daarna wat uitgebreider toegelicht. Het overzicht met redenen is gebaseerd op de praktijkervaringen van projectleiders en adviseurs die betrokken zijn geweest bij het ondersteunen van initiatiefnemers om de ketenaanpak lokaal te realiseren.



MOGELIJKE REDENEN VOOR GEMEENTEN VOOR ANDERE AANPAK

1. Redenen die voortvloeien uit opdrachten aan uitvoeringsorganisaties:

- a. De aanpak overgewicht blijkt inefficiënt en onvoldoende effectief. Dit kan blijken uit het no-show-percentage bij consulten overgewicht (zie 4a), de mate waarin de doelgroep bereikt wordt (zie 4b) en de mate waarin een langdurig resultaat op gezondheids- en leefstijlaspecten behaald wordt (zie 4c)). De huidige besteding van de middelen kan dan niet in verhouding staan tot de opbrengst.

2. Redenen die voortvloeien uit het gemeentelijk gezondheidsbeleid:

- a. De aanpak overgewicht jeugd is een speerpunt in het gezondheidsbeleid.
- b. De noodzaak om een integrale aanpak voor overgewicht te realiseren met aandacht voor zowel preventie als ondersteuning en zorg (een aanpak die vooral gericht is op preventie levert onvoldoende op om het overgewicht te laten afnemen).

3. Redenen die voortvloeien uit het jeugdbeleid:

- a. De beoogde samenwerking tussen partners uit het sociaal domein en het zorgdomein is onvoldoende tot stand gekomen om jeugdhulp en jeugdgezondheidsproblematiek adequaat op te pakken.
- b. Integraal werken op casusniveau door wijk- en zorgprofessionals is onvoldoende gerealiseerd, vooral bij gezondheidsproblemen bij kinderen.

MOGELIJKE REDENEN VOOR UITVOERINGSORGANISATIES VOOR ANDERE AANPAK

4. Redenen die voortvloeien uit de verantwoording en de resultaten:

- a. Een hoog percentage no-show bij consulten over overgewicht.
- b. Uiteindelijk bereik van de doelgroep: veel uitval in het begeleidingstraject.
- c. Tegenvallende resultaten op blijvende gedragsverandering in leefstijl.

5. Redenen die voortvloeien uit andere aspecten bij verlenen van ondersteuning en zorg:

- a. Professionals ervaren het begeleiden van kind en gezin op overgewicht als moeizaam en zwaar.
- b. Kind en ouders ervaren de begeleiding als onvoldoende afgestemd op hun hulpvraag en behoeften.
- c. Onvoldoende inzet op ondersteuning en zorg ondermijnt de ambities om een integrale aanpak voor overgewicht te realiseren (zie 2b).



TOELICHTING OP DE REDENEN

1a De aanpak overgewicht blijkt inefficiënt en onvoldoende effectief

Inzicht in de mate van effectiviteit en efficiëntie van de huidige aanpak is relevant voor de beleidsmedewerker (volks)gezondheid, de accounthouder jeugdgezondheidszorg en de wethouder (volks)gezondheid. De gemeente kan aan de hand van cijfers rond no-show, uitval en bereikte resultaten betere keuzes maken over het al dan niet inzetten op een andere aanpak. Zie punt 4a, 4b en 4c voor verdere toelichting.

2a De aanpak overgewicht jeugd is een speerpunt in het gezondheidsbeleid

In de gezondheidsnota van de gemeente is de aanpak van overgewicht bij jeugd vaak opgenomen als een speerpunt in het gezondheidsbeleid. Inzicht in de ambities en de resultaten van de huidige aanpak maken het mogelijk met de beleidsmedewerker (volks)gezondheid, zijn manager en de wethouder met (volks)gezondheid in portefeuille te bespreken of een andere aanpak zinvol is.

2b De noodzaak van een integrale aanpak met preventie, ondersteuning en zorg

Veel gemeenten en publieke organisaties hebben maatregelen genomen om overgewicht te voorkomen. Denk daarbij aan waterdrinkcampagnes, Gezonde School, Gezonde Sportkantine en betere bereikbaarheid van sportfaciliteiten. Inzet hierop draagt bij aan het gezond opgroeien van kinderen. Tegelijkertijd zien we dat het onvoldoende bijdraagt aan het verminderen van het aantal kinderen met overgewicht en obesitas. Daarvoor is meer nodig. Een integrale aanpak gericht op het verminderen van overgewicht met vier niveaus van preventie: collectieve, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De laatste twee soorten preventie zijn gericht op het individu van wie het gewicht te hoog is. Deze vier vormen van preventie zorgen bij een juiste invulling en samenstelling voor een uitgebalanceerd palet aan maatregelen en interventies om overgewicht succesvol aan te pakken.

3a De samenwerking tussen sociaal en zorgdomein is onvoldoende tot stand gekomen

Het thema 'overgewicht' vraagt bij uitstek betrokkenheid van het sociale en het zorgdomein. Als beide domeinen aan de hand van het thema overgewicht concrete en goede samenwerkingsafspraken kunnen maken, draagt dat bij aan een basis die nodig en nuttig is voor andere jeugdhulpthema's zoals depressieve klachten of vage lichamelijke klachten. Met de komst van de Jeugdwet is de samenwerking tussen de twee domeinen onlosmakelijk verbonden aan het verbeteren van het welzijn van individuele jeugdigen. Maar in de praktijk zien we dat deze samenwerking moeizaam verloopt. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de manier waarop professionals gewend zijn te werken, doordat ze onbekend zijn met elkaars toegevoegde waarde, door verschillend vakjargon, door verschillende financiële kaders en verantwoordingsverplichtingen en door een andere basis waarop handelingen



verricht worden. Ook praktische zaken kunnen de samenwerking bemoeilijken. Denk bijvoorbeeld aan het uitwisselen van patiëntgegevens en het monitoren en evalueren van de doelgroep waarbij professionals uit beide domeinen zijn betrokken. Duidelijk gedefinieerde soorten casuïstiek kunnen helpen oplossingen te vinden om de samenwerking te verbeteren. Overgewicht is bij uitstek het thema dat zich daarvoor leent: een medische aandoening die vraagt om een oplossing in ook het sociale domein.

3b Integraal werken op casusniveau is onvoldoende gerealiseerd

Integraal werken en inzetten op 'één gezin, één plan' is het laatste decennium de belangrijkste leidraad voor de ondersteuning en zorg vanuit de jeugdhulpverlening. Dit vraagt om professionals die dit in praktijk kunnen brengen. Zorg- en wijkprofessionals die zich bewust zijn van de samenhang tussen gezondheid en psychosociaal welzijn en daarnaar handelen.

In hoeverre is het verbreden van dit perspectief bij de verschillende professionals al gemeengoed binnen de gemeente? In hoeverre is het gemeentebestuur erop gericht om dit te realiseren? Welke hobbels zijn er? En kan een nieuwe aanpak deze hobbels wegnemen? Als dat zo is, kan deze reden bijdragen aan het commitment om in te zetten op een andere aanpak waarin hiervoor voldoende aandacht is.

4a Hoog percentage no-show bij consulten over overgewicht

Door het no-show-percentage bij consulten in beeld te brengen en dit te vertalen naar kosten die geen rendement hebben, maak je het probleem heel tastbaar voor het management, de beleidsmedewerker die verantwoordelijk is voor de afspraken met de uitvoeringsorganisatie en de verantwoordelijke wethouder.

In veel gemeenten is de JGZ de aangewezen partij om overgewicht bij jongeren te constateren via de periodieke gezondheidsonderzoeken. Als zij overgewicht constateren, worden kind en ouders uitgenodigd voor een consult en, als zij dat wensen, voor enkele vervolggconsulten (de JGZ-richtlijn overgewicht schrijft in totaal drie consulten voor). In de praktijk zien we hoge no-show-cijfers bij deze consulten. Een voorbeeld van de kosten die daarmee verbonden zijn:

In een gemeente werken 10 jeugdverpleegkundigen die per week gemiddeld 3 extra consulten hebben voor kinderen of jongeren met overgewicht. Er is een no-show van 50%. Een consult duurt 20 minuten. De kostenpost van de een no-show: $\frac{1}{3}$ uur x 90 euro (kostprijs jeugdverpleegkundige) = 30 euro. Op jaarbasis zijn de kosten (zonder opbrengst): 10 (jeugdverpleegkundigen) X 3 (consulten per week) X 50% (no show) X 52 (werkweken) x € $30,00$ = € $23.400,00$.

Een aanzienlijk bedrag dat bij de verantwoordelijke functionarissen zeker een opening zal bieden om een andere aanpak te bespreken.



4b Uitval in het begeleidingstraject

Door de doelgroep in kaart te brengen, krijg je inzicht in de effectiviteit van het huidige systeem. Het bereik van de doelgroep op screeningsmomenten ligt over het algemeen hoog in Nederland: 95% van de kinderen en jongeren wordt gezien op de vaste contactmomenten van de JGZ.

De onderstaande cijfers helpen inzicht te geven in de effectiviteit van de werkwijze vanaf de screening. De groep kinderen bij wie overgewicht of obesitas is geconstateerd vormt de basis voor de percentages.

Uitval in het begeleidingstraject bij de JGZ

JGZ-instellingen die werken volgens de JGZ-richtlijn overgewicht, kunnen de volgende cijfers herleiden uit hun systemen:

- Percentage kinderen dat uitvalt voor het 1e consult na het constateren van het overgewicht.
- Percentage kinderen dat uitvalt voor het 2e consult.
- Percentage kinderen dat uitvalt voor het 3e consult.
- Percentage kinderen dat het traject conform richtlijn volledig heeft doorlopen versus het percentage kinderen dat het traject conform de richtlijn niet volledig heeft doorlopen.

Verwijzingen en opkomst elders

- Percentage kinderen dat verwezen wordt naar een andere (zorg)professional voor onderzoek of begeleiding.
- Percentage kinderen dat niet 'aankomt' bij de professional naar wie verwezen is.
- Percentage kinderen dat tussentijds stopt met de begeleiding bij een professional naar wie verwezen is (uitval).

Veel systemen zijn onvoldoende verfijnd om deze cijfers makkelijk te achterhalen. Onderzoek samen met de partners wat wél mogelijk is. Je hebt niet alle percentages nodig om een beeld te krijgen van het bereik van de huidige werkwijze. Inzicht in afgeronde versus afgebroken trajecten biedt al een eerste handvat om het gesprek op hoofdlijnen te voeren met verantwoordelijken voor beleid en uitvoering.

4c Tegenvallende resultaten op blijvende gedragsverandering in leefstijl van kind en gezin

Met (gecombineerde) leefstijlinterventies wordt bij een deel van de kinderen gunstige resultaten behaald op de korte termijn. Het gewicht vermindert en de kwaliteit van leven van het kind verbetert. Langdurige resultaten blijven vaak uit doordat de begeleiding stopt en veel kinderen en gezinnen dan terugvallen in oud gedrag. Soms komt dat door het



stoppen van de begeleiding, soms heeft dat andere oorzaken. Lokale gegevens over de resultaten van interventies zijn vaak niet of beperkt voorhanden omdat kind en gezin na de begeleiding vaak uit beeld verdwijnen. Aan de hand van beschikbare gegevens van eerdere casussen kun je een goed beeld geven van de opbrengst op korte en lange termijn van de huidige manier van werken. Inzicht in deze gegevens biedt een basis om de effectiviteit van de huidige aanpak te bespreken.

5a Professionals ervaren het begeleiden van kind en gezin op overgewicht als zwaar

Veel professionals vinden het lastig hulp te verlenen aan een kind met overgewicht. Dat kan meerdere redenen hebben. Ze ervaren onder andere weerstand bij ouders om over het onderwerp te praten of om aan de slag te gaan met een leefstijlverandering. Ze zien zich geconfronteerd met een relatief hoge no-show bij consulten op overgewicht. Ze voelen zich handelingsverlegen als blijkt dat de hen bekende werkwijze (vaak geprotocolleerd) niet voldoende was voor het gewenste resultaat. Daardoor raken zij gedemotiveerd. Een professional die er geen vertrouwen in heeft dat zijn hulpverlening bijdraagt aan het beoogde resultaat, kan nauwelijks succesvol zijn. Bespreek de ervaringen van de professionals met het management van de betreffende uitvoeringsorganisaties. Zo ontstaat bereidheid om op zoek te gaan naar een werkwijze waarbij professionals minder weerstand ervaren bij ouders, zij zich handelingsbekwaam voelen en de no-show lager is.

5b Kind en ouders ervaren de begeleiding als onvoldoende afgestemd op hun hulpvraag

De ervaring leert dat veel kinderen en ouders minder positieve ervaringen hebben met begeleiding die vooral gericht is op leefstijl met weinig aandacht voor persoonlijke omstandigheden, wensen en behoeften. Een aanpak waarin hiervoor voldoende oog is, zorgt voor een betere aansluiting van de begeleiding bij kind en gezin, verkleint de kans op uitval en vergroot de kans op een duurzame gedragsverandering.

Het loont daarom de moeite om kind en ouders te vragen hoe ze de huidige aanpak en begeleiding ervaren. Bij kinderen en ouders die voortijdig gestopt zijn en bij hen die een begeleidingstraject hebben doorlopen. Wat zijn hun overwegingen om al dan niet aan het begeleidingstraject mee te doen? Hoe ervaren zij de begeleiding op inhoud, bejegening en proces? Voelen zij zich gehoord en geholpen in hun hulpvraag? Deze informatie kan je helpen als je een opening voor een andere aanpak wilt creëren bij verantwoordelijke managers, beleidsmedewerkers en wethouder(s).

5c Onvoldoende inzet op ondersteuning en zorg ondermijnt de ambities

Management van uitvoeringsorganisaties met ambities om in te zetten op een integrale aanpak voor kinderen met overgewicht, staan vaak open voor verkenning van de huidige situatie en de mate waarin deze bijdraagt aan deze ambitie. Zie verder punt 2b.



MEERWAARDE KETENAANPAK CONFORM LANDELIJK MODEL

Overwegingen om het landelijk model ketenaanpak te onderzoeken als mogelijke andere aanpak:

Vanuit inhoudelijk perspectief:

- Bevordert vroegsignalering van overgewicht en van andere problemen bij kind en gezin zoals armoede, jeugdproblematiek en participatie.
- Sluit aan bij het gedachtegoed 'één kind, één gezin, één plan' en de wens om op maat te werken op casusniveau.
- Sluit aan bij het gedachtegoed positieve psychologie / gezondheid.

Vanuit organisatorisch perspectief:

- Stimuleert integraal werken bij gezondheidsproblemen door een brede blik op casusniveau.
- Biedt praktische handvatten om de samenwerking rond jeugdbeleid tussen organisaties uit het sociaal domein en het zorgdomein concreter te maken en verder in te vullen.
- Biedt mogelijkheden om de jeugdgezondheidszorg duidelijk te positioneren in het sociaal domein.

Vanuit het gewenste resultaat:

- Vergroot de kans op duurzame gedragsverandering bij kind en gezin (het landelijk model gaat uit van het creëren van condities die tot een dergelijke duurzame gedragsverandering leiden).
- Vermindert het percentage no-show.
- Vermindert uitval.
- Zorgt ervoor dat veel professionals de begeleiding die zij geven en het contact met kind en gezin positiever gaan ervaren.
- Zorgt er doorgaans voor dat ouders en kind zich meer gehoord voelen in hun hulpvraag en behoeften.