



**Zorg voor kinderen met ernstige obesitas:
ketenzorg met praktische richtlijnen en goede
communicatie**

Stageverslag

WL van Stipriaan

Wageningen University

Zorg voor kinderen met ernstige obesitas: ketenzorg met praktische richtlijnen en goede communicatie

Msc Nutrition and Health

Stage Epidemiology and Public Health

HNE-71424

WL van Stipriaan (Bsc)

890821806030

Vrije Universiteit Amsterdam

Faculteit der Aard- en Levenswetenschappen

Afdeling Gezondheidswetenschappen

Sectie Methodologie en Toegepaste Biostatistiek

Begeleid door dr. MJ Westerman

Sectie Preventie en Volksgezondheid

Begeleid door prof. dr. JC Seidell & drs. J Halberstadt

Deze stage is uitgevoerd in samenwerking met Karlijn Koudstaal (Bsc)

Wageningen University

Afdeling Humane Voeding

Begeleid door dr. ir. A Haveman-Nies

Maart 2012 – Juli 2012

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	5
2. Methoden	7
2.1. <i>Studie design</i>	7
2.2. <i>Werving</i>	7
2.2.1. 0 ^e lijn	7
2.2.2. 1 ^e lijn	8
2.2.3. 2 ^e lijn	8
2.2.4. 3 ^e lijn	8
2.3. <i>Procedures en uitvoering</i>	8
2.4. <i>Data analyse</i>	10
3. Resultaten	11
3.1. <i>JGZ</i>	11
3.1.1. Huidige zorg	12
3.1.1.1. Diagnostiek	12
3.1.1.2. Behandeling en begeleiding	14
3.1.2. Toekomst	14
3.1.2.1. Diagnostiek	15
3.1.2.2. Behandeling	15
3.1.2.3. Begeleiding	16
3.2. <i>Huisartsen</i>	16
3.2.1. Huidige zorg	16
3.2.1.1. Diagnostiek	16
3.2.1.2. Behandeling	18
3.2.2. Toekomst	19
3.2.2.1. Diagnostiek	19
3.2.2.1. Begeleiding	19
3.3. <i>Kinderartsen uit de 2^e en 3^e lijn</i>	20
3.3.1. Huidige zorg	20
3.3.1.1. Diagnostiek	20
3.3.1.2. Behandeling	21
3.3.2. Toekomst	23
3.3.2.1. Behandeling	24
3.3.2.2. Begeleiding	26
3.4. <i>Professionaliteit</i>	26
3.5. <i>Contextuele aanpak</i>	27
4. Discussie	28
4.1. <i>Aanbevelingen</i>	31
5. Conclusie	33
6. Dankbetuigingen	34
7. Literatuurlijst	35

Samenvatting

Inleiding De huidige zorg voor kinderen met een extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico, ook wel ernstige obesitas genoemd, voldoet niet aan de uitgangspunten van de Zorgstandaard Obesitas. Deze omschrijft de ideale zorg als multidisciplinaire integrale ketenzorg. Om tot deze zorg te komen is inzicht nodig in de knelpunten in het huidige traject van diagnostiek, behandeling en begeleiding en de visie van zorgverleners voor de toekomstige zorg in de regio Amsterdam.

Methoden Middels acht semigestructureerde interviews met tien hoofdverantwoordelijke zorgverleners (JGZ-, huis- en kinderartsen uit de 2^e en 3^e lijn) en één focusgroep met zes kinderartsen, allen uit Amsterdam, zijn aan de hand van een topiclijst de huidige zorg, ervaringen hiermee en de verwachtingen en wensen besproken. De transcripten zijn open gecodeerd en thematisch geordend alvorens samen met de memo's te zijn geanalyseerd per discipline (JGZ-, huis- en kinderartsen).

Resultaten JGZ en huisartsen signaleren, kinderartsen behandelen kinderen met ernstige obesitas. De begeleidingsfase ontbreekt momenteel. Voor de zorgverleners is nu onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is in de zorg voor deze kinderen en wat andere zorgverleners doen. Er is behoefte aan ketenzorg met praktische richtlijnen en goede onderlinge communicatie met een grotere rol voor de JGZ en huisarts met praktijkondersteuner.

Conclusie De ideale zorg wordt omschreven als ketenzorg waarbij voor iedereen duidelijk is wat zijn taak is in deze zorg. Alle zorgverleners moeten elkaar op de hoogte houden waar een kind in zorg is en wat ze doen voor een kind en een centrale zorgverlener kan dan het overzicht houden. De behandeling zal verschuiven naar 1,5^e lijns gezondheidscentra.

Trefwoorden: Ernstige obesitas, Kinderen, Integrale ketenzorg, Kwalitatief

1. Inleiding

Het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) heeft in november 2010 de Zorgstandaard Obesitas gepubliceerd (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010; Seidell, Halberstadt, Noordam, & Niemer, 2012) en werkt momenteel aan een addendum ernstige kinderoberitas bij deze zorgstandaard (Halberstadt & Seidell, in press). De zorgstandaard is ontwikkeld met beroeps- en koepelorganisaties van zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten en beschrijft de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor mensen met obesitas moet voldoen. De huidige zorg voor kinderen (4 – 19 jaar) met een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico vindt veelal niet plaats conform de uitgangspunten van de Zorgstandaard Obesitas (Schwiebbe, Talma, van Mil, Fetter, Hirasing, & Renders, 2010). Het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico wordt vastgesteld op basis van BMI en de aanwezigheid van risicofactoren en comorbiditeit. Het PON noemt een extreem verhoogd GGR (zie Tabel 1) ook wel ernstige obesitas.

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.

Veelal signaleert de Jeugdgezondheidszorg arts (JGZ-arts, 0^e lijns zorgverlener), huisarts of een andere 1^e lijns zorgverlener ernstige obesitas bij kinderen. Volgens protocol verwijzen deze zorgverleners het kind met de ouders door naar de kinderarts (2^e lijns zorgverlener) (Kist-van Holthe, e.a., 2012; Nederlands Huisartsen Genootschap, 2010), die eventuele lichamelijke oorzaken van het overgewicht uitsluit, de aanwezigheid van comorbiditeit en risicofactoren bij het kind controleert en een anamnese afneemt. De daaropvolgende behandeling wordt nu vaak gevolgd in het ziekenhuis

(Schwiebbe, e.a., 2010). Idealiter bestaat deze uit een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie gericht op voeding, beweging en gedragsverandering (Halberstadt & Seidell, in press; Seidell, e.a., 2012). Wanneer behandeling onvoldoende effect heeft gehad kan besloten worden om het kind te verwijzen naar een gespecialiseerd centrum voor ernstig obese kinderen voor tijdelijke opname (3^e lijns gezondheidszorg) (Halberstadt & Seidell, in press), Behandelcentrum Heideheuvel biedt hiervoor nu de enige mogelijkheid in Nederland. De huidige zorg voor kinderen met ernstige obesitas is gebaseerd op lokale afspraken tussen zorgverleners.

Het Addendum ernstige kinderobesitas bij de Zorgstandaard Obesitas (Halberstadt & Seidell, in press) omschrijft de aangewezen zorg voor kinderen met ernstige obesitas als een multidisciplinaire aanpak in de vorm van ketenzorg en integrale zorg omdat dit de kwaliteit van de zorg kan verbeteren (Drewes, Boom, Graafmans, Struijs, & Baan, 2008). Hierbij is er één centrale zorgverlener die als aanspreekpunt fungeert voor het gezin en de betrokken zorgverleners. Verschillende zorgverleners bieden dan namelijk tegelijk en opeenvolgend zorg aan die met elkaar en het kind en de ouders is afgestemd in een individueel zorgplan. Deze zorg omvat het hele traject van diagnostiek, behandeling (één jaar zorg en één jaar onderhoud) en begeleiding (voor onbepaalde tijd) (Halberstadt & Seidell, in press) maar momenteel is deze aanpak nog maar zelden gerealiseerd (Halberstadt & Seidell, in press; Schwiebbe, e.a., 2010). Om tot een sluitende zorgketen te komen is zowel uniforme diagnostiek, behandeling als begeleiding nodig.

Om in de toekomst multidisciplinaire integrale ketenzorg aan te kunnen bieden is het van belang om beter inzicht te verkrijgen in de stand van zaken op dit moment in de huidige 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijns gezondheidszorg voor ernstig obese kinderen. Daarom werd een kwalitatieve studie uitgevoerd waarover hier gerapporteerd wordt. In deze studie is vanuit het perspectief van zorgverleners getracht een beeld te vormen van wat er goed gaat, wat momenteel belemmeringen zijn en hoe zij de zorg en hun rol daarin in de toekomst zien en wat daarbij hun wensen zijn voor zowel de diagnostiek, behandeling en begeleiding.

2. Methoden

2.1. Studie design

Een exploratief kwalitatief onderzoek bij hoofdverantwoordelijke zorgverleners in de 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijnszorg voor kinderen met ernstige obesitas in de regio Amsterdam. Er zijn met vertegenwoordigers van alle lijnen semigestructureerde interviews gehouden. De bevindingen hieruit zijn voor zover mogelijk in een focusgroep met de 2^e lijn getoetst (Greenhalgh & Taylor, 1997).

Hoofdverantwoordelijke zorgverleners in de zorg voor kinderen met ernstige obesitas zijn JGZ-artsen (0^e lijn), huisartsen (1^e lijn) en kinderartsen uit zowel de 2^e als 3^e lijnszorg. Bij ieder ernstig obees kind bepaalt namelijk één van deze disciplines welke zorg geïndiceerd is en wie deze gaat uitvoeren.

2.2. Werving

Tijdens de werving is getracht zorgverleners te benaderen die verspreid in de regio Amsterdam werken en patiënten zien van verschillende leeftijden, met een verschillende sociaal economische status (SES) of met diverse etnische achtergronden.

2.2.1. 0^e lijn

Uit de 0^e lijn zijn twee JGZ beleidsmedewerkers en twee JGZ-artsen benaderd, één JGZ-beleidsmedewerker en twee JGZ-artsen hebben toegezegd om deel te nemen en zijn geïnterviewd. De eerste JGZ beleidsmedewerker gespecialiseerd in obesitas is als contact van het PON per e-mail benaderd door WLS. Deze heeft doorverwezen naar de tweede JGZ beleidsmedewerker (JGZ projectleider) met meer kennis over de praktijk, hiermee is een interview gehouden. Deze projectleider heeft twee JGZ-artsen benaderd voor individuele interviews omdat een focusgroep met JGZ-artsen organisatorisch niet mogelijk was. Er is getracht een derde JGZ-arts te vinden die werkt met oudere kinderen in het reguliere onderwijs maar hiervoor bleek geen JGZ-arts op tijd beschikbaar.

2.2.2. 1^e lijn

In de 1^e lijn zijn drie huisartsen benaderd voor een interview en hebben twee huisartsen toegezegd. Hiervan heeft één huisarts ook collega's benaderd, uiteindelijk zijn vier huisartsen geïnterviewd. De benaderde huisartsen zijn aangedragen door experts van onder andere het PON. WLS heeft ze telefonisch of per e-mail benaderd voor een interview. Eén huisarts had geen tijd voor een interview.

2.2.3. 2^e lijn

Voor een focusgroep zijn acht kinderartsen uit vijf Amsterdamse ziekenhuizen per e-mail uitgenodigd door JH en hiervan hebben vijf kinderartsen uit vier ziekenhuizen toegezegd. Alle kinderartsen werken reeds samen met het PON aan een project. Drie kinderartsen waren niet beschikbaar voor de focusgroep. Eén deelnemende kinderarts heeft een collega kinderarts waarmee hij samen de obesitaspoli doet in het betreffende ziekenhuis uitgenodigd de focusgroep ook bij te wonen. Voor de interviews zijn twee van de acht benaderde kinderartsen door JH per e-mail verzocht een collega te vragen. Eén kinderarts kon zelf niet meedoen aan de focusgroep en heeft daarom zichzelf voorgedragen voor het interview. De andere kinderarts heeft een collega gevraagd en deze stemde in met een interview.

2.2.4. 3^e lijn

Op aanraden van het PON is een kinderarts van Behandelcentrum Heideheuvel (3^e lijn) benaderd en deze is geïnterviewd.

2.3. Procedures en uitvoering

Gedurende de voorbereiding op de dataverzameling en tijdens de analyse is veelvuldig overleg geweest met het onderzoeksteam. Ter voorbereiding op de dataverzameling is een oriënterend gesprek gevoerd met een onderzoeker op het gebied van de implementatie van de Zorgstandaard Obesitas wat betreft het deel over kinderen. Op basis van deze informatie, gesprekken met het onderzoeksteam en literatuur over (knelpunten in) de zorg voor kinderen met (ernstige) obesitas is

vervolgens door WLS een topiclijst opgesteld voor de interviews. Zoals Tabel 2 laat zien omvatte de topiclijst drie hoofdonderwerpen en verschillende subonderwerpen. Gedurende de dataverzameling is deze topiclijst bijgesteld op basis van de bevindingen en aangepast naar de lijn van de zorg waartoe de geïnterviewde zorgverlener behoorde.

Tabel 2. Topiclijst interviews met JGZ-, huis- en kinderartsen uit de 2^e en 3^e lijns zorg voor kinderen met ernstige obesitas

Onderdeel	Subtopic1	Subtopic2
Huidige zorg	Contact met ouders/kind	Werkwijze, communicatie, kennis sociale kaart, opleiding zorgverlener toereikend
	Hoe komt kind bij zorgverlener	Zicht op voortraject, informatie van verwijzer
	Waar gaat het kind daarna heen	Aankomst bij zorgverlener, rol verwijzende zorgverlener, informatie van volgende zorgverlener, contact met het kind houden
Ervaringen huidige zorg	Wat gaat er goed	Bij zorgverlener, bij of met andere zorgverleners buiten eigen beroepsgroep
	Waar loopt zorgverlener tegen aan	Bij zorgverlener, bij of met andere zorgverleners buiten eigen beroepsgroep, door welke knelpunten aanpak veranderd in de tijd
	Algemeen oordeel	Over zorg voor kinderen met ernstige obesitas
Toekomst	Verwachte veranderingen	Voor zorgverlener, bij of met andere zorgverleners
	Gewenste veranderingen	Voor zorgverlener
		Bij andere zorgverleners buiten eigen beroepsgroep
	Levenslange begeleiding nodig? Wie is geschikte persoon daarvoor	
		In de maatschappij

Alle interviews zijn gehouden en opgenomen in de spreekkamer van de respondent, bij de zorgverlener thuis of op de VU. De interviews duurden één tot anderhalf uur en zijn uitgevoerd door WLS. Ieder interview werd gehouden aan de hand van de topiclijst en aan het eind van het interview

hadden respondenten de mogelijkheid niet besproken onderwerpen in te brengen. Tijdens de interviews zijn open vragen gesteld om een brede range aan antwoorden te horen en waar nodig is doorgevraagd.

Voor de focusgroep is een draaiboek gemaakt op basis van de interview topiclijst en een eerste analyse van de reeds uitgevoerde interviews. De topiclijst omvatte onderwerpen als de huidige taken van de kinderarts en de verwachtingen en wensen voor de zorg voor kinderen met ernstige obesitas in de toekomst. Bovendien werden de bevindingen uit de interviews getoetst en uitgediept. WLS leidde de focusgroep met assistentie van KK voor het maken van overzichten en notulen, daarnaast zijn geluidsopnames gemaakt. De focusgroep duurde twee uur en is gehouden op de VU.

Alle respondenten zijn geïnformeerd over het gebruik van de informatie uit de interviews en focusgroep voor een publicatie en hebben hiervoor toestemming gegeven.

2.4. Data analyse

Alle geluidsopnames zijn getranscribeerd. De data bestond uit transcripten, memo's over de interviews en input uit discussies met het onderzoeksteam. De transcripten zijn in een eerste fase samengevat op basis van thema's uit de interviews. Bij de samenvatting van het interview met de kinderarts van Behandelcentrum Heideheuvel en van de focusgroep is om commentaar gevraagd van de betreffende zorgverleners (member check (Mays & Pope, 2000)). Vervolgens zijn relevante stukken tekst uit de transcripten open gecodeerd en thematisch geordend met behulp van vooraf opgestelde codes (diagnostiek, behandeling en begeleiding) en nieuwe toegevoegde thema's (contextuele aanpak, continuïteit zorgproces, professionaliteit). In de volgende fase van de analyse is gekeken naar overeenkomsten en verschillen voor deze thema's binnen de 0^e, 1^e, 2^e lijnszorg en tussen de 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijns zorg om in kaart te brengen waar de zorgverleners tegenaan lopen en wat hun visies voor de toekomstige zorg zijn.

3. Resultaten

Tabel 3 geeft een overzicht van de kenmerken van de geïnterviewde zorgverleners en hun patiënten.

Tabel 3. Geïnterviewde hoofdverantwoordelijk zorgverleners in de Amsterdamse zorg voor kinderen met ernstige obesitas

Onderdeel gezondheidszorg	Zorgverlener	Kenmerken
0 ^e lijn JGZ	JGZ Projectleider	Projectleider zorgketen overgewicht
	JGZ-arts 1	Ervaring met basis- en voorgezet onderwijs, werkt momenteel in speciaal basisonderwijs
	JGZ-arts 2	Werkt met nul- tot vierjarigen en in het speciaal onderwijs
1 ^e lijn Huisartsen	Huisarts 1	Huisarts in duopraktijk Amsterdam Zuid binnen een samenwerking met verschillende huisartsen, patiëntenpopulatie: relatief jong en gemengd qua etnische achtergrond en SES
	Huisarts 2	Huisarts in gezondheidscentrum Amsterdam Oost, patiëntenpopulatie: veel kinderen, merendeel autochtoon en met hoge SES
	Huisarts 3	Huisarts in gezondheidscentrum Amsterdam Oost, patiëntenpopulatie: veel kinderen, merendeel autochtoon en met hoge SES
	Huisarts 4	Huisarts in opleiding in gezondheidscentrum Amsterdam Oost, patiëntenpopulatie: veel kinderen, merendeel autochtoon en met hoge SES
2 ^e lijn Kinderartsen ziekenhuizen	Kinderarts 1*	Kinderarts op obesitaspoli, patiëntenpopulatie ziekenhuis lage SES
	Kinderarts 2	Kinderarts op obesitaspoli, patiëntenpopulatie ziekenhuis hoge SES
	Kinderarts 3**	Kinderarts op obesitaspoli
	Kinderarts 4**	Kinderarts op obesitaspoli
	Kinderarts 5**	Kinderarts op obesitaspoli
	Kinderarts 6**	Gespecialiseerde kinderarts
	Kinderarts 7**	Algemeen kinderarts
3 ^e lijn Behandelcentrum Heideheuvel	Kinderarts 8	Kinderarts Behandelcentrum Heideheuvel

*Is geïnterviewd en heeft deelgenomen aan focusgroep

**Heeft deelgenomen aan focusgroep

3.1. JGZ

3.1.1. Huidige zorg

3.1.1.1. Diagnostiek

De JGZ projectleider gaf aan dat de meerderheid van de kinderen door de JGZ wordt gesignaleerd met overgewicht of obesitas tijdens het Periodiek Gezondheid Onderzoek (PGO) op scholen. In groep 2, 5 (alleen op scholen met een JUMP-in project) en 7 van de basisschool en in de 2^e klas van het voortgezet onderwijs meet de verpleegkundige dan de lengte en het gewicht van ieder kind en bepaalt het BMI. De JGZ-artsen vonden dat de JGZ een belangrijke signalerende functie heeft doordat ze alle kinderen zien op meerdere momenten tijdens de kindertijd.

“Als de kinderen en die ouders er zelf geen problemen mee hebben dan zouden ze nooit, ja, weetje, niet actief zeg maar zeggen van 'nou ja en nu ga ik maar eens echt naar een kliniek ofzo toe’.” (JGZ-arts 1)

Wanneer het BMI van een kind te hoog blijkt te zijn en er sprake is van obesitas dan krijgen de ouders en het kind een vervolgconsult bij de JGZ-arts. Deze verwijst het kind met obesitas naar de tweede lijn. JGZ-arts 2 geeft dan informatie met het kind mee.

“Meestal kunnen we gewoon groeicurves uitdraaien, dus die geef ik dan wel als maten mee, en het verloop daarvan is soms ook wel interessant, en eventuele anamnestiche dingen die al reeds gevonden zijn en mogelijkheden tot interventie. En wat ik meestal heb uitgelegd of waar, welke adviseringen ik al mee heb gegeven.” (JGZ-arts 2)

Deze JGZ-arts merkte hierbij op dat met de groep kinderen die ver boven de obesitasgrens zit moeilijk iets te bereiken valt en bepaalt daarom op basis van de motivatie en mogelijk andere problematiek die in het gezin speelt naar welk ziekenhuis op welke reisafstand het kind gaat. Door dit totale plaatje mee te nemen probeert deze JGZ-arts de kans zo groot mogelijk te maken dat de kinderen langsgaan bij de kinderarts. JGZ-arts 1 was van mening dat de JGZ een beperkte rol heeft zodra kinderen in de tweede lijn in zorg zijn omdat de JGZ-arts de kinderen dan niet meer actief ziet,

behalve tijdens de opvolging van de verwijzing. Dan informeren beide JGZ-artsen bij de ouders of het kind of ze bij de kinderarts zijn geweest en hoe dat verlopen is.

De projectleider gaf aan dat enkele jaren geleden in overleg met de huisartsen en kinderartsen is besloten dat de JGZ-artsen kinderen met obesitas rechtstreeks mogen verwijzen naar de kinderarts. Beide JGZ-artsen gaven aan dit nog wel via de huisarts te doen omdat zij vinden dat de huisarts de lokale connecties heeft met zorgverleners en ook om zo de huisarts op de hoogte te stellen van de verwijzing. Hierbij gaf JGZ-arts 1 aan vervolgens weinig informatie terug te krijgen van de huisartsen over de verwijzing van het kind.

“Zodra we verwijzen, hè vragen we inderdaad om feedback zeg maar, hoe dat verlopen is. En in eerste instantie ook aan de huisarts, goh van waar, waar is die naartoe gegaan zeg maar. En, dat gaat bar slecht, dus de JGZ die is niet, niet altijd heel goed meer op de hoogte.” (JGZ-arts 1)

Knelpunt hierbij kan zijn dat volgens deze JGZ-arts veel JGZ-artsen nog met doordrukbriefjes met een carbonpapiertje werken en deze briefjes komen vaak niet meer terug vanaf de huisartsen. Daarnaast gaf deze JGZ-arts aan dat JGZ-artsen en huisartsen elkaar moeizaam telefonisch kunnen bereiken. De JGZ-arts benoemde dat het voor de huisartsen lastig kan zijn dat ze de JGZ-arts van een kind niet bij naam weten en weten ze dat wel dan is het lastig dat het personeelsverloop onder JGZ-artsen best groot is.

Als de kinderen al in zorg zijn dan steekt een JGZ-arts het gesprek anders in.

“Maar zeker als zo'n kind dat bij een obesitaskliniek ofzo loopt of, al bij de kinderarts geweest is en nou weer klaar is en die hele molen door, ja, dan werkt het ook, ook niet hè. Vaak heeft het gewoon meer zin om even dat vertrouwen te winnen van zo'n kind en, ja, daar wat meer mee aan de slag te gaan dan, dan echt weer op die weegschaal zetten. [...] En op zich kan je denk ik ook zeker die oudere, die pubers, die kun je ook best wel het vertrouwen geven want ze weten heus wel hoeveel ze wegen, en ze weten, ze balen daar ook van dus, op een gegeven moment als je daar vertrouwen mee hebt en je vraagt van 'hé heb je jezelf nog gewogen van de week en hoe zat stond het ermee?' dan sta je er ook veel, dichter bij.” (JGZ-arts 1)

De JGZ-artsen waren van mening dat de comorbiditeitscheck belangrijk is maar vonden het onverstandig dat dit pas bij de kinderarts gebeurt. Het moet volgens hen in ieder geval bij de huisarts gebeuren, mogelijk zou het ook de JGZ hierop ingericht kunnen worden. Volgens hen komen veel kinderen niet bij de kinderarts aan waardoor nu geen comorbiditeitscheck wordt uitgevoerd en er wordt te lang gewacht terwijl de comorbiditeit schadelijk kan zijn voor de gezondheid van het kind.

“We weten natuurlijk totaal nog niet wat deze generatie kinderen hè hoeveel, ja hoeveel risico die lopen eigenlijk. [...] Pas als ze zo obees zijn en bij de kinderarts wordt hun bloeddruk gemeten, nou dan schrik je je ook helemaal wild van.” (JGZ-arts 1)

3.1.1.2. Behandeling en begeleiding

Een JGZ-arts merkte op dat gedurende de behandeling door de kinderarts de intensiteit van het contact tussen kinderarts en kind afneemt en het kind aan het eind niet actief wordt terugverwezen naar bijvoorbeeld de JGZ. De andere JGZ-arts geeft aan dat onderhoud en begeleiding essentieel zijn.

“Wij zien vaak dat mensen er op het moment dat er aandacht voor is actief mee aan de gang gaan en dan meestal ook wel redelijk zakken in BMI, maar op het moment dat dat weer verslapt dat ze weer in hun oude gewoontes terugvallen.” (JGZ-arts 2)

3.1.2. Toekomst

Wat betreft de komst van een centrale zorgverlener zoals het PON dat beschrijft in de Zorgstandaard Obesitas merkte de JGZ projectleider op dat de JGZ heeft aangegeven dit niet te gaan doen door het gebrek aan financiering en benodigde scholing. De verwachting was dat naar de wens van ieder gezin bepaald gaat worden wie dit wordt. Eén JGZ-arts vond dit meer een taak voor de huisarts.

“Ik denk wel dat de huisarts de belangrijkste schakel blijft, dus dat de jeugdarts bijvoorbeeld een soort onderhoud, een soort coaching nog heeft met het kind en met ouders het liefst ook, en dat die terugrapporteert ook naar de huisarts hoe dat gaat, en als het helemaal niet gaat dat er dan weer naar de tweede lijn zeg maar wordt doorgedaan. Dus alle drie de partijen zijn nodig, en, wat dat betreft denk ik inderdaad hè als je het ziet, als je kijkt van wie is de, het is een beetje welke definitie je hebt over centrale zorgverlener maar als, als je naar wie de

spilfunctie moet hebben zeg maar, dan blijft dat gewoon de huisarts. Juist omdat die meer de schakel is zeg maar tussen en het gezin kent.” (JGZ-arts 1)

3.1.2.1. Diagnostiek

De communicatie met de huisartsen en kinderartsen zou volgens beide JGZ-artsen verbeterd kunnen worden door de berichtgeving aan elkaar af te spreken.

“Maar in principe is, denk ik de taak van alle drie om elkaar op de hoogte te houden.” (JGZ-arts 1)

De JGZ projectleider dacht dat één elektronisch dossier waar alle zorgverleners in kunnen de samenwerking kan bevorderen. Beide JGZ-artsen dachten dat het goed zou zijn als de artsen elkaar persoonlijk zouden kennen. Dit zou kunnen met gezamenlijke nascholingen of in ieder geval directe contactgegevens. Hiervoor ontwikkelt JGZ-arts 1 momenteel in samenwerking met de huisartsen een contactenlijst van JGZ- en huisartsen, deze lijst zal ook up-to-date worden gehouden.

3.1.2.2. Behandeling

De JGZ projectmedewerker was van mening dat de JGZ intensiever kan samenwerken met de interventies die er zijn en daar zelf ook een rol in kan spelen afhankelijk van het onderwerp en hoe je dat insteekt. Beide JGZ-artsen dachten dat de JGZ-arts of verpleegkundige een grotere rol zou kunnen spelen in de behandelings- en begeleidingsfase van de zorg.

“Dat we zeker de huisarts of en/of kinderarts wel af en toe nodig hebben als wij niet begrijpen waar het vandaan komt of zulk soort dingen, maar dat het vaak toch een opvoed- of een motivatieprobleem is, en dat wij daar, ja denk ik, een groter steentje aan bij kunnen dragen.” (JGZ-arts 2)

JGZ-arts 1 zag dit voor zich als coaching van het gezin nadat is gebleken dat er geen comorbiditeit is. Het gezin wordt dan bijgestaan in het worstelen met het gewicht en de kinderen wordt geleerd om verstandige keuzes te maken. Om een goed beeld te krijgen van de ouders zou deze JGZ-arts contact willen zoeken met de huisarts. Deze JGZ-arts vond de JGZ geschikt voor deze coaching omdat ze

eigenlijk ook al coaching doen met de preventieve activiteiten zoals voorlichting, ze kennis hebben van de lokale sociale kaart en ze het kind al volgen vanaf de geboorte en hiervoor ook groeidiagrammen hebben bijgehouden. Voor deze coaching wilde JGZ-arts 1 gebruik maken motivational interviewing, chatcontacten en e-mailconsulting. Volgens JGZ-arts 2 was het voordeel van de JGZ dat zij de mogelijkheid hebben om de kinderen gedurende de schoolloopbaan te blijven volgen, ze bovendien laagdrempelig en dicht bij huis zorg aanbieden en dat zij de goedkoopste zorgverlener zijn om deze taak op te pakken.

3.1.2.3. Begeleiding

De JGZ projectmedewerker zou de taken van de JGZ graag uitgebreid zien worden in de begeleidingsfase.

“Maar ik zou ook meer JGZ, meer mogelijkheden geven om obese kinderen te volgen en te begeleiden en om samen te werken met een kinderarts om dat behandelplan wat je net stelde om dat gezamenlijk op te stellen. En om dat behandelplan gelijk breed te trekken, dus niet alleen de behandeling bij de kinderarts maar gelijk dat hele behandeltraject, ook als het weer terug gaat dat er in te geven.” (JGZ projectmedewerker)

3.2. Huisartsen

3.2.1. Huidige zorg

3.2.1.1. Diagnostiek

De huisartsen dachten niet veel kinderen met ernstige obesitas te zien in hun praktijken. Hierbij gaan ze uit van wat ze visueel ernstig obees zouden noemen. Een huisarts merkte op dat huisartsen in het verleden nog wel vergissingen maakten in de bepaling van de ernst van de obesitas op basis van BMI maar alle geïnterviewde huisartsen vonden dat de nieuwe NHG-standaard obesitas hiervoor veel duidelijkheid biedt. De huisartsen gaven aan dat als een (ernstig) obees kind op het spreekuur komt ze vaak niet voor het gewicht komen en het dan voornamelijk van de resterende tijd in het consult

afhankelijk of het gewicht dan ter sprake wordt gebracht. Eén huisarts streefde er naar dit wel altijd te doen en gelijk te wegen en meten.

“Ik probeer meestal wel dat weegmoment meteen te doen, omdat je ja, omdat je dan wel meteen kunt aankoppelen van ‘goh, hè, dat is misschien wel een aandachtspunt’, hè of iets, ‘en daar zou ik het graag met jullie over willen hebben, kom daar voor terug’.” (Huisarts 1)

Alle huisartsen vonden het lastig om het gewicht te bespreken. Redenen zijn dat de huisarts er zelf over moet beginnen, het een gevoelig onderwerp is en negatieve aandacht voor ouders en kinderen en ook een nieuwe afspraak gemaakt moet worden waarvoor ouders wel gemotiveerd moeten worden in enkele minuten en de huisarts vaak weinig te bieden heeft aan een kind. Alle huisartsen misten informatie over wat de JGZ al gedaan heeft voor een kind, en welke JGZ-arts dit dan was.

“En ik wat ik nog wel eens frustrerend vind dat ik denk van ja hoe zit dat nou bij de JGZ. Want dan denk ik van daar zijn ze natuurlijk eigenlijk, daar worden groeicurves natuurlijk bijgehouden, van wat is daar dan gedaan en daar mis ik dan wel eens van ja moet ik daar, moet je dat dan nu gaan benadrukken weer, hè of niet. Hè wat voor een actie is er vanuit de JGZ gedaan.” (Huisarts 1)

Doordat de JGZ kinderen rechtstreeks doorverwijst naar de kinderarts en de huisartsen hier vaak niet van op de hoogte worden gesteld zijn ze zich ook minder bewust hoe vaak (ernstige) obesitas voorkomt. Twee huisartsen waren het er over eens dat huisartsen wel de goede persoon zijn om het gewicht te bespreken.

“Omdat je natuurlijk al een wat langere band hebt met ouders dat ze daar toch ook wel van je willen aannemen zeg maar.” (Huisarts 2)

In beide huisartspraktijken werd het BMI vergeleken met de waarden in een BMI-tabel. Heeft een kind ernstige obesitas dan verwijzen de huisartsen vervolgens door naar de kinderarts. In de ene praktijk gebeurde dit voor de comorbiditeitscheck, in de andere praktijk meer voor de behandeling.

“Bij ernstige obesitas wel, ja, ja, want ik denk dat dat buiten de, ik denk dat dat buiten de eerste lijn valt. Kijk, je kan natuurlijk wel wat onderzoek doen hè BMI, buikomvang, glucose,

dat soort dingen, maar ik denk dat de kans dat bij ernstige obesitas dat je dat lukt in de eerste lijn, dat dat lastig is. En ik denk ook wel dat er met ernstige obesitas dat er vaak al dingen zijn geweest in de eerste lijn, hè dat ze al het een en ander geprobeerd hebben.” (Huisarts 2)

Een huisarts gaf aan dat als een kind verwezen wordt naar de kinderarts de huisarts niet weet of het kind daar ook aankomt. Deze huisarts licht de kinderarts ook niet in over de verwijzing. De huisartsen gaven aan voldoende informatie per brief terug te krijgen van de kinderarts. Geen van de huisartsen roept een kind weer op nadat ze verwezen zijn naar de kinderarts. Als het kind weer een keer bij de huisarts op het spreekuur komt voor een andere zorgvraag dan vragen alle huisartsen wel na hoe het bij de kinderarts geweest is.

Een huisarts gaf aan dat veel huisartsen deels de inhoud van de NHG-standaard obesitas wel kennen maar nog niet van alles op de hoogte zijn, met name niet van de verwijzingsmogelijkheden in hun regio. Een andere huisarts gaf aan dat er momenteel gebrek is aan wat zij noemde probleemeigenaarschap: het is niet duidelijk wie de hoofdbehandelaar is, wie actief kijkt of er iets gedaan wordt met het gewicht van een kind en wie het kind vervolgt.

3.2.1.2. Behandeling

De huisartsen waren van mening dat ernstig obese kinderen bij de kinderarts thuishoren en niet bij de huisarts. Maar dat betekent niet dat kinderen altijd tevreden terugkomen van de behandeling door de kinderarts en dat de huisarts er zelf tevreden over is.

“Goh hè jullie zijn toen daar geweest maar ik lees hier in de brief dat jullie niet meer wilden komen, wat is er dan gebeurd?’ Ja weet je, dan wordt het maar zo, laten ze het maar gewoon zo hangen en voor mijn gevoel ook vanuit poliklinieken ook. En dan blijft het eigenlijk een beetje in het luchtledige, en dan ja het is een beetje dan aan mij toevallig maar dan moet ik dat heel actief aankaarten weer wil er wat mee gaan gebeuren. Dus ik mis daar dan wel een beetje een soort keten, mis ik daar dan wel weer.” (Huisarts 1)

3.2.2. Toekomst

3.2.2.1. Diagnostiek

De JGZ mocht van enkele huisartsen ernstig obese kinderen rechtstreeks blijven verwijzen naar de kinderarts omdat de huisartsen zelf niets voor deze kinderen denken te kunnen betekenen, maar de huisartsen willen wel van deze verwijzing op de hoogte worden gesteld. Daarnaast had een andere huisarts sowieso behoefte aan inzicht in wat de JGZ al met het gewicht van een kind gedaan heeft en welke JGZ-arts het kind behandelt. Hiervoor zouden standaardbrieven die elektronisch worden verstuurd al voldoende zijn. Alle huisartsen zagen als voordeel dat ze dan hun betrokkenheid kunnen tonen als het kind bij hun op het spreekuur komt en het kunnen benoemen en behandelen als medehulpverlener. Daarnaast vond één huisarts het fijn op deze manier de centrale figuur te blijven die overziet waar kinderen in zorg zijn. Enkele huisartsen willen bij verwijzing naar de kinderarts door JGZ of de huisarts ook dat de kinderarts geïnformeerd wordt en alle huisartsen willen dat deze laat weten of een kind aankomt in het ziekenhuis of niet.

Enkele huisartsen dachten dat het protocol dat zij momenteel samen met de JGZ ontwikkelen om de (keten)zorg voor obese kinderen te organiseren in het gezondheidscentrum positieve gevolgen zal hebben. Ze verwachtten dat de bewustwording van het probleem onder de huisartsen zal groeien en doordat ze de kinderen iets te bieden hebben het gewicht makkelijker besproken zal worden. De andere huisarts had behoefte aan stedelijke of regionale afspraken over de zorg voor kinderen met obesitas om zo tot ketenzorg te komen waarbij duidelijk is wie wat doet. Volgens deze huisarts was de JGZ geschikt als hoofdbehandelaar omdat zij meer kinderen zien dan de huisarts, meer kinderen er uit pikken en meer zijn ingericht op deze zorg dan huisartsen door de preventie die ze al bieden. De kinderarts zou hoofdbehandelaar kunnen worden zodra de kinderen daar in zorg zijn.

3.2.2.1. Begeleiding

Voor de follow-up van de behandeling kon volgens Huisarts 1 zowel gedacht worden aan de JGZ als aan een huisarts met de praktijkondersteuner van de huisarts (POH). Voordelen van de POH zijn dat

deze een redelijk vast duo vormt met een huisarts en dat zij de kinderen ook nog zien nadat ze achttien worden, in tegenstelling tot de JGZ. De andere huisartsen zagen hun rol in de toekomst als centrale zorgverlener op het moment dat ernstige obesitas net als andere chronische ziekten onder controle komt bij de huisarts nadat mensen goed zijn ingesteld bij de specialist.

H2: "Zie je meer een actieve behandelende rol dan denk ik kinderarts, maar als je zegt van meer de centrale rol die overziet waar kinderen lopen en wat er allemaal speelt en hoe het op school gaat en dat soort dingen, dan is daar de huisarts natuurlijk wel heel erg geschikt voor want in principe heb je als huisarts natuurlijk wel volledige informatie over alles."

H3: "Ja, denk ik ook. Ja ik denk dat je het een beetje moet zien als iemand is voor iets naar de cardioloog geweest, helemaal prima ingesteld, en de rest is toch het hele plaatje is dan weer terug bij de huisarts. Op die manier kun je bij die kinderen ook zien dat ze wel gewoon voor het hele begintraject bij de kinderarts doen." (Huisartsen 2 (H2) en 3 (H3))

Deze huisartsen gaven aan hiervoor hulp nodig te hebben van een POH obesitas. Volgens alle huisartsen kan de POH de kinderen dan actief oproepen en stimuleren en de sociale kaart kennen.

3.3. Kinderartsen uit de 2^e en 3^e lijn

3.3.1. Huidige zorg

3.3.1.1. Diagnostiek

In de focusgroep werd verteld dat kinderartsen altijd het overgewicht of de obesitas signaleren en benoemen als een kind voor een andere zorgvraag op hun spreekuur komt in het ziekenhuis. In het gesprek over de relatie met de JGZ en huisartsen werd uitgesproken dat de rol van deze zorgverleners groter zou mogen zijn. Na signalering wordt bij de kinderarts onderzocht of er een medische oorzaak is van de (ernstige) obesitas van een kind en of er sprake is van comorbiditeit. Wel gebruiken de kinderartsen verschillende criteria om de diagnose ernstige obesitas te stellen, namelijk de z-score per leeftijd, standaarddeviatie in de groeicurve of op basis van het BMI gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Daarna stellen ze allemaal een behandelplan op uit (elementen) van de

behandeling die het ziekenhuis zelf biedt of één of meerdere programma's in de 1^e lijn, afhankelijk van wat het kind en de ouders nodig hebben om de leefstijl van het kind te verbeteren.

3.3.1.2. Behandeling

De eigen motivatie van kinderen (of ouders) werd genoemd als een knelpunt omdat kinderen zelf hun gedrag moeten willen veranderen en dat het team ze daarbij slechts kan ondersteunen. Hoewel ook gezegd werd dat als kinderen eenmaal de stap naar de kinderarts gemaakt hebben ze wel gemotiveerd zijn. Maar de ervaring blijkt dat mensen heel verschillend gemotiveerd zijn en daarnaast soms erg hoge verwachtingen hebben. Het gebrek aan motivatie wat kinderartsen ervaren zou mogelijk verklaard kunnen worden doordat er vaak multi-problematiek speelt bij een kind of gezin waardoor de (ernstige) obesitas niet de prioriteit heeft die de kinderarts zou willen.

Gevraagd naar de affiniteit van kinderartsen met obesitas als behandelprobleem bleken lang niet alle kinderartsen dit te hebben.

“Dus, ja, ik zie het meeste gemis, hoe krijgen we nou genoeg kinderartsen om het aantal kinderen wat het nodig heeft, of gemotiveerde huisartsen, zijn er wel genoeg gemotiveerde hulpverleners voor het aantal kinderen.” (Kinderarts 1)

De laatste jaren was er wel een trend dat kinderartsen naast het doen van de comorbiditeitscheck meer hun rol zijn gaan zien in de behandeling. Maar momenteel lijkt het alsof het aantal kinderartsen dat zich er mee bezig houdt weer afneemt omdat enkele kinderartsen stoppen met hun behandeling wegens het uitblijven van het gewenste effect.

Een ander genoemd probleem is de financiering van de zorg. Artsen hebben nu al moeite om de zorg in hun ziekenhuis financieel rond te krijgen met de verzekeraars en twijfelen of hun huidige zorg houdbaar blijft in de toekomst.

De behandeling van een (ernstig) obees kind werd verschillend aangepakt. De rol van de kinderarts kan variëren van twee jaar controleren en motiveren tot wel betrokken zijn bij de behandeling

gedurende drie jaar. Er wordt langer begeleidt als een kind comorbiditeit heeft. Na deze periode zagen de kinderartsen hun behandeling in principe als afgerond en informeren ze de huisarts en, afhankelijk van de samenwerking die men heeft, ook de JGZ. In de behandelperiode moeten de kinderen geleerd hebben hoe ze om moeten gaan met moeilijke situaties, langere begeleiding leek de kinderartsen niet zinvol.

“En in die 3 jaar, kijk als het mensen zijn die er echt iets mee willen die hebben in die drie jaar echt wel iets met hun leefstijl gedaan.” (Kinderarts 1)

Als mogelijk intensiever vervolg op de behandeling bij de kinderarts in het ziekenhuis waren de kinderartsen bekend met opname in Behandelcentrum Heideheuvel. Hierbij zagen ze wel het probleem dat niet alle kinderen daar terecht kunnen. Het werd als frustrerend gezien dat juist voor de aller moeilijkste kinderen die je in uitgebreide zorg zou willen hebben er geen plek te krijgen is.

“Maar als ik in het gesprek zou denken nou hier is echt meer voor nodig, dit moet, zeg maar ja, dit moet heel anders worden aangepakt, toch residentieel, dan nemen wij contact op. Dus ik heb in de laatste jaren ook misschien wel tien kinderen of twaalf verwezen naar heideheuvel. Waarvan een deel is geaccepteerd en een deel door allerlei psychosociale omstandigheden, straatkinderen, of andere complexiteit die kon ik daar niet plaatsen.” (Kinderarts 1)

De kinderarts van Behandelcentrum Heideheuvel vertelde dat de werkwijze gebaseerd is op de aanpak van een gezin waar een kind met (ernstige) obesitas in zit en alles daaromheen. De kinderen komen vaak uit beschadigde gecompliceerde gezinnen met complexe multi-problematiek. Kinderen in de leeftijd van acht tot en met achttien jaar komen eerst voor een intake om in te schatten of de behandeling geschikt voor ze is. Vervolgens komen ze op een lange wachtlijst voordat ze in een behandelgroep van tien kinderen kunnen beginnen aan de behandeling. De behandeling is een zoektocht naar wat er bij dit gezin in de weg zit om een daling in BMI te laten slagen en om de kinderen weer de baas te laten worden over hun eigen in omvang groeiende lichaam. De kinderarts van Behandelcentrum Heideheuvel vond het soms lastig dat het programma met zo veel mensen uitgevoerd moet worden.

“En we zijn hier heel geschoold in interdisciplinair werken -hè multidisciplinair werken vinden wij met heel veel verschillende disciplines- interdisciplinair is daar waar al die disciplines in hun aanpak naadloos in elkaar grijpen, deels van elkaar over kunnen nemen, uit hun eigen schaduw kunnen stappen als dat ten behoeve van een andere discipline, ten behoeve van het gezin gewoon weer veel gunstiger is, dat noem ik interdisciplinair werken, maar het is ongelofelijk moeilijk. Het kost eigenlijk heel veel tijd die er dan niet is, want dat is inproductieve tijd zegt iedereen, terwijl het echt nodig is.” (Kinderarts 8)

Kinderen worden voor drie maanden opgenomen waarbij ouders één tot twee keer per week voor groeps- en gezinsbehandeling naar Behandelcentrum Heideheuvel komen.

Tijdens de behandeling vond de kinderarts van Behandelcentrum Heideheuvel het lastig dat ze geen zorg thuis kunnen bieden, gezinnen vinden het namelijk lastig om de geleerde theorie in de praktijk thuis toe te passen. Daarnaast is er niemand anders die de kennis heeft hoe deze kinderen het beste behandeld kunnen worden en binnen Behandelcentrum Heideheuvel zijn er geen financiële middelen om te experimenteren met behandelingen. Na afloop van de opname komen gezinnen eerst iedere twee weken één dag terug voor behandeling, later één keer per maand. Volgens de kinderarts van Behandelcentrum Heideheuvel zou vervolgens de zorgverlener die het kind naar Behandelcentrum Heideheuvel verwezen heeft de zorg weer over moeten nemen. Dit bleek volgens een kinderarts die al enkele kinderen verwezen heeft niet altijd het geval te zijn omdat de kinderen niet meer terugkwamen bij de kinderarts in het ziekenhuis.

3.3.2. Toekomst

Als genoemd wordt wie de centrale zorgverlener tijdens de behandeling moet zijn dan is dat volgens Kinderarts 3 idealiter de huisarts met de POH omdat dit laagdrempelig is voor mensen en dicht bij huis. Het zou ook de JGZ-arts of helemaal iemand anders kunnen zijn, als die de kinderen maar genoeg ziet om ze in de gaten te kunnen houden en de sociale kaart kent.

3.3.2.1. Behandeling

De ideale zorg was voor de kinderartsen ketenzorg waarbij in praktische richtlijnen beschreven staat wie welke kinderen met een gewichtsprobleem gaat behandelen, hoe ze behandeld moeten worden en hoe ze geleidelijk teruggaan naar andere niveaus in de zorgketen. Hiervoor zijn verschillende zaken nodig: (financiële) middelen, tijd om het netwerk voor de ketenzorg op te zetten en te onderhouden en coördinatie van de zorg. Gedacht wordt dan aan dat zorgverleners van elkaar weten wat ze doen, waar het kind in zorg is en of dit effectieve zorg is, maar ook aan ondersteuning van het gezin in de logistiek in het dagelijks leven, zoals papieren invullen voor de sportclub of iemand die de kinderen thuis ophaalt om met ze te gaan bewegen.

De zorg zal naar verwachting van de kinderartsen in de toekomst schraler worden en de financiering zal ontoereikend zijn om de huidige zorg te kunnen voortzetten, dus de zorg zal anders ingericht moeten worden. Geopperde mogelijkheden zijn meer obesitas poliklinieken of 1,5^e lijns gezondheidscentra gespecialiseerd in obesitas bij kinderen. In deze centra zal af en toe de kinderarts aanwezig zijn maar zal de zorg grotendeels worden uitgevoerd door de huisarts en andere (goedkopere) zorgverleners. De huisarts heeft hier dan wel ondersteuning van een POH bij nodig. Een kinderarts vroeg zich af of deze zorg ook voor kinderen met ernstige obesitas wel toereikend zal zijn. Sommigen waren hier wel enthousiast over waarbij een aantal argumenten werden genoemd: in de centra kan de juiste expertise neergezet worden, in de praktijk verschilt de aanpak niet voor een kind met een BMI van 30 of 40 kg/m² en zorg dichtbij huis in een vertrouwde omgeving door een huisarts die het systeem kent kan juist een voordeel zijn voor de moeilijk behandelbare ernstig obese kinderen. Nog een argument dat aangedragen werd was dat doordat veel kinderen de 1,5^e lijns zorg in gaan er bij de kinderartsen meer ruimte kan komen om kinderen met ernstige obesitas goed te behandelen. Men was het er over eens dat de kinderartsen wel een (coördinerende) rol moeten blijven spelen in de zorg voor ernstig obese kinderen. Eén kinderarts was bang dat er misschien te weinig werk voor de kinderartsen overblijft als de ernstig obese kinderen ook naar de 1,5^e lijnszorg gaan maar deze mening deelden de anderen niet. Men zag de noodzaak van een andere inrichting

van de zorg om überhaupt als kinderarts nog werk te hebben en om (ernstig) obese kinderen goede zorg te kunnen bieden.

Voor de inhoud van de zorg zag men het belang van behandelen met aandacht voor het systeem en wilde men de kinderen en ouders de zorg geven die ze verdienen. Hierbij was de motivatie van kind en ouders belangrijk, om deze te laten stijgen sprak een kinderarts zich uit voor vraaggestuurde zorg.

“Daarbij ga je er vanuit dat je eigenlijk iedereen zou willen behandelen of iedereen zou beter moeten worden, en, ja, ik zou graag de zorg gericht willen zien voor die mensen die er graag iets aan willen doen en heb zelf zo iets van nou als je een interventie met de beste intentie en geld en energie en dat je daar ook een bepaalde tijdsduur voor moet afspreken en als dat geen [WLS: effect heeft], ja, je kan het toch niet afdwingen.” (Kinderarts 1)

Zelfs met vraaggestuurde zorg zal er een groep kinderen zijn waarbij een behandeling gericht op leefstijlverandering niet gaat werken. Voor deze groep zal mogelijk meer bariatrische chirurgie gaan plaatsvinden bij de groep kinderen vanaf 16 jaar. Hoewel niet iedereen het daarover eens is.

“Ik vind het een falen van wat wij te bieden hebben dat je je, de uitweg moet nemen van chirurgie. Dat we niet zeggen dat het nooit een plek kan hebben, maar bij kinderen zeg ik vooralsnog, nou ja, als je het dan doet dan zou je moeten nadenken van, hoe zet je het in. Ik heb wel eens gedacht van, wat zou het voor zo’n kind nou heerlijk zijn om al die rottige kilo’s snel eens even kwijt te raken, terwijl je ondertussen bezig bent met het oplossen van alle problemen, en het bouwen van iedereen en dat je het daarna naadloos opvangt, zo zou ik het dan nog wel, nou, ja, willen bekijken van, helpt dat nu. Het lost natuurlijk nul probleem op maar geeft zo’n kind wel even letterlijk en figuurlijk verlies van ballast, maar dan zet je dus op een hele andere manier dan zoals de chirurgen dat voor ogen zien.” (Kinderarts 8)

Naast de reguliere zorg dacht men ook aan gebruik van sociale media ter ondersteuning van de behandeling en om kinderen onderling in contact te laten komen.

Er werd benadrukt dat Behandelcentrum Heideheuvel moet blijven bestaan zodat de kinderartsen uit de ziekenhuizen nog een verwijskanaal hebben en de kinderen toch intensieve zorg kunnen krijgen.

De toekomstige zorg op Behandelcentrum Heideheuvel wenst de kinderarts van Behandelcentrum

Heideheuvel ook aan te kunnen bieden voor jonge kinderen en voor jongvolwassenen boven de 18 jaar. Daarnaast zouden meer kinderen opgenomen moeten kunnen worden en meer geëxperimenteerd kunnen worden met nieuwe behandelmethoden zodat er sneller diverse methoden gevonden worden om zorg op maat te kunnen bieden. Om na de behandeling een vloeiende overgang naar de thuissituatie te creëren is er behoefte aan zorg thuis tijdens de behandeling op Behandelcentrum Heideheuvel zodat de situatie daar intussen ook verbeterd. Hiervoor zouden volgens de kinderarts van Behandelcentrum Heideheuvel samenwerkingsovereenkomsten moeten worden gesloten met algemeen maatschappelijk werk die de optimale hulp kan brengen rond het kind en gezin zodat zij in de thuissituatie de theorie geleerd op Behandelcentrum Heideheuvel ook in de praktijk kunnen brengen.

3.3.2.2. Begeleiding

Men was heel verschillend van mening over of er na behandeling door een kinderarts nazorg moet worden geboden. De een vond dat er wel een aanspreekpunt moet blijven voor de kinderen en ouders. De ander vond dat er zolang als nodig is een centraal persoon moet zijn die het gezin mee helpt het gewicht te managen in het dagelijks leven. Deze persoon hoeft niet per se iemand uit de zorg te zijn.

3.4. Professionaliteit

Motiverende gespreksvoering heeft de zorgverleners veel opgeleverd of ze verwachten dat het ze zal helpen in hun gespreksvoering met (ernstig) obese kinderen en hun ouders.

“Ik heb voordat ik dit programma heb gestart een extra cursus motivational interviewing gedaan. En dat is meer om de, om gesprekstechnieken die wij als kinderarts sowieso al wel beheersen denk ik, om die nog wat aan te scherpen, en vooral ook om mezelf gemotiveerd te blijven ook te behouden.” (Kinderarts 2)

Zorgverleners hadden zelf geen volledig beeld wat er allemaal aangeboden wordt qua zorg en activiteiten of projecten in de omgeving waar het kind woont, ze missen kennis over de sociale kaart. Verder blijkt dat zorgverleners niet altijd de werkzaamheden, mogelijkheden en expertise van andere zorgverleners in de zorgketen kennen.

“En ik denk dat als er meer bekendheid is over en weer, ook in deze, van wat, wat we kunnen, zeg maar, dat het dan, dat het dan ook makkelijker gaat, dat het dan dichterbij komt en dat JGZ gewoon wat meer meespeelt, want dat is een beetje wat ik mis. Dat ik denk van nou oké, ze kunnen eigenlijk veel meer en heel veel mensen weten eigenlijk niet wat ze allemaal doen.”
(JGZ-arts 1)

3.5. Contextuele aanpak

Obesitas was volgens zorgverleners niet alleen een zorgprobleem.

“Maar want ik denk wel, hè want dat is natuurlijk ook het hele grote probleem hiermee, het is ook echt een maatschappelijk probleem, het is niet maar alleen maar iets van de zorgverleners. Hè maar dat zit ook echt heel erg in de opvoeding, in scholen en noem maar op.” (Huisarts 1)

De omgeving van een kind stimuleert momenteel niet om een gezonde leefstijl te hebben waardoor kinderen makkelijker dik worden. De zorgverleners vonden dat er met preventie veel meer winst te behalen valt dan met de behandeling van ernstige obesitas. Hiervoor zou voorlichting gegeven moeten worden wat gezonde voeding is, zou reclame voor ongezonde voeding moeten worden beperkt en zou de omgeving van een kind zo ingericht moeten worden dat lichaamsbeweging gestimuleerd wordt. Door de huidige generatie een gezonde leefstijl aan te leren was er de hoop dat de volgende generatie dit zelf gaat oppakken.

4. Discussie

De ernstige obesitas van een kind wordt nu vaak gesignaleerd door de JGZ of de huisarts, deze verwijzen het kind door naar de kinderarts. De kinderarts stelt de diagnose en onderzoekt medische oorzaken en aanwezigheid van comorbiditeit. De behandeling kan bestaan uit een programma in het ziekenhuis of één of meerdere programma's in de 1^e lijn, opname in Behandelcentrum Heideheuvel is ook nog een optie. Na de behandeling is er momenteel geen begeleidingsfase die de kinderen ondersteunt om de geleerde leefstijl voor te zetten. In het gehele traject van diagnostiek, behandeling en begeleiding is momenteel voor de zorgverleners onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en men is slecht op de hoogte van wat andere zorgverleners doen voor een kind. Er is behoefte aan ketenzorg met praktische richtlijnen en goede onderlinge communicatie. Verschillende zorgverleners zien in de toekomst een grotere rol weggelegd voor de JGZ of de huisarts met de POH in de behandelings- en begeleidingsfase.

Ketenzorg zou de ideale zorg zijn volgens de zorgverleners en kan leiden tot een verbetering in de kwaliteit van de zorg (Drewes, e.a., 2008), maar momenteel staan gebrekkige communicatie en onduidelijkheid over wie waar verantwoordelijk voor is dit in de weg. Derksen, Brink-Melis, Westerman, ten Dam, Seidell & Visscher (2012) beschreven reeds dat in obesitaszorg voor volwassenen niemand zich verantwoordelijk voelt voor het complete proces van integrale zorg.

Voor de huisartsen bleek het lastig om over het gewicht te beginnen als een kind daar niet voor op het spreekuur komt. Dit bevestigt andere studies waarin huisartsen aangaven het gewicht als een gevoelig onderwerp te beschouwen en het moeilijk te vinden om obesitas bij kinderen ter sprake te brengen (Derksen, e.a., 2012; Paulis, de Jong, van Avendonk, Boukes, & van der Wouden, 2012).

Naast de huisartsen signaleren de JGZ-artsen ook ernstige obesitas bij kinderen maar van deze signalering zijn de huisartsen vaak niet op de hoogte. Beide zorgverleners proberen vervolgens de ouders en het kind te motiveren om langs te gaan bij de kinderarts. De vraag is wel of het kind daar ook aankomt, men weet dit vaak niet en informeert de kinderarts niet over de verwijzing. Het gebrek

aan motivatie van de ouders en het kind om te veranderen is een struikelblok voor zowel de geïnterviewde als andere zorgverleners (Brink, in press; Grêaux, 2011; Schwiebbe, e.a., 2010). Hierbij denkt men wel profijt te (kunnen) hebben van motiverende gesprekstechnieken.

Tijdens de behandeling door de kinderarts worden de huisartsen genoeg geïnformeerd maar krijgen de JGZ-artsen vaak geen feedback over het kind dat zij verwezen hebben. Een andere organisatie van de zorg voor kinderen met (ernstige) obesitas in 1,5^e lijns gezondheidscentra in de wijk zou de behandeling goedkoper kunnen maken en toegankelijker voor ernstig obese kinderen. Hiervoor zouden de (financiële) middelen beschikbaar moeten zijn. Hoe andere zorgverleners dan de geïnterviewde kinderartsen en enkele huisartsen denken over 1,5 lijnszorg is niet bekend, dit zou in vervolgonderzoek uitgezocht moeten worden. Zoals eerdere studies ook al benoemden moet het gezin betrokken worden in de inhoudelijke behandeling (Knowlden & Sharma, 2012; Shrewsbury, Steinbeck, Torvaldsen, & Baur, 2011). Zo mogelijk moet naast het gezin ook de bredere omgeving van het kind betrokken worden. Voor de praktische invulling zouden hiervoor meer zorgverleners betrokken moeten worden dan de JGZ-, huis- en kinderartsen die nu geïnterviewd zijn. In toekomstig onderzoek kan uitgezocht worden hoe deze andere uitvoerende zorgverleners hun rol zien. Voor de kinderen die echt intensieve zorg nodig hebben moet opname in Behandelcentrum Heideheuvel mogelijk zijn, waarbij leeftijd of aanwezige problematiek geen belemmering mag zijn. Idealiter wordt er in de periode van opname ook thuis ondersteuning geboden om het gezin de geleerde theorie thuis in de praktijk te laten brengen.

Na afloop van de behandeling vindt er geen actieve terugverwijzing plaats naar de JGZ of huisartsen waardoor er geen begeleidingstraject gaat lopen, in een eerdere studie was er ook weinig sprake van monitoring (Brink, in press). Om tot ketenzorg te komen zou er een centrale persoon moeten zijn die overziet waar en of kinderen in zorg zijn, die de gezinsituatie kent en aanspreekpunt is voor zowel het gezin als de zorgverleners. Hiervoor moet deze persoon de kinderen actief oproepen en op de hoogte zijn van de sociale kaart. Andere zorgverleners kunnen dan de actieve rol in de behandelings-

en begeleidingsfase vervullen. Het PON noemt deze centrale persoon in de Zorgstandaard Obesitas (2010) en het addendum hierbij (Halberstadt & Seidell, in press) ook wel centrale zorgverlener. Zowel de JGZ-artsen als de huisartsen vonden zichzelf geschikt om deze centrale zorgverlener te zijn. Voor de continuïteit van de zorg gedurende het leven van een ernstig obees kind zou dit het beste een huisarts met een POH kunnen zijn maar voor voldoende informatie over het kind (zoals groeidiagrammen) en zorgaanbod zouden zij kunnen samenwerken met de JGZ.

Indrukken over de organisatie van de huidige zorg, knelpunten hierbij en wensen voor de toekomst zijn verkregen middels interviews en waar mogelijk verdiept in de focusgroep. De data is verzameld bij drie verschillende beroepsgroepen en waar mogelijk is binnen de beroepsgroepen gezocht naar zorgverleners die in hun dagelijkse praktijk een diversiteit aan ervaringen en wensen konden hebben. Middels deze triangulatie is getracht de kwaliteit van het onderzoek te verbeteren (Mays & Pope, 1995). De drie groepen zorgverleners zijn relevant geacht omdat bij ieder ernstig obees kind één van deze disciplines bepaalt welke zorg geïndiceerd en wie deze gaat uitvoeren. De benaderde zorgverleners waren allemaal direct of indirect gerelateerd aan het PON en erg betrokken bij de zorg voor (ernstig) obese kinderen. Hierdoor zagen ze in dat zij een rol moeten spelen in deze zorg en waren zij waardevolle bronnen van informatie om hun visie te geven op de toekomstige zorg (Mays & Pope, 1995). Zoals door enkele geïnterviewde zorgverleners benoemd zullen er ook zorgverleners zijn die minder betrokken zijn en daardoor mogelijk een andere visie op de huidige en toekomstige zorg hebben, er is mogelijk sprake van selectiebias (Mays & Pope, 1995). Daarnaast was dit onderzoek gericht op de zorg in de regio Amsterdam en de visie van zorgverleners kan anders zijn in andere regio's in Nederland waar de huidige zorg mogelijk anders georganiseerd is. De hier beschreven studie zou voor deze regio's als voorbeeldstudie kunnen dienen om daar uit te zoeken hoe de huidige zorg ervaren wordt en wat de wensen voor de toekomst zijn.

Opvallend was dat gevraagd naar de zorg die de betreffende zorgverlener verleent voor ernstig obese kinderen de zorgverlener overging op wat de zorgverlener met zijn of haar team doet voor alle

patiënten met een gewichtsprobleem. Er is geprobeerd om de visie specifiek voor de zorgverlener zelf en voor ernstig obese kinderen uit te vragen.

Daarnaast is opmerkelijk dat er zelfs bij de betrokken zorgverleners uit dit onderzoek twijfels bestonden of de beschreven ketenzorg wat oplevert voor ernstig obese kinderen. Het is een complex probleem waar geen simpele oplossing voor is, waarbij zelfs Behandelcentrum Heideheuvel nog steeds geen ideale manier gevonden heeft. Het was maar de vraag of het financieel op te brengen is om de zorg voor ernstig obese kinderen zo in te richten en de zorgverleners vroegen zich dan ook af of het geen betere investering is om de (ernstige) obesitas te voorkomen door preventief de omgeving van kind aan te passen.

4.1. Aanbevelingen

Er moet ketenzorg komen voor kinderen met (ernstige) obesitas met praktische richtlijnen waarin beschreven staat welke zorgverlener wat wanneer moet doen.

In deze ketenzorg moet er een centrale zorgverlener komen die overziet waar de kinderen in zorg zijn en tussen het gezin en de zorgverleners in staat.

Deze rol kan zowel door de JGZ als een huisarts met POH worden vervuld. Hier zou idealiter een samenwerking kunnen ontstaan waarbij de huisarts met POH als vast duo in de diagnostiek-, behandelings- en begeleidingsfase kinderen oproept en overziet en controleert waar kinderen (en later volwassenen) in zorg zijn waarbij de JGZ in alle fasen zijn kennis over de sociale kaart, aanbod en gegevens over het kind ter beschikking stelt.

Om de zorg betaalbaar te houden moeten er 1,5^e lijns gezondheidscentra worden ingericht waar ernstig obese kinderen dichtbij huis behandeld kunnen worden door zorgverleners met de juiste expertise. Hierbij moet de kinderarts een controlerende en coördinerende rol houden.

Zorgverleners hebben allemaal de taak om elkaar op de hoogte te houden over waar een kind in zorg is, wat er vervolgens gebeurt, de volgende zorgverlener te informeren als het kind verwezen wordt

en elkaar te informeren of het kind ook bij deze zorgverlener aankomt. Zorgverleners kunnen elkaar informeren middels digitale of papieren brieven en telefonisch. Hiervoor moet contactinformatie van zorgverleners beschikbaar komen en up-to-date worden gehouden.

5. Conclusie

De ideale zorg voor kinderen met ernstige obesitas is ketenzorg. Momenteel staan voornamelijk gebrekkige communicatie tussen zorgverleners en onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is ketenzorg in de weg. In de toekomst moeten er praktische richtlijnen komen die wanneer wat doet voor een ernstig obees kind. Daarnaast is het de taak van alle zorgverleners om elkaar op de hoogte te houden waar een kind in zorg is en wat ze doen voor het kind. Een centrale zorgverlener kan hierbij de ketenzorg bevorderen door het overzicht te houden en tussen het gezin en de zorgverleners in te gaan staan, dit kan het beste de huisarts met een praktijkondersteuner zijn. De behandeling van kinderen met ernstige obesitas zal gaan verschuiven van de tweede lijn naar de nog op te richten 1,5^e lijns gezondheidscentra.

6. Dankbetuigingen

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de Amsterdamse jeugdgezondheidszorg, huisartsen en kinderartsen uit de ziekenhuizen en Behandelcentrum Heideheuvel in Hilversum.

7. Literatuurlijst

- Brink, W. (in press). The local implementation of a chronic disease management model for childhood overweight and obesity. *Obesity Facts*.
- Derksen, R., Brink-Melis, W., Westerman, M., ten Dam, J., Seidell, J., & Visscher, T. (2012). A local consensus process making use of focus groups to enhance the implementation of a national integrated health care standard on obesity care. *Family Practice*, 29, i177-i184.
- Drewes, H. W., Boom, J. H. C., Graafmans, W. C., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2008). Effectiviteit van disease management. Een overzicht van de (internationale) literatuur. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Grêaux, K. M. (2011). SO die BOEPZZTT. Aanbevelingen voor het Amsterdamse overbruggingsplan overgewicht voor kinderen van 4-12 jaar. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Greenhalgh, T., & Taylor, R. (1997). How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ*, 315, 740-743.
- Halberstadt, J., & Seidell, J. C. (in press). Addendum ernstige kinderobesitas bij de Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Kist-van Holthe, J. E., Beltman, M., Bulk-Bunschoten, A. M. W., L'Hoir, M., Kuijpers, T., Pijpers, F., e.a. (2012). JGZ-richtlijn overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).
- Knowlden, A. P., & Sharma, M. (2012). Systematic review of family and home-based interventions targeting paediatric overweight and obesity. *Obesity Reviews*, 13(6), 499-508.
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *BMJ*, 311(6997), 109-112.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320, 50-52.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2010). NHG-standaard Obesitas. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Partnerschap Overgewicht Nederland. (2010). Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam.
- Paulis, W., de Jong, A., van Avendonk, M., Boukes, F., & van der Wouden, H. (2012). Kinderen met obesitas in de huisartsenpraktijk. Een online onderzoek onder huisartsen. *TSG*, 90(3), 171-175.
- Schwiebbe, L., Talma, H., van Mil, E., Fetter, W., Hirasing, R., & Renders, C. (2010). Inventarisatie van interventies voor 0-23 jarige kinderen met overgewicht en obesitas. Den Haag: ZonMW.
- Seidell, J., Halberstadt, J., Noordam, H., & Niemer, S. (2012). An integrated health care standard for the management and prevention of obesity in The Netherlands. *Family Practice*, 29(Suppl 1), i153-i156.
- Shrewsbury, V. A., Steinbeck, K. S., Torvaldsen, S., & Baur, L. A. (2011). The role of parents in pre-adolescent and adolescent overweight and obesity treatment: a systematic review of clinical recommendations. *Obesity Reviews*, 12(10), 759-769.