

De obesitascoach:

hulp voor obese kinderen en hun gezin

Een rapportage in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Amsterdam, oktober 2012

Auteurs:

Jutka Halberstadt

Brigitte Stevens

Jaap C. Seidell

Contactinformatie:

Vrije Universiteit Amsterdam

Faculteit der Aard- en Levenswetenschappen

Afdeling Gezondheidswetenschappen

De Boelelaan 1085

1081 HV Amsterdam

T: +31 20 5983676

E: j.halberstadt@vu.nl



Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Introductie.....	6
1.1 Kinderobesitas: prevalentie en gevolgen	6
1.2 De rol van het gezin.....	6
1.3 De obesitascoach.....	7
1.4 Ernstige kinderobesitas	8
1.5 Hoofdvraag en opbouw rapportage.....	9
2 Literatuurstudie naar de obesitascoach bij kinderen en hun gezin	10
2.1 Inleiding.....	10
2.2 Resultaten.....	10
2.3 Conclusie	12
3 De obesitascoach bij kinderen in de Nederlandse praktijk.....	14
3.1 Inleiding.....	14
3.2 Inhoud programma's.....	16
3.2.1 Inhoud programma's.....	16
3.2.2 Gewenste inhoud programma's.....	17
3.3 Opleiding en competenties	18
3.3.1 Opleiding	18
3.3.2 Competenties	19
3.3.3 Gewenste opleiding en competenties.....	19
3.4 Samenwerking en doorverwijzing	21
3.4.1 Samenwerking.....	21
3.4.2 Doorverwijzing.....	21
3.5 Doelgroep	22
3.5.1 Leeftijd.....	22
3.5.2 Gewichtsklasse	22
3.5.3 Exclusiecriteria.....	22
3.6 Evaluatie	23
3.7 Vergoeding	24
3.8 Meerwaarde ten opzichte van bestaande programma's	25
3.9 Belemmeringen	26
3.10 Samenvattende tabel	28

3.11	Conclusie	32
4	Een vragenlijstonderzoek naar de relatie ouder en kind	34
4.1	Inleiding	34
4.2	Methode	34
4.3	Resultaten.....	36
4.4	Discussie	36
4.5	Conclusie	37
5	Discussie, conclusie en aanbevelingen.....	38
5.1	Discussie	38
5.2	Conclusie en aanbevelingen	39
	Bronnen	41
	Bijlage 1: Zoekstrategie	43
	Bijlage 2: Terminologie	46

Voorwoord

De voor u liggende rapportage gaat over de meerwaarde van obesitascoaches bij de behandeling van (ernstig) obese kinderen en hun gezin. Deze rapportage is gebaseerd op het verslag van de afstudeerstage van Brigitte Stevens, student van de master gezondheidswetenschappen aan de Vrije Universiteit Amsterdam, in 2011. Op basis van literatuurstudie, praktijkvoorbeelden en vragenlijstonderzoek worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan die bij kunnen dragen aan het verbeteren van de zorg voor kinderobesitas in Nederland.

Onze dank gaat uit naar alle geïnterviewden voor de informatie die zij hebben geleverd t.b.v. deze rapportage.

De auteurs

Amsterdam, oktober 2012

1 Introductie

1.1 Kinderobesitas: prevalentie en gevolgen

Obesitas, ofwel ernstig overgewicht, is wereldwijd een groeiend probleem. Inmiddels hebben wereldwijd zo'n 500 miljoen volwassenen obesitas[1]. Obesitas bij kinderen is een van de grootste uitdagingen voor de volksgezondheid van de 21e eeuw. In Nederland is de prevalentie van obesitas bij kinderen gestegen van 0.2 naar 2.6% bij jongens en van 0.5 to 3.3% bij meisjes in de periode 1980-2003[2]. Obesitas bij kinderen hangt samen met een verhoogd risico op chronische ziekten zoals diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, gewrichtsklachten, ademhalingsproblemen en diverse psychosociale problemen[3, 4]. Bovendien hebben obese kinderen grote kans obese volwassenen te worden en is obesitas in de kindertijd voorspellend voor gezondheidsproblemen later in het leven, ongeacht het BMI op volwassen leeftijd[5-7]. Behalve dat het een negatief effect heeft op gezonde levensjaren en kwaliteit van leven, resulteert kinderobesitas ook in substantiële verhoging van het zorgverbruik en zware financiële lasten voor de maatschappij[8, 9].

1.2 De rol van het gezin

Het gezin is een belangrijke sociale factor bij het ontwikkelen van een bepaalde leefstijl. Zowel de eetgewoonten als het fysieke activiteitenpatroon worden via leerprocessen sterk bepaald door het gezin, dat zich op zijn beurt weer richt naar de cultuur van de sociale groepering waartoe het gezin behoort[10].

Het blijkt dat 'voeding' en 'opvoeding' niet los van elkaar gezien kunnen worden. De verschillende aspecten die daaraan vastzitten kunnen in enkele punten worden samengevat:

- Kinderen imiteren gewoonten van ouders via het 'observationeel leren'.
- Jonge kinderen zijn over het algemeen neo-fobisch. Dat wil zeggen: wat zij niet kennen, lusten zij niet. Hun smaak- en voedselvoorkeuren moeten zich ontwikkelen door nieuwe producten herhaaldelijk te proberen. Als dit te weinig gebeurt, zullen zij blijven 'hangen' aan zoet en vet voedsel.
- Zeuren om snoep is aangeleerd gedrag en wordt door beloning in stand gehouden. Ouders geven vaak direct toe, om conflicten te voorkomen.
- De leerprocessen rond eten zijn gecompliceerd en subtiel. Het opleggen van beperkingen met betrekking tot de voedselinname door de ouders, heeft als uitwerking dat de zelfregulatie van voedselinname niet optimaal wordt ontwikkeld.

Gevolg kan zijn dat kinderen van ouders die strenge beperkingen opleggen, in afwezigheid van de ouders en hun controle juist extra veel gaan eten. Wanneer ouders daarentegen hun kinderen een beloning in het vooruitzicht stellen voor als ze bepaald voedsel opeten, blijkt de aantrekkelijkheid van het geconsumeerde voedsel af te nemen.

- De voedselinname van kinderen over een heel etmaal gezien kan sterk afwijken van een gemiddeld eetpatroon. Het is belangrijk dat ouders de eetgewoonten en eetbehoeften van hun kind in de loop van een dag kennen. Pas dan wordt duidelijk of er moet worden ingegrepen, en zo ja, waarop[10].

Ook wat betreft het lichamelijke activiteitenpatroon, bestaat er een verband tussen het sport- en beweeggedrag van het kind en dat van het gezin. Voornamelijk blijkt het sport- en beweeggedrag van de vader en zijn attitude ten aanzien van sporten een belangrijke factor[11, 12].

De wetenschappelijke consensus is dat een obesitasbehandeling op het hele gezin gericht moet zijn[13, 14]. Er is ook consensus dat de behandeling multidisciplinair van aard dient te zijn en bij voorkeur bestaat uit een 'gecombineerde leefstijlinterventie' die zich richt op voeding, beweging en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering[15-19]. Er dienen methodes te worden gebruikt, die het gezin motiveren om deel te nemen aan het programma en om dit ook daadwerkelijk vol te houden[15, 20].

Omdat obesitas relatief vaak voorkomt in gezinnen met een lage sociaaleconomische status, is het van belang er bij de behandeling rekening mee te houden dat het mogelijk mensen betreft die te kampen hebben met een scala aan psychosociale problemen. Dit kan een dergelijke behandeling gecompliceerd maken[21].

In Nederland zijn er momenteel verschillende initiatieven betreffende multidisciplinaire behandeling van kinderen met obesitas. Er lopen diverse behandelprogramma's. Sommige zijn georganiseerd vanuit ziekenhuizen die beschikken over een obesitas-poli voor kinderen. Hierbij is de centrale hulpverlener (de hulpverlener die centraal staat als aanspreekpunt voor het gezin tijdens de behandeling en handelt vanuit het multidisciplinaire team), vaak een kinderarts of (kinder)verpleegkundige.

1.3 De obesitascoach

Een relatief nieuwe ontwikkeling is de inzet van obesitascoaches bij de gezinsbehandeling van kinderen met obesitas. Deze kan een rol spelen bij de begeleiding van kinderen en hun ouders bij het aanleren en volhouden van gedragsverandering op het gebied van eten en bewegen.

Doel van dit onderzoek is het exploreren van de mogelijke rol van de obesitascoach in de zorg rondom kinderobesitas, zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas[15]. Hiertoe is in kaart gebracht wat er in de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur is gepubliceerd over (de effectiviteit van) de inzet van obesitascoaches bij de behandeling van kinderobesitas. Daarnaast is met behulp van interviews het huidige aanbod van obesitascoaching bij kinderen en hun gezin in Nederland geïnterviewd en is er in kaart gebracht welke ontwikkelmogelijkheden er zijn voor deze vorm van hulpverlening. De volgende thema's komen bij deze inventarisatie van de Nederlandse praktijk aan de orde:

- Competenties en opleiding van de obesitascoach;
- Rol van de obesitascoach binnen de zorgketen;
- Inhoud, de frequentie en duur van de geboden zorg;
- Doelgroep van de geboden zorg;
- Evaluatie van de geboden zorg;
- Vergoeding door verzekeraars van de geboden zorg.

1.4 Ernstige kinderobesitas

Het is van belang op te merken dat een obesitasbehandeling altijd dient te worden aangepast aan de ernstgraad van het overgewicht[15]. De vraag is dan ook of de inzet van obesitascoaches geschikt is voor zowel obese kinderen als voor ernstig obese kinderen. Deze laatste groep heeft mogelijk andere wensen en behoeften.

Om hier meer zicht op te krijgen, is dit onderzoek uitgebreid met een korte vragenlijststudie bij behandelcentrum Heideheuvel (onderdeel van MEREM Behandelcentra) in Hilversum. Heideheuvel biedt behandeling met opname voor kinderen (8-18 jaar) met ernstige obesitas. Deze behandeling bestaat uit een intensief programma gedurende een jaar, waarbij de kinderen aan het begin gedurende enkele maanden op doordeweekse dagen bij Heideheuvel worden opgenomen. De behandeling is een gecombineerde leefstijlinterventie die wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team en waarin de ouders actief participeren. De kinderen die zijn toegelaten op Heideheuvel hebben meestal al verschillende pogingen ondernomen om gewicht te verliezen, maar met onvoldoende (blijvend) resultaat. Het primaire doel van de behandeling op Heideheuvel is gewichtsverlies, maar de behandeling richt zich ook op gedragsverandering die leidt tot behoud van het nieuw behaalde gewicht.

Er zijn data geanalyseerd van op Heideheuvel afgenomen vragenlijsten die informatie bieden over mogelijke problemen in de relatie tussen ouder en kind. De vraag hierbij is of de

competenties van de obesitascoaches overeenkomen met de zorg die de gezinnen volgens de vragenlijstanalyse nodig lijken te hebben.

1.5 Hoofdvraag en opbouw rapportage

De hoofdvraag van deze rapportage is als volgt: "Wat is de meerwaarde van een obesitascoach bij de behandeling van obese kinderen en hun gezin?"

De rapportage is onderverdeeld in de volgende onderdelen:

- Een (inter)nationale literatuurstudie naar de rol van een obesitascoach bij kinderen en hun gezin (hoofdstuk 2).
- De rol van de obesitascoach bij kinderen en hun gezin in de Nederlandse praktijk (hoofdstuk 3).
- Een vragenlijstonderzoek naar de relatie tussen ouder en kind bij ernstig obese kinderen (hoofdstuk 4).
- Discussie, conclusie en aanbevelingen (hoofdstuk 5).

2 Literatuurstudie naar de obesitascoach bij kinderen en hun gezin

2.1 Inleiding

Doel van de literatuurstudie is het in kaart brengen van wat er in de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur is gepubliceerd over (de effectiviteit van) de inzet van obesitascoaches bij de behandeling van kinderobesitas.

Bij het zoeken van literatuur is uitgegaan van de volgende kenmerken van de obesitascoach:

- De obesitascoach werkt zelfstandig vanuit een multidisciplinair team dat een gecombineerde leefstijlinterventie biedt die bestaat uit de componenten voeding, beweging en zo nodig psychologische ondersteuning bij gedragsverandering.
- De obesitascoach fungeert als spil tussen de hulpverleners en het kind en het gezin. De obesitascoach is voor zowel de teamleden, als voor het kind en het betreffende gezin, toegankelijk en gemakkelijk benaderbaar.
- De obesitascoach begeleidt het kind en het gezin gedurende een langere periode, die kan bestaan uit de verschillende fases van een obesitasbehandeling: de intensieve behandelfase, de onderhoudsfase (terugvalpreventie) en de fase van begeleiding voor zolang als nodig.
- De obesitascoach begeleidt het kind en het gezin bij voorkeur (ook) bij het gezin thuis. De obesitascoach krijgt zo een duidelijk beeld van de situatie waarin het kind leeft.

De volgende zoekmachines zijn geraadpleegd: PubMed, The Cochrane Library, PsycINFO, CINAHL en Google Scholar. Voor een uitgebreide beschrijving van de zoekstrategie, zie bijlage 1.

2.2 Resultaten

Studies over obesitascoaches die zelfstandig bij mensen thuis een leefstijlinterventie uitvoeren in samenwerking met een multidisciplinair behandelteam gericht op de behandeling van kinderobesitas, zijn niet gevonden.

Hoewel allerlei coachings-aspecten naar voren worden gebracht in de verschillende gevonden onderzoeken, is er nergens onderzocht wat de meerwaarde is van een obesitascoach die individueel fungeert, vanuit een multidisciplinair team, en bij gezinnen

thuis een gecombineerde leefstijlbehandeling aanbiedt. Toch zijn er verschillende voorbeelden uit de literatuur te noemen van evaluaties van programma's waarbij het begrip 'coaching' een rol speelt.

Rice et al beschrijven een gewichtsmanagementprogramma in een grootstedelijk gebied. De klinische effecten van het programma bij kinderen met overgewicht en obesitas van 7 tot 17 jaar oud worden beoordeeld. 68 kinderen met overgewicht werden ingeschreven. Het programma omvatte beweging, voedingseducatie, en begeleiding bij gedragsverandering. De interventie duurde in totaal 12 maanden met een intensieve eerste fase van 3 maanden, daarna een overgangsfase van 3 maanden en tot slot een fase met de nadruk op het volhouden van het aangeleerde gedrag van 6 maanden. Er vonden individuele sessies plaats met het kind en de ouder bij de diëtist. Daarnaast vonden er educatieve programma's plaats rondom voeding, beweging en gedragsverandering. Na afloop had 68% van alle kinderen een verlaagd BMI (gemiddeld 2,5%). De kinderen beoordeelden allen hun fitheid als verbeterd, ongeacht het BMI-verlies. Deelnemers met een verlaagd BMI, hadden ook een verbeterde lichaamssamenstelling met een verminderd vetpercentage[22].

In een ander onderzoek werd er gekeken naar het effect van ongeveer 10 coachingsgesprekken tijdens huisbezoeken bij gezinnen door een gezinsadviseur. Deze gezinsadviseur, met ervaring in huisbezoeken en een uitgebreide training, verleende adviezen en hulp bij het verbeteren van voeding en lichamelijke activiteit. Een kanttekening bij dit onderzoek is dat de interventie niet specifiek gericht was op kinderen met obesitas of overgewicht. Het onderzoek is uitgevoerd onder schoolkinderen met een gezond gewicht in de leeftijd van 7 tot 8 jaar. In dit onderzoek kwam echter wel naar voren dat coaching in combinatie met gezinsactiviteiten de gezinnen betreft in het proces van verandering en hen stimuleert om hun wekelijkse voedings- en lichamelijke activiteitsdoelen na te streven[23].

Verder is er een onderzoek dat uitgaat van een combinatie van intramurale behandeling en poliklinische behandeling bij kinderen en adolescenten met obesitas, met een minimumleeftijd van 10 jaar oud. De intramurale behandeling duurt 6 weken met behulp van een multidisciplinair team. Hierna volgt een poliklinische behandeling die bestaat uit 11 sessies van 1 uur, gedurende 10,5 maanden. Deze behandeling omvat voedingsonderwijs, gedragstherapie en advies over lichamelijke activiteit, uitgevoerd door een voedingsdeskundige of diëtist. De studie toonde significante positieve effecten van behandeling aan met betrekking tot gewichtsverlies, verandering in gedrag, lichamelijke conditie, en de ontwikkeling van de kwaliteit van het leven als gevolg van de therapie[24].

Een soortgelijk onderzoek is uitgevoerd op het gebied van een poliklinische behandeling na klinische zorg. Hierbij werd er onderzoek gedaan naar een poliklinische follow-up zorg, die wordt verleend door de huisarts na klinische opname van obese kinderen en adolescenten in de leeftijd van 9 tot 16 jaar. De interventie bestond uit 12 poliklinische consulten van 30

minuten door de huisartsen, het gebruik van een modulair overleg en een via internet verlopend trainingsprogramma. De duur van het programma was een jaar. Uit het onderzoek kon geconcludeerd worden dat deze poliklinische ingreep geen significante verbetering oplevert op langere termijn. Een multidisciplinaire ambulante nazorg in groepen met het deelnemen van ouders, wordt aanbevolen[25].

Een ander bekend concept, dat speciaal ontwikkeld is voor kinderen met diabetes mellitus type II, is het 'Today Lifestyle Program'. Omdat dit programma is ontwikkeld voor kinderen met diabetes is het net als bij obesitasbegeleiding gericht op gewichtsafname. Hierbij is er begeleiding door persoonlijke activiteiten- en voedingsbegeleiders. De doelgroep bestaat uit kinderen en adolescenten van 10 tot 17 jaar met diabetes. Het is een programma dat bestaat uit 3 verschillende fasen. In de eerste periode vindt een wekelijks consult plaats. Hierbij wordt ingegaan op gezond eten, fysieke activiteit, het ondersteunen van het gezin, onderwijs en cognitieve gedragsveranderingstechnieken om gewichtsverlies te vergemakkelijken. Hierna volgen om de week consulten waarin wordt gewerkt aan gewichtsbehoud en vaardigheden zoals zelfmonitoring van gewicht, terugvalpreventie en de inschakeling van ondersteuning bij gewichtscntrole. Na een jaar volgt er een traject, waarin het volhouden van gedragsverandering voorop staat. Aanmoediging tot een steeds actievere rol van gewichtscntrole en de toepassing van probleemoplossende vaardigheden binnen en tussen de TLP-bezoeken door, zijn belangrijke factoren om een gezonde levensstijl te behouden. Dit alles wordt uitgevoerd door speciaal voor het programma opgeleide 'persoonlijke activiteit- en voedingsbegeleiders'. Het programma duurt minimaal 2 jaar[26].

Het laatste programma dat hier nog wordt toegelicht, is een programma gericht op gezinnen waarbij enkel het voedingspatroon onder de aandacht komt. Binnen dit programma worden gezinnen geacht een eetdagboek via internet bij te houden. Daarbij krijgt de interventiegroep maandelijkse telefonische begeleiding gedurende 30 minuten om voedselgewoonten te analyseren en hun dieetplan te bespreken. Dit programma duurde 8 maanden. De controlegroep kreeg geen interventie. De doelgroep waren gezinnen met schoolkinderen tussen de 7 en 9 jaar oud. Hierbij was het doel om te testen of zowel de ouders als de kinderen, hun voedingsinname en het gewicht onder controle wisten te houden, door middel van deze voedingscoaching. Uitkomsten laten zien, dat er binnen de interventiegroep sprake was van minder vet-, koolhydraat- en suikerinname vergeleken met de controlegroep. In tegenstelling tot de ouders is er bij de kinderen tussen de groepen geen verschil in BMI aangetoond[27].

2.3 Conclusie

Op basis van de uitgevoerde literatuurstudie, kan worden geconcludeerd dat er verschillende studies zijn naar de inzet van een hulpverlener die een coachende rol op zich

neemt, zowel tijdens de behandeling als in het traject van terugvalpreventie en begeleiding hierna. Echter is er geen enkele studie gevonden, waarbij er sprake was van een obesitascoach die werkt vanuit een multidisciplinair team en het kind met obesitas en zijn/haar gezin thuis begeleidt middels een gecombineerde leefstijlinterventie.

3 De obesitascoach bij kinderen in de Nederlandse praktijk

3.1 Inleiding

In aanvulling op de informatie uit de literatuur, is het van belang om te weten hoe er in de praktijk gewerkt wordt met kinderen met obesitas in Nederland. Om een beeld van deze situatie te krijgen, is een inventarisatie gemaakt van organisaties die werken met een soort van 'obesitascoach bij kinderen'. Hierbij is gebruik gemaakt van het netwerk van het Partnerschap Overgewicht Nederland. In aanvulling hierop is op internet gezocht naar programma's. Voor de verschillende programma's is vervolgens gekeken naar de rol van de obesitascoach binnen het programma. Wanneer de rol van de obesitascoach grotendeels overeenkwam met de obesitascoach zoals omschreven in paragraaf 2.1, is deze organisatie benaderd. Bij de zogenoemde obesitascoach of een ander betrokken persoon van het programma, is vervolgens een interview afgenomen. In totaal zijn vertegenwoordigers van elf programma's geïnterviewd.

De werkwijze bij het afnemen van de interviews was als volgt: De interviews zijn telefonisch afgenomen tussen 23 mei en 23 juni 2011, op één gesprek na dat face to face was. De interviews zijn door middel van geluidsopname opgenomen. Naar aanleiding van het afgenomen interview en de betreffende opname, is het gesprek zo volledig mogelijk uitgeschreven. Vervolgens is het verslag van het gesprek ter inzage naar de geïnterviewde gestuurd. Deze heeft vervolgens goedkeuring gegeven van het verslag na eventuele aanvullingen en aanpassingen. De goedgekeurde verslagen zijn verwerkt in dit hoofdstuk. De volledig uitgewerkte interviews zijn opvraagbaar bij het Partnerschap Overgewicht Nederland. Aan de geïnterviewden is toestemming gevraagd en verkregen voor eventuele publicatie.

Uit de interviews blijkt dat de geïnterviewden verschillende werkwijzen kennen om kinderen met overgewicht of obesitas te behandelen. Daarnaast noemt niet iedereen zichzelf een 'obesitascoach' en is er een groot verschil in expertise.

In dit hoofdstuk komen de resultaten van de interviews aan de orde aan de hand van de volgende thema's:

In paragraaf 3.2 wordt de **inhoud** van de verschillende programma's toegelicht, waarbij vooral wordt gekeken naar de rol van de obesitascoach. Naast de inhoud, komen ook de frequentie en duur van de programma's aan de orde. Ook wordt er gekeken naar wat volgens de geïnterviewde de gewenste situatie zou zijn wat deze onderwerpen betreft.

In paragraaf 3.3 komen de **opleiding en competenties** van de obesitascoaches aan bod. Er wordt gekeken naar welke kennis, vaardigheden en ervaring de obesitascoaches hebben, om hun werk uit te kunnen voeren. Ook hierbij komt aan de orde of dit voldoende is of dat de geïnterviewden het liever anders zouden zien.

In paragraaf 3.4 wordt de **samenwerking en doorverwijzing** toegelicht. Hierbij wordt gekeken naar de samenwerking tussen verschillende disciplines betrokken bij de behandeling en ook naar hoe de doorverwijzingen vanuit en naar andere disciplines en instellingen verlopen.

In paragraaf 3.5 wordt de **doelgroep** die behandeld wordt bij de verschillende programma's omschreven. Hierbij wordt gekeken naar gewichtsklasse, leeftijd en exclusiecriteria.

In paragraaf 3.6 staat een beschrijving van de verkregen informatie over een eventuele **evaluatie** van de betreffende programma's.

In paragraaf 3.7 wordt toegelicht hoe de **vergoeding** van verzekeraars voor de programma's eruit ziet.

In paragraaf 3.8 wordt er vanuit de verschillende geïnterviewden de **meerwaarde** van hun programma ten opzichte van andere programma's toegelicht.

In paragraaf 3.9 hierna worden de **belemmeringen** benoemd die de geïnterviewden ervaren bij het uitvoeren van de rol als obesitascoach.

In paragraaf 3.10 staat een tabel met daarin een **samenvatting** van de resultaten van paragraaf 3.2 t/m 3.9.

In paragraaf 3.11 volgen de **conclusies**.

Hieronder een overzicht van de programma's en de vertegenwoordigers die zijn geïnterviewd. In de tekst van de rest van dit hoofdstuk wordt met aan de programma's gerefereerd met de nummers die er hieronder bij staan.

	Naam en locatie programma	Naam en functieomschrijving geïnterviewde
1.	Lekker in je life <i>Purmerend & Den Helder</i>	Marije van Asdonk <i>obesitascoach</i>
2.	Obesitascarrousel <i>Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht</i>	Hilda Bogert <i>coach</i>
3.	Lekker in je vel <i>'s Hertogenbosch</i>	Nicole Boogers <i>groepscoach</i>
4.	Lekker Pûh! <i>Regio Amsterdam (verspreid in heel Nederland)</i>	Wendelyn Disse <i>consulente</i>
5.	Triple P lifestyle (Go4fit) <i>Zuid Limburg</i>	Sanne Gerards <i>hoofdonderzoeker & trainer</i>

6.	Kompaan & de Bocht <i>Midden Brabant</i>	Bernadette Janssen <i>behandelcoördinator</i>
7.	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, afdeling kindergeneeskunde <i>Amsterdam</i>	Mieke Langkemper <i>obesitascoördinator</i>
8.	FLINK in opgroeien <i>Utrecht</i>	Sabine Ransdorp & Inge Winius <i>opvoedcoach & kindercoach</i>
9.	Obesitascentrum <i>Laurentius ziekenhuis, Roermond</i>	Lucia de Reijer <i>orthopedagoog & coördinator</i>
10.	COACH <i>Maastricht UMC+, Maastricht</i>	Anita Vreugdenhil <i>MDL-kinderarts</i>
11.	Centrum Overgewicht & Obesitas ¹ <i>Leidschendam</i>	Erika Wamsteker <i>inhoudelijk verantwoordelijke programma</i>

3.2 Inhoud programma's

3.2.1 Inhoud programma's

De verschillende programma's verschillen wat betreft inhoud, frequentie en duur en ook de rol van de obesitascoach hierbij varieert. In deze paragraaf wordt de begeleiding en zorg die de obesitascoach biedt aan het kind en de ouders omschreven. In de paragraaf hierna (3.2.2) wordt de volgens de geïnterviewden gewenste situatie m.b.t. de inhoud van de programma's beschreven.

Bij de verschillende programma's, is de obesitascoach vaak werkzaam vanuit een multidisciplinair team.^(1,2,3,6,7,9,10,11) Er zijn echter 2 programma's waar wordt uitgegaan van één professional. Deze kennen geen multidisciplinair team.^(4,5)

De frequentie waarin het kind en de ouders contact hebben met de obesitascoach, verschilt per programma. Er zijn programma's waarbij het aantal contacten met de obesitascoach al vast staat. Gemiddeld is er sprake van een wekelijks of tweewekelijks bezoek. Daarnaast zijn er ook programma's, die de zorg volledig op maat verlenen.^(7,8) De frequentie van de contacten met de obesitascoach wordt hierbij vooraf in samenspraak met de ouders vastgesteld en kan bijgesteld worden naar behoefte.

Een belangrijk onderdeel van het programma van de obesitascoach is het besteden van aandacht aan gedragsverandering wat betreft voeding, beweging en leefstijl van het kind.^(1,2,3,7)

Gezien het belang van gemotiveerde ouders voor een geslaagde behandeling, is het een belangrijke taak van de obesitascoach om ouders hierbij te begeleiden en te ondersteunen. Zo kunnen de ouders een voorbeeldfunctie voor hun kinderen vervullen en kunnen zij ook het kind motiveren in de behandeling.^(3,6,8) "De rol van de coach is om handvaten te geven, maar de ouders en het kind zelf moeten willen veranderen."⁽¹⁾

¹ Dit programma loopt niet meer

Zo wordt in een van de programma's als belangrijke taak genoemd: "Het begrenzen en het leiding geven binnen een gezin tijdens de behandeling." Een van de belangrijke taken is daarbij om samen met de ouders oplossingsgericht aan de slag te gaan.⁽⁷⁾ Waarbij er met kleine stappen gewerkt wordt aan verbeteringen. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld met de ouders mee boodschappen gaan doen of meekijken tijdens de maaltijden in het gezin.^(6,8)

De begeleiding van de obesitascoach vindt voornamelijk plaats op de locatie van het programma. Er zijn enkele uitzonderingen van programma's waarbij de obesitascoaches ook thuiskomen bij het gezin.^(1,3,8,11)

De contacten met de obesitascoaches zijn over het algemeen per individueel gezin. Er zijn enkele programma's die ook groepssessies aanbieden.^(3,5,8,9)

De duur van het programma is over het algemeen 1 jaar. Hierbij zijn er enkele programma's die 2 jaar duren.^(3,7)

3.2.2 Gewenste inhoud programma's

Bepaalde aspecten van de huidige programma's zouden de geïnterviewden graag anders zien.

De duur van het programma zou volgens een obesitascoach meest optimaal zijn, wanneer dit minimaal 1 jaar duurt: "Korte interventies zijn vaak niet effectief".⁽⁸⁾ Een andere obesitascoach geeft aan dat de kinderen in de gewenste situatie minimaal 1,5 tot 2 jaar gevolgd zouden moeten worden.⁽⁹⁾

Eén programma heeft als doel om de kinderen tot op late leeftijd te volgen. Streven van dit programma is om kinderen tot hun 35^{ste} levensjaar te volgen. Het doel hiervan is dat deze groep het gezonde leefgedrag weer doorgeeft aan de volgende generatie.⁽¹⁰⁾

Het is verder van belang dat er zo veel zorg verleend kan worden, als nodig is.⁽⁸⁾ De frequentie van bezoeken die een gezin nodig heeft bij de obesitascoach, moet geboden kunnen worden en kwaliteit moet gewaarborgd worden.⁽¹⁾ Waarbij 'zorg op maat' centraal staat.⁽⁷⁾ Het is vooral bij ouders belangrijk om steeds de vinger aan de pols te houden. Door bijvoorbeeld vragen te stellen als: "Hoe doe je het nu? Hoe gaat het?"⁽⁹⁾

Een geïnterviewde geeft aan dat het programma nog meer uitgebreid zou mogen worden om naast het laagdrempelige email contact, bijvoorbeeld ook te chatten of sms'jes te sturen, voor nog meer steun bij de uitvoering.⁽¹⁰⁾

Verder wordt er graag gezien, dat de afspraken met de obesitascoach plaatsvinden bij gezinnen thuis. De obesitascoach krijgt op deze manier een veel beter beeld van de gezinssituatie en kan hier ook op inspelen.^(1,8,9)

Een belangrijk aspect is dat de vroegtijdige screening zo optimaal mogelijk gebeurt. Kinderen en ouders moeten van te voren gescreend worden om een beeld te vormen van de motivatie van het gezin. Voor een optimaal resultaat van de behandeling is voldoende motivatie essentieel.⁽¹⁾

Een van de geïnterviewde organisaties, waarbij consultants over het hele land werkzaam zijn, is van mening dat er een duidelijke omschrijving moet komen van de inhoud van een consult. Zo wordt er gewaarborgd dat iedere consulente dezelfde consultinhoud draait. Hierin moet dan ook gekeken worden naar de criteria waaraan een professional zoal moet voldoen.⁽⁴⁾

Tevens is er behoefte aan een betere en intensievere psychologische ondersteuning voor het kind en het gezin binnen het multidisciplinaire programma. “Er zit nu al wel een psycholoog in het team en hier wordt het kind dan ook naar doorverwezen als dit nodig is. Maar vaak wordt er gemerkt dat je het kind al eerder had moeten verwijzen. Hierdoor wordt er vaak veel tijd en energie in de behandeling gestoken, maar komt het kind vaak niet echt aan de behandeling toe, doordat er hele andere dingen spelen, die voor hen op dat moment meer op de voorgrond staan.”⁽⁹⁾ Een andere obesitascoach geeft aan dat zij graag een gezinstherapeut in het traject betrokken zou willen zien, die aansluit op de multi-problematiek binnen gezinnen.⁽³⁾

3.3 Opleiding en competenties

3.3.1 Opleiding

De opleidingsachtergrond van de geïnterviewden loopt sterk uiteen. Er zijn meerdere mensen die een coachopleiding gevolgd hebben bij een organisatie zoals de Leidse onderwijsinstellingen (LOI).^(2,3) Anderen hebben een (ortho-)pedagogiekopleiding een post-HBO-opleiding tot opvoedcoach of kindercoach gevolgd⁽⁸⁾, of na een HBO-opleiding een Hogere Kaderopleiding gevolgd.⁽⁹⁾

Een van de organisaties kent vele verschillende disciplines die een rol als obesitascoach vervullen. Zo zijn zij bijvoorbeeld kinderverpleegkundigen, diëtisten en maatschappelijk werkers. Binnen deze organisatie dienen zij wel minimaal de opleiding als gewichtsconsulent gedaan te hebben.⁽⁴⁾ Een ander programma kent een gespecialiseerd verpleegkundige, die werkzaam is als obesitascoach.⁽¹⁰⁾ Daarnaast is er door een obesitascoach de HBO-opleiding Cultureel en Maatschappelijke Vorm (CMV) genoten.⁽⁷⁾ Weer een andere organisatie kent een samenwerking waarbij ambulante hulpverleners werkzaam zijn, die de ‘coachende’ rol vervullen. Zij hebben na een HBO-opleiding in de richting maatschappelijk werk, aanvullend de opleiding Intensief Ambulant Gezinsbegeleider (IAG) genoten.⁽⁶⁾ Daarnaast komt nog de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) voor onder de obesitascoaches.⁽¹¹⁾ Verder is er nog een obesitascoach opgeleid in Gezondheidswetenschappen met een

aanvullende training (accreditatie), om de 'coachende' rol te kunnen vervullen.⁽⁵⁾ Een van de obesitascoaches heeft een hele andere richting gevolgd, namelijk de master kinderfysiotherapie.⁽¹⁾

3.3.2 Competenties

Bij competenties gaat het om zowel kennis als vaardigheden en ervaring en de bijbehorende bevoegdheden. Kennis en vaardigheden worden vaak opgedaan in een opleiding, terwijl de ervaring wordt opgedaan in de praktijk. Het is van belang om te weten wat het minimale en ook optimale niveau van competenties is waarover de obesitascoach moet beschikken om deze rol zo goed mogelijk uit te kunnen voeren. Op basis van de verzamelde gegevens valt hierover nog geen eenduidige conclusie te trekken.

Naast de variëteit in opleidingen die de obesitascoaches hebben genoten, is voornamelijk de werkervaring als obesitascoach de competentie waarover zij aangeven te beschikken⁽¹⁰⁾. Een obesitascoach geeft daarbij aan werkervaring met een overeenkomstige doelgroep opgedaan te hebben.⁽¹⁾ Verder hebben enkele obesitascoaches werkervaring opgedaan met groepen ernstig obese kinderen.⁽⁸⁾ Daarnaast worden werken als jeugdarts⁽⁴⁾, in het onderwijs⁽³⁾ en bij Bureau Jeugdzorg⁽⁹⁾ genoemd als belangrijke ervaring bij het uitvoeren van de rol als obesitascoach. Verder noemen de geïnterviewden het belang van de juiste gesprekstechnieken en -vaardigheden.⁽⁸⁾ Kennis over de kinderonwikkeling wordt tevens als competentie gezien.⁽³⁾ Verder wordt als belangrijke vaardigheid genoemd "het motiveren van mensen".⁽⁴⁾

De verschillen in competenties tussen de obesitascoaches, lijken bij te dragen aan de diversiteit in uitvoering van de behandelingen.

3.3.3 Gewenste opleiding en competenties

Naast de opleidingen en competenties die hiervoor genoemd zijn, is het een belangrijke vraag wat de geïnterviewden zelf als gewenste opleiding en competentie zien om het werk van obesitascoach optimaal uit te kunnen voeren.

Een van de personen gaf duidelijk aan dat zij graag een specifieke opleiding voor obesitascoaches bij kinderen zou zien. "Als hiervoor een cursus of opleiding zou zijn, zou je ook één lijn krijgen in de uitvoering van de obesitascoach bij kinderen."⁽¹⁾ Zij is nu zelf bezig om dit op te zetten. "In deze opleiding zal ook een stuk pedagogiek moeten zitten".⁽¹⁾ Ook een andere geïnterviewde noemt de noodzaak van een aparte opleiding: "Niemand heeft echt de verantwoording voor deze patiëntengroep, nu doet de endocrinoloog er wat aan, de maag-darm-lever-kinderarts, de huisarts, maar niemand heeft nou eigenlijk kaas gegeten van het hele assortiment wat erbij hoort. Je zou een soort kinderobesoloog moeten opleiden. Het is een steeds groter wordende doelgroep en tot nu toe is er niemand die deze rol volledig vervult."⁽¹⁰⁾

Een obesitascoach noemt kennis van cognitieve gedragstherapie belangrijk. “Omdat uit diverse onderzoeken blijkt dat cognitieve gedragstherapie een goede methode is om gedragsveranderingen in gezinnen te bewerkstelligen.”⁽⁹⁾

Het minimale opleidingsniveau dat je als obesitascoach dient te hebben, is een HBO-opleiding, volgens enkele geïnterviewden.^(1,11) Waarbij de opleiding specifiek gericht moet zijn op kinderen met obesitas. Bijvoorbeeld de opleiding tot kindfysiotherapeut, diëtist of orthopedagoog.⁽¹⁾ Door anderen wordt een algemene coaching-opleiding als vereiste genoemd⁽²⁾ en iets meer toegespitst hierop: “Het coachen van volwassenen en kinderen”.⁽³⁾ Denk hierbij aan een opvoedcoach of kindercoach. “Als coach is het belangrijk, dat je weet op welke manier je de vragen het beste kunt stellen en de juiste manier van coachen weet uit te voeren. Dit leer je vooral ook door zo’n aanvullende opleiding te doen.”⁽⁸⁾

Wat betreft andere competenties die de obesitascoaches benoemen als noodzakelijk, is het belang van affiniteit hebben met de doelgroep en het onderwerp.^(2,8) En daarnaast ook het belang van ervaring op het gebied van omgaan met multi-problematiek gezinnen⁽⁴⁾ en de behandeling van mensen met obesitas.⁽¹¹⁾ Dit vraagt de nodige psychologische en pedagogische kennis en vaardigheden.^(1,2,5,6,8) Hierbij moet je ook beschikken over de juiste communicatie- en gespreksvaardigheden.^(1,11) En het vereist tevens een goed inlevingsvermogen.⁽⁷⁾ “Naast het feit dat je betrokkenheid bij de ouders moet hebben, moet je hen ook durven aanspreken op het gedrag.”⁽¹⁾

Daarnaast is het inzicht hebben in verschillende gezinssituaties en weten hoe hiermee om te gaan, een belangrijke vaardigheid.^(7,8) “Het is namelijk niet een kindprobleem, het is een gezinsprobleem”.⁽⁸⁾ Ook wordt het als een belangrijke competentie gezien dat je een medische achtergrond hebt⁽¹⁰⁾ en kennis over de algemene ontwikkeling van een kind.⁽³⁾

Waar velen het over eens zijn, is dat je als obesitascoach bij kinderen een belangrijke “spil” bent in het proces vanwege de nauwe betrokkenheid bij enerzijds het kind en de ouders en anderzijds de leden van het multidisciplinaire team.^(1,7,10) “Het is belangrijk dat iemand makkelijk benaderbaar is voor patiënten en ook makkelijk weer een kanaal is voor andere mensen in het team.”⁽¹⁰⁾ Daarbij moet je ook goed kunnen coördineren.⁽⁷⁾

De obesitascoach heeft als rol om oplossingsgericht met ouders aan de slag te gaan en dient hierbij leiding te geven binnen het gezin.⁽⁶⁾ Daarbij is het van belang de ouders en het kind te blijven motiveren.^(6,8)

Daarnaast moet een obesitascoach vaardigheden hebben wat betreft de omgang met het gezin “Er zijn vaste rollen in gezinnen. Die moet je herkennen. Daarbij moet je praktijkgericht zijn als coach. Naast de theorie die er bestaat, moet je die ook kunnen toepassen in de praktijk bij de mensen thuis.”⁽⁸⁾

Tot slot is het kennen van de grenzen van de eigen expertise een competentie die als belangrijk is benoemd: "Het is van belang dat je weet hoe ver jouw expertise reikt. Zodat je ook op tijd kunt doorverwijzen naar andere disciplines, wanneer dit nodig is."⁽⁸⁾

3.4 Samenwerking en doorverwijzing

3.4.1 Samenwerking

De verschillende programma's kennen ieder een eigen manier van samenwerking. Zo kennen de meeste programma's een multidisciplinair team, waarmee de obesitascoach samenwerkt.^(1,2,6,7,8,10) Het doel van deze behandelingen is dat het kind en de ouders vanuit verschillende specialismen behandeld en gevolgd worden gedurende het programma. Zoals al eerder is genoemd, is een multidisciplinaire aanpak de meest optimale behandeling. Een geïnterviewde zegt hierover: "Wij kunnen het niet alleen. De kinderen moeten ook mogelijkheden tot bewegen krijgen. Alleen een coach of alleen een diëtist bijvoorbeeld, is niet genoeg."⁽⁸⁾

De disciplines die vaak aanwezig zijn binnen de multidisciplinaire samenwerking zijn een arts, diëtist en psycholoog.^(1,2,7,9,10,11) Verder worden er nog fysiotherapeuten^(1,2,6,8,9,11), (gespecialiseerd) verpleegkundigen^(1,5,6,7,10) en orthopedagogen^(1,9) genoemd. Daarnaast bestaan er ook enkele programma's, waarbij wordt uitgegaan van één professional. Namelijk alleen de obesitascoach zelf.^(4,5)

Verschiedende programma's kennen vooraf aan de behandeling een medische screening van het kind. Doel hiervan is mogelijke medische oorzaken van de obesitas uit te sluiten.^(1,2,9,10) Daarnaast wordt er bij deze screening in een enkel geval ook aandacht besteed aan de psychologische situatie van het kind.⁽¹⁰⁾

3.4.2 Doorverwijzing

Doorverwijzingen naar de verschillende programma's verlopen voor het grootste deel via de huisarts.^(1,3,4,7,9,10,11) Verder spelen GGD-artsen een belangrijke rol,^(1,2,3,4,7,9,10) kinderartsen,^(2,3,6,9) en consultatiebureauartsen.^(6,9)

Daarnaast wordt er bij een enkel programma ook doorverwezen vanuit perifere ziekenhuizen die een minder langdurig programma hebben, om op deze manier de behandeling voor het kind voort te zetten.⁽¹⁰⁾ En ook vanuit tweedelijns specialisten komen doorverwijzingen.⁽¹¹⁾

Ook is er sprake van mond op mond reclame, waardoor mensen in aanraking komen met de programma's.^(4,10) Enkelingen worden gevonden via het internet.^(4,5,8) Daarbij werft een programma actief middels een boek en door op televisie te verschijnen.⁽⁴⁾

Voor de organisatie die nog in ontwikkeling is, geldt dat zij graag in de toekomst doorverwijzingen via huisartsen zouden willen zien. Maar daarnaast vinden zij het belangrijk, dat vroege signalering ook bij kinderdagverblijven en naschoolse opvang plaats vindt.⁽⁸⁾

3.5 Doelgroep

De doelgroep van de programma's varieert. In deze paragraaf wordt gekeken naar de inclusiecriteria op het gebied van leeftijd en mate van overgewicht en naar de exclusiecriteria.

3.5.1 Leeftijd

Het grootste deel van de programma's accepteert kinderen vanaf 4 jaar.^(2,5,9,10) Aan één programma mogen kinderen al vanaf 2 jaar deel nemen.⁽⁶⁾

De maximum leeftijd loopt tussen de verschillende programma's sterk uiteen. Er zijn programma's die zich enkel richten op kinderen tot 8 jaar^(5,6) en er is een programma dat zich richt op kinderen tot 12 jaar.⁽³⁾ De meeste programma's zijn ontwikkeld voor kinderen tot gemiddeld 17 jaar.^(1,2,4,8,9,10)

Er is ook een programma dat aangeeft dat elk kind welkom is, ongeacht de leeftijd. Dit betekent dat er zeer jonge kinderen in het programma betrokken worden. Binnen dit programma wordt de behandeling alleen op de ouders gericht.⁽⁷⁾

Een ander programma heeft als doelgroep: 'gezinnen waarbij twee of meer gezinsleden overgewicht of obesitas hebben.'⁽¹¹⁾

3.5.2 Gewichtsklasse

Verschiedende programma's richten de behandeling op zowel kinderen met overgewicht als kinderen met obesitas.^(1,3,8,10) "Je wilt eigenlijk juist ook de kinderen met overgewicht zien, omdat je bij hen nog makkelijker het probleem nu kunt aanpakken. Als het probleem bij hen zich verder uitbreidt, wordt het alleen maar een duurdere en intensievere kwestie."⁽¹⁰⁾

Er zijn meerdere programma's die zich voornamelijk of volledig op kinderen met obesitas^(5,6,7,9) of juist overgewicht⁽⁴⁾ richten.

3.5.3 Exclusiecriteria

Een geïnterviewde noemt kinderen met obesitas door een medische oorzaak als ongeschikte doelgroep.⁽⁶⁾ Een ander excludeert kinderen met comorbiditeit. Deze worden eerst naar de kinderarts verwezen.⁽⁴⁾ Ook worden ernstig obese kinderen soms gezien als ongeschikte doelgroep. "Hierbij moet je je namelijk ook echt op het medische aspect richten en dit is dan weer niet verantwoord om op je te nemen als coach."⁽⁸⁾

Alle programma's hebben als voorwaarde dat er naast de deelname van het kind ook actieve participatie van de ouders is. Gezinnen met ouders die hiertoe niet in staat of toe bereid zijn, worden niet toegelaten.

Een vaak terugkomend en belangrijk aspect voor de programma's blijft de motivatie van het kind en de ouders voor de behandeling. Dit wordt door de geïnterviewden vaak genoemd als een vereiste om aan het programma deel te mogen nemen.^(1,9,10)

Verder is het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal een probleem. Als ouders bijvoorbeeld niet goed de taal beheersen, zorgt dit voor beperkingen in de behandeling. Deze gezinnen worden dan ook regelmatig niet toegelaten tot het programma.^(2,4,9)

Kinderen met verstandelijke beperkingen en kinderen met ernstige psychosociale problemen, zijn tevens soms niet de doelgroep voor behandeling.^(1,2) Bijkomende psychiatrische problematiek bij een kind kan hierbij ook een exclusiecriteria zijn.⁽¹¹⁾ Daarnaast kan een lichamelijke handicap waardoor kinderen niet mobiel zijn, een exclusiecriteria zijn.⁽¹⁾ Verder is het van belang dat het kind kan functioneren in een groep. Bovendien moet de situatie thuis participatie in het programma toelaten.⁽¹⁾

Er wordt gesuggereerd dat er voor specifieke doelgroepen zoals kinderen of ouders met een lager IQ, aangepaste programma's moeten komen. "Deze hebben een andere aanpak nodig. Bijvoorbeeld een één op één contact in plaats van een informatieve groepsbijeenkomst."⁽⁸⁾

3.6 Evaluatie

Naast de inhoud van de programma's is het belangrijk om te weten in hoeverre deze ook geëvalueerd worden, hoe deze eventuele evaluatie eruit ziet en of hiervan al uitkomsten bekend zijn.

De kwaliteit van de behandeling zou een belangrijk onderwerp van evaluatie zijn. Hierbij zou gekeken kunnen worden naar de inhoud, de duur en de frequentie van de contactmomenten en ook naar de competenties van de obesitascoaches. Een *randomized controlled trial* (RCT) met behandelvarianten met en zonder obesitascoach zou een goede manier zijn om de meerwaarde van deze vorm van zorg te onderzoeken. Een dergelijke behandeling zou moeten voldoen aan de randvoorwaarden van de Zorgstandaard Obesitas. Het onderzoek zou naast de effectiviteit ook de kosteneffectiviteit in kaart kunnen brengen.

Uit de interviews blijkt dat veel organisaties bezig zijn met een vorm van evaluatie van hun programma.^(1,2,3,4,5,6,7,9,10) In de meeste gevallen is dit echter (nog) niet een evaluatie die voldoet aan de hierboven benoemde wetenschappelijke criteria en deze leveren dus onvoldoende onderbouwing van de effectiviteit op.

Enkele programma's zijn wel druk bezig met het opzetten van een dergelijke effectstudie of zijn al bezig met de uitvoering hiervan.^(4,5,9) Zo is een enkel programma in 2003 al in Australië ontwikkeld en tevens geëvalueerd door middel van een RCT. Er loopt nu een pilot met dit programma in Nederland dat ook geëvalueerd wordt.⁽⁵⁾

Enkele programma's werken samen met een Nederlandse universiteit voor evaluatie.^(6,10)

Enkele andere programma's laten deelnemers evaluatieformulieren invullen en houden zelf de behandelresultaten bij.^(2,9) Hierin wordt bijvoorbeeld gevraagd naar wat de ouders en het kind hebben geleerd, de tevredenheid van het programma en of de kinderen bijvoorbeeld hun doelen bereikt hebben.⁽²⁾

Een andere obesitascoach geeft aan dat zij een database heeft gekoppeld aan de interventie. Alle resultaten worden bijgehouden en gemonitord.⁽¹⁾

3.7 Vergoeding

Vergoeding van de programma's door verzekeraars staat hoog op de agenda bij de verschillende obesitascoaches. De vergoeding beïnvloedt de toegankelijkheid van de hulpverlening. Als de behandeling voor het gezin geen kosten oplevert, is het voor ieder gezin mogelijk om hieraan deel te nemen, ongeacht de sociale status. Zo wordt er gezegd: "Juist de gezinnen uit de lagere sociale klassen, die een groot deel van de doelgroep zijn, hebben vaak geen aanvullende verzekering. Met een aanvullende verzekering worden namelijk maximaal 6 gesprekken vergoed. Hiernaast worden de andere disciplines ook voor een klein gedeelte vergoed. Dit is gezien de zorgverlening die je wilt geven een belemmering."⁽⁸⁾

Een groot aantal programma's wordt nu al gedeeltelijk vergoed door verzekeraars.^(1,7,8,9,10) Bij de verschillende programma's die vanuit het ziekenhuis verleend worden, is het namelijk zo dat deze voor de bezoeken aan de verschillende disciplines apart vergoed worden.^(1,7,9,10)

Voor een van de programma's dat is gebaseerd op een carrouselspreekuur vanuit het ziekenhuis, geldt een volledige vergoeding door zorgverzekeraars.⁽²⁾ Van vergoeding door verzekeraars is er bij een ander programma waarbij er wordt uitgegaan van één hulpverlener ook sprake, wanneer 'gewichtconsulenten' door de verzekeraar vergoed worden.⁽⁴⁾

Een ander programma kent een traject dat standaard via een indicatie van Bureau Jeugdzorg gaat. Omdat de behandeling via Bureau Jeugdzorg loopt, wordt de hulp voor de ouders vergoed. Daarnaast betalen ouders wel een eigen bijdrage, omdat het vanuit de jeugdhulpverlening is.⁽⁶⁾

Een van de obesitascoaches geeft aan dat er in de ideale situatie een standaard vergoeding komt voor een pakket, waarin de zorg zit die voor de obesitasbehandeling van een kind en

zijn of haar gezin nodig is. “Het is de bedoeling dat er een pakketprijs komt voor de totale behandeling en dat deze vergoed wordt. Daarnaast zou er wel een eigen bijdrage mogen blijven bestaan. Voor een sportclub wordt tenslotte ook betaald.”⁽¹⁾

3.8 Meerwaarde ten opzichte van bestaande programma’s

Aan de personen die zijn geïnterviewd over het programma dat zij uitvoeren, is gevraagd wat zij de belangrijkste meerwaarde van hun programma vinden, ten opzichte van andere programma’s voor kinderen met obesitas.

Een meerwaarde die vaker genoemd wordt van het programma is de multidisciplinaire samenwerking.^(6,7,9,11) Obesitas is namelijk een complex probleem, dat in zijn totaliteit moet worden benaderd.⁽¹⁾ Waarnaast de obesitascoach de ‘spil’ is in het proces tussen de disciplines onderling en het gezin van het kind met obesitas.⁽⁷⁾ Deze persoon voert een coördinerende rol uit in het proces.^(3,9) Waarbij het zijn/haar taak is om de ouders te betrekken in de behandeling^(3,4,9), en tevens te motiveren.^(1,8) Hierbij is de obesitascoach een soort van vertrouwenspersoon voor het gezin.⁽³⁾ Echter geeft een andere persoon aan dat haar programma, waarbij slechts 1 professional werkzaam is, juist een meerwaarde geeft ten opzichte van de huidige programma’s.⁽⁴⁾

Verder is het een belangrijk aspect dat er via de individuele begeleiding van een obesitascoach, een specifieke behandeling op de persoon kan worden toegepast.⁽²⁾ Ieder kind is anders en zo ook de situatie waarin het zich bevindt. De zorg op maat is hierbij een meerwaarde ten opzichte van standaard groepsbehandelingen.^(1,8) Gezien de ervaring die verschillende obesitascoaches binnen gezinnen, zien zij het als meerwaarde om te weten wat een gezin nodig heeft. Het aanpassen op het gezin dat je behandelt, is hierbij van belang. “Wil je iets doorbreken of een behandeling voort zetten, dan moet je eerst weten wat er op dat moment speelt en hoe je dit anders kunt gaan doen.”⁽⁸⁾ Naast de individuele begeleiding van de obesitascoach hebben de groepsbijeenkomsten een nuttige bijdrage.^(3,9) Ouders kunnen zo bijvoorbeeld ook ervaringen en adviezen onderling uitwisselen.⁽³⁾

Naast voorgenoemde aandachtspunten, wordt een langdurige behandeling gezien als meerwaarde ten opzichte van andere programma’s met een korte duur.^(4,9,10) Daarbij wordt ook de screening als positief punt benoemd: “Als je de ouders niet hebt overtuigd van het feit dat er geen lichamelijke oorzaak is van de obesitas, blijven ze hier over twijfelen en krijg je ze ook niet goed gemotiveerd voor het programma. Je moet dit aspect eerst van tafel krijgen, wil je de neuzen dezelfde kant op krijgen.”⁽¹⁰⁾

Een ander belangrijk aspect aan de obesitascoach is de huisbezoeken die zij aflegt. Hierdoor krijgt zij een goed beeld van de thuissituatie van het kind.^(3,8)

Verder is er nog een programma dat zichzelf vernieuwend vindt ten opzichte van andere programma's, omdat dit programma alleen gericht is op de ouder van het kind met obesitas. Naast voeding en beweging worden ook opvoedingsvraagstukken behandeld.⁽⁵⁾

3.9 Belemmeringen

De obesitascoaches ervaren verschillende belemmeringen tijdens het uitvoeren van de programma's. Deze vormen aandachtspunten voor de toekomstige ontwikkelingen rondom de zorg door obesitascoaches.

Het blijkt lastig om de doelgroep te bereiken. Vaak zoekt deze niet uit zichzelf hulp.⁽⁸⁾ Zo was het doel bij de Triple P Lifestyle pilot, om kinderen met overgewicht te includeren met het oog op de preventie van obesitas. Het bleek echter moeilijk om ouders de noodzaak van het programma te laten inzien als het kind slechts overgewicht had. Vandaar dat er uiteindelijk alleen kinderen geworven zijn met obesitas.⁽⁵⁾

Daarnaast is het voor ouders moeilijk het inzicht te accepteren dat ze op een andere manier met hun kind om moeten leren gaan. Dit vraagt vaak een intensief traject voor de obesitascoach.⁽⁷⁾ Vervolgens blijkt het nog erg lastig om de ouder en het kind te motiveren om gedragsverandering vol te houden.^(3,6) Zo vraagt een van de geïnterviewde zich af wat de beste insteek is om bij de ouders de motivatie te krijgen en deze ook vol te houden.⁽⁶⁾ "Je wilt niet betuttelen en een moeder worden van de moeders, maar het blijkt voor ouders soms moeilijk om zich aan afspraken te houden. Deze overzien ze vaak niet, zeker niet als er in die week nog meer dingen op het programma staan."⁽³⁾ Een ander probleem dat genoemd wordt, is dat het voor tieners vaak lastig is om zich weerbaar te maken tegen de sociale en fysieke omgeving.⁽⁷⁾

Daar komt nog bij dat er vaak sprake is van multi-probleemgezinnen waarbij er meer speelt dan alleen de obesitas van het kind. Zo geeft iemand aan: "Dit maakt het lastig om te kijken naar waar je je het beste op kunt richten in de behandeling. En naast de obesitas, wat doe je dan met de rest van de dingen die je signaleert en waar kun je die dan onderbrengen?"⁽⁶⁾

Daarom wordt er aangegeven dat het van belang is, dat er één iemand is die alles coördineert voor een gezin. "De vraag is dan nog of dit de obesitascoach moet worden. Maar nu zie je nog vaak dat er veel verschillende instanties op een gezin duiken, gezien de multi-problematiek, waardoor de ouders door de bomen het bos niet meer zien. Dit maakt het belangrijk dat één persoon het aanspreekpunt wordt voor de ouders."⁽³⁾

Voordat het diagnostische obesitascarrousel-spreekuur werd opgezet, was er een carrousel-spreekuur met veel verschillende disciplines en een vervolgbegeleiding. Voor de groepsbijeenkomsten voor kinderen en ouders was echter weinig opkomst, waardoor besloten is dit voor het ziekenhuis dure behandeltraject te stoppen. Bij de individuele

begeleiding van het nieuwe diagnostische spreekuur, wordt dit probleem niet ervaren. Graag zou de obesitascoach informatiebijeenkomsten organiseren, waar dit mogelijk is. Tijdens deze bijeenkomsten kan er een interactieve manier van voorlichting plaatsvinden voor de ouders.⁽²⁾

Wat tevens als belemmering ervaren wordt, is dat het nog vaak ontbreekt aan vroegtijdige signalering door huisartsen. Zij blijken nog moeite te hebben met het preventief werken. Er zou dan ook in het voortraject meer gedaan moeten worden, door eerder in te grijpen. “Er zijn nu soms veel instanties die op een gezin zitten. Daarbij zou een huisarts meer verantwoordelijkheid kunnen nemen. Een dergelijk kind wordt vaak al te laat doorverwezen.”⁽³⁾ Zo was het bij een van de pilots ook de bedoeling dat het werven van mensen via huisartsen zou gaan. Dit bleek echter nog lastig. “Artsen vonden het nog moeilijk om dit probleem bespreekbaar te maken met ouders.”⁽⁵⁾

Een groot probleem dat vaak terugkomt vanuit verschillende programma’s, is het financiële aspect. Dit zorgt ervoor dat de obesitascoaches diverse problemen ervaren doordat zij niet de optimale hulp kunnen verlenen, die zij graag zouden willen geven.

Delen van de behandeling worden nu vaak wel vergoed, maar dit is minimaal. Juist de gezinnen met een lagere sociaaleconomische status, die een groot deel van de doelgroep omvatten, hebben vaak geen aanvullende verzekering. Daarbij worden de andere disciplines voor een klein deel vergoed. Dit belemmert optimale zorgverlening.⁽⁸⁾ “Het probleem van de gedeelde vergoeding is dat je nu geen speling hebt om soms net iets meer interventie te kunnen geven aan iemand die bijvoorbeeld iets meer dan 4 uur aan een diëtetik nodig heeft, terwijl het resultaat daarvan wel beter zou worden.”⁽¹⁾

Belemmeringen zijn dus vooral om alles financieel vergoed te krijgen. “De financiële situatie bij ouders thuis is soms zo slecht dat kinderen bijvoorbeeld geen fiets hebben of de ouders zijn niet in staat om een paar goede sportschoenen te kopen. Dit zijn kleine belemmeringen, waardoor de gezinnen ook beperkt zijn. Als je deze kleine dingen aan kunt pakken, zoals het kind voorzien van nieuwe sportschoenen, zou dit al een meerwaarde hebben. Hierdoor voelt een kind zich ook lekkerder als hij beweegt.”⁽¹⁾

De motivatie van het gezin als een belangrijk aspect binnen de behandeling is reeds meerdere malen benoemd.^(1,9,10) Om de motivatie zo veel mogelijk te behouden, zou het gezin langere tijd gevolgd moeten worden door een obesitascoach. “Het is als coach soms lastig om een stok achter de deur te houden. Je hebt een follow-up nodig, om deze stok achter de deur te zetten. Dit lijkt nu nog moeilijk organisatorisch realiseerbaar, maar er wordt gewerkt aan een oplossing. Het aantal kinderen loopt op en je wilt deze dan allemaal terug laten komen. Het liefst wil je conditietesten doen, BMI meten enzovoorts. Hierbij speelt de financiering dan ook weer een grote rol. Het zou mooi zijn als in zo’n pakket ook standaard een follow-up zit.”⁽¹⁾

Gezinsgesprekken en begeleiding van het kind en zijn of haar gezin, vinden naar mening van enkele obesitascoaches, nog niet voldoende plaats.^(8,9) “In de ideale situatie begeleid je een gezin minimaal een jaar lang. Het liefst wil je het gezin hierna nog vaker terug zien, maar dit is nu niet haalbaar gezien de vergoedingen van de verzekeringen.”⁽⁸⁾ Daarnaast wordt er aangegeven door een obesitascoach dat zij graag huisbezoeken zou willen toevoegen aan haar programma, wat volgens haar zeker van meerwaarde is: “Als je de situatie thuis ziet, zegt dat vaak al heel veel over een leefstijl.”⁽⁹⁾

Het is van belang, dat de zorg verleend kan worden, die nodig is: ‘Kwaliteit en resultaat’. Als bezoeken vaker nodig zijn, moet dit ook mogelijk zijn in financieel opzicht. Daarbij zouden obesitascoaches de middelen moeten hebben, die nodig zijn.⁽¹⁾

Eén programma heeft zijn effectiviteit helaas niet meer aan kunnen tonen met de gezinnen die zij behandeld hebben. Wegens bezuinigingen in de GGZ heeft de Raad van Bestuur van het centrum in 2010 besloten obesitas niet langer als speerpunt te zien binnen het centrum. Het programma loopt nu dan ook niet meer.⁽¹¹⁾

Een volgende belemmering die ervaren wordt, is om je als organisatie op de markt goed neer te zetten. “Als mensen een eigen bijdrage moeten leveren aan de zorg die je verleent, wordt het vaak commercieel genoemd. Deze organisatie is niet makkelijk te plaatsen in een hokje van de zorgverzekeraars.”⁽⁴⁾ Er zijn veel initiatieven die wel in een ‘hokje’ passen en dus vergoed worden.⁽⁴⁾ Voor een andere organisatie is het een beperking dat alle indicaties van de kinderen via bureau jeugdzorg moeten gaan, dit maakt het gecompliceerder.⁽⁶⁾

Een ander belangrijk algemeen aspect dat wordt genoemd: “Er zijn nu coaches met uiteenlopende achtergronden werkzaam van bijvoorbeeld een LOI-opleiding tot mensen die een masteropleiding hebben afgerond.”⁽¹⁾ Zo is het dan ook de bedoeling volgens een van de obesitascoaches, dat de zorg van een obesitascoach bij kinderen met obesitas, in het basispakket komt. “Verzekeraars vinden het echter wel belangrijk dat niet iedere aanbieder vergoed wordt. Er moeten grenzen zijn wat betreft achtergrond en opleiding.”⁽¹⁾

3.10 Samenvattende tabel

De tabel op de volgende pagina's is een samenvatting van de informatie in paragraaf 3.2 t/m 3.9.

Programma + naam geïnterviewde	Programma: duur, frequentie & inhoud	Wensen m.b.t. duur, frequentie en inhoud programma	Opleiding & competenties	Gewenste opleiding & competenties	Samenwerking & doorverwijzing	Doelgroep: leeftijd, gewichtsklasse & exclusiecriteria	Evaluatie programma	Vergoeding verzekeraar	Meerwaarde programma ten opzichte van bestaande programma's	Belemmeringen in uitvoering
Lekker in je Life Marije van Asdonk	Duur: 1 jaar Frequentie: -Na 2 wkn 1 ^e bezoek thuis -Hierna bezoek afhankelijk van ontwikkeling -Standaard: 6x p. half jaar Inhoud: -Screening -Gericht op voeding, beweging, leefstijl	-Lange Follow-up -Waarborgen kwaliteit van zorg	Opleiding: -Master kinderfysiotherapie Competenties -Obesitas-programma ontwikkeld & geïmplementeerd -7 jaar ervaring met kinderen & ouders -Meer dan 300 kinderen behandeld	Gewenste opleiding: -Kinder-obesitascoach -Minimaal HBO + opleiding specifiek gericht op kinderen met obesitas Gewenste competenties: -“De motor” v/h programma zijn -Gesprekstechnieken -Bekend met psychologische aspect	Samenwerking: -Multidisciplinair: diëtist, kinderfysiotherapeut, psycholoog, orthopedagoog, kinderarts, gespecialiseerd verpleegkundige & coach Doorverwijzing: -Via huisarts, GGD-arts.	Leeftijd: -6-17 jaar Gewichtsklasse: -Overgewicht / obesitas Exclusiecriteria: -Verstandelijke beperkingen -Ernstige psychosociale problemen -Handicaps (niet mobiel)	Ja -Er wordt een database gekoppeld aan interventie voor BMI	Gedeeltelijk -In delen vergoed, voor de betrokken disciplines die onderdeel zijn van het programma	-Benaderen van een complex probleem in zijn totaliteit -Op de persoon gespecificeerd -Ouders betrekken & motivatie stimuleren	-Financiële vergoeding nu beperkt -Follow-up onmogelijk financieel gezien -Financiële problemen in gezinnen, waardoor materiële voorzieningen er niet zijn
Obesitas-carrusel Hilda Bogert	Duur: Wisselend per kind & afhankelijk van doorverwijzing Frequentie: -1 ^e contact: 2 weken na intake -Hierna: zo nodig het volgende contact na 2 à 4 wkn, -Hierna zo nodig nog enkele afspraken Inhoud: -Screening en mogelijkheid tot coachgesprekken -Begeleiding met doorverwijzen naar andere instanties -Voeding, beweging en leefstijl	-Toevoeging gezamenlijke informatie-bijeenkomsten ouders & kinderen.	Opleiding: -HBO coaching (1 jarige opleiding) Competenties: -Zelfverdieping in het onderwerp -Intervisiegesprekken	Gewenste opleiding: -Algemene coachings-opleiding Gewenste competenties: -Affiniteit met onderwerp + mensen en kinderen	Samenwerking: -Multidisciplinair: kinderarts, fysiotherapeut, diëtist, coach, psycholoog -Wordt vanuit hier vaak doorverwezen naar andere instanties Doorverwijzing: -Huisarts, GGD-arts, kinderartsen	Leeftijd: -4-16 jaar Gewichtsklasse: -Overgewicht / obesitas Exclusiecriteria: -Onvoldoende Nederlandse taal beheersen -Gebrek aan optimale communicatie door geestelijke afwijkingen.	Ja -Door middel van evaluatie-vragenlijsten	Ja -Valt onder obesitas-carrusel van ziekenhuis	-Individuele begeleiding van de coach -Gericht op de toekomst en doelen stellen -Volhouden van nieuw aangeleerd gedrag	-Er wordt een coachtraject geboden. Dit is anders dan een volwaardig programma.
Lekker in je vel Nicole Boogers	Duur: 2 jaar Frequentie: -1 ^e periode (14 wkn): 5 x huisbezoek 1,5 uur + 7x telefonisch spreekuur mogelijk -2 ^e periode (6 mnd): 3 x huisbezoek + 6x telefonisch spreekuur mogelijk -3 ^e periode: groepsbijeenkomst per kwartaal Inhoud: -Voeding, bewegen, opvoedingsondersteuning	-Gezins-therapeut betrekken, i.v.m. psychologische multi-problematiek	Opleiding: -Achtergrond in basisonderwijs -LOI-opleiding kind & voeding -Verschillende coachingsopleidingen	Gewenste competenties: -Het coachen van volwassenen & kinderen als basis hebben. -Kennis hebben over ontwikkelingen van een kind -Wordt gewerkt aan criteria waar consultant aan moet voldoen	Samenwerking: -Multidisciplinair: kinderarts, diëtist, motorische remedial teacher, coach Doorverwijzing: -GGD, kinderarts, huisarts	Leeftijd: -6-12 jaar Gewichtsklasse: -Overgewicht / obesitas Exclusiecriteria: Niet bekend	Nee	Deels? -(Deels?) gefinancierd door o.a. ZonMw, CZ & gemeente Den Bosch	-Coördinerende functie: iemand neemt de leiding -Vertrouwenpersoon voor ouders -Huisbezoeken -Groepsbijeenkomsten	-Moeilijk om doelgroep te blijven motiveren & stimuleren
Lekker Püh Wendelyn Disse	Duur: Totdat het kind uitgegroeid is Frequentie: -1 ^e maand: wekelijks -Na 1 ^e maand: 1x i.d. 2 wkn -Hierna: 1x i.d. maand, totdat het kind goed op de rails is -Follow up: 3/4 x per jaar, totdat kind uitgegroeid is Inhoud: -Persoonlijke begeleiding op maat -Voeding, beweging, leefstijl	-Productboek met inhoud van het programma -kwaliteits-eisen voor de consulenten van Lekker Püh -Zelfde manier van uitvoering door consulenten in Nederland	Opleiding: -Verschillend: jeugdarts, diëtist, kinderverpleegkundige, onderwijs, maatschappelijk werkster, gewichtconsulent Competenties: -In het team passen + juiste uitstraling -Werkervaring met doelgroep + 7 jaar eigen leefstijlpraktijk	Gewenste competenties: -Juiste uitstraling+ in team passen: klik & ervaring met gezinnen -Wordt gewerkt aan criteria waar consultant aan moet voldoen	Samenwerking: -1 professional; consulenten onderling wisselen wel adviezen uit -Samenwerking met kinderfysiotherapeut die het programma 'fitkids' verleent Doorverwijzing: -Via huisartsen, GGD-arts, internet, mond op mond reclame	Leeftijd: -5-19 jaar Gewichtsklasse: -Overgewicht Exclusiecriteria: -Comorbiditeit (gaan naar de huisarts) -Onvoldoende beheersen Nederlandse taal	Ja -2009, 1 jarige pilot BMI, gewicht, buikomvang gedaald. 1 ^e maanden progressie, na half jaar: snelheid van daling nam af	Gedeeltelijk -Waar gewichts-consulenten worden vergoed door verzekeraars, geldt dit ook voor Lekker Püh	-Individueel programma; 1 professional is aanspreekpunt voor gezin -Intensief & langdurig programma -Betrekken hele gezin -Innovatief en vernieuwend	-Je als organisatie goed neer zetten. Lekker Püh is niet makkelijk te plaatsen in een hokje, waar grote organisaties mee werken -Beperkingen in vergoedingen -Nog niet evidence based (hier wordt aan gewerkt)

<p><i>Triple P lifestyle (Go4fit)</i></p> <p><i>Sanne Gerards</i></p>	<p>Duur: 14 weken Follow-up: 1 jaar</p> <p>Frequentie: -14 sessies: -8 groeps-training-sessies (2u) -2 telefonische sessies (30 min) -1 groepsessie (2u) -2 telefonische sessies (30 min) -1 afsluitende groepsessie (2u)</p> <p>Inhoud: -Gericht op ouders: opvoeding, voeding & beweging van kind</p>	-Net gestart, is nog moeilijk te zeggen.	<p>Opleiding: -Gezondheids-wetenschappen</p> <p>Competenties: -Training op lifestyle Triple P project (Triple P accreditatie)</p>	<p>Gewenste competenties: -Triple P accreditatie</p>	<p>Samenwerking: -Individueel uitgevoerd : door de hoofdonderzoekster van de pilot of een Jeugd-verpleegkundige van de GGD</p> <p>Doorverwijzing: -Via verschillende manieren gerekruteerd: internet, apotheken, centra jeugd & gezin</p>	<p>Leeftijd: -Ouders met kinderen van 4-8 jaar</p> <p>Gewichtsklasse: -Obesitas</p> <p>Exclusiecriteria: Niet bekend</p>	<p>Nee -Wel al in Australië: gepubliceerd en effectief bewezen</p>	<p>Nee(?) -Gefinancierd door: ministerie VWS</p>	-Vernieuwend: richt zich op opvoedings-ondersteuning bij ouders -Naast voeding & beweging, ook opvoedingsvraagstukken. -Gebaseerd op Triple P programma	-Ouders van kinderen met overgewicht rekruteren is niet gelukt, lastig noodzaak in te laten zien -Doorverwijzing van artsen bleek nog lastig
<p><i>Kompaan & de Bocht</i></p> <p><i>Bernadette Janssen</i></p>	<p>Duur: Max. 1 jaar</p> <p>Frequentie: -1x i.d. 1 à 2 weken -Verschilt per kind hoe het afloopt in frequentie</p> <p>Inhoud: -Ondersteunt ouders bij veranderingen in leefstijl en gaat oplossingsgericht met ouders aan de slag, naast de behandeling van het kind -Speelt een rol bij het begrenzen & leiding geven in het gezin</p>		<p>Opleiding: -HBO / HBO+, richting: maatschappelijk werk -Aanvullend de opleiding intensief ambulante gezins-begeleiding (IAG)</p>	<p>Gewenste competenties: -Oplossingsgericht met ouders werken -Begrenzen + leiding geven in een gezin</p>	<p>Samenwerking: -Multidisciplinair: behandelgroep, ambulante hulpverlener, verpleegkundige, diëtist, fysiotherapeut, preventiemedewerker (vd GGZ), behandelcoördinator</p> <p>Doorverwijzing: -O.a. via kinderarts van ziekenhuis, Thebe: afdeling voeding/ diët & consultatiebureau (schoolartsen).</p>	<p>Leeftijd: -2-8 jaar</p> <p>Gewichtsklasse: -Obesitas (overgewicht wordt niet per definitie uitgesloten)</p> <p>Exclusiecriteria: -Obesitas die voortkomt uit medische problematiek</p>	Nee	<p>Ja -Werkt via indicatie Bureau Jeugdzorg, wel eigen bijdrage door ouders i.v.m. jeugdhulpverlening</p>		
<p><i>OLVG</i></p> <p><i>Mieke Lang-kemper</i></p>	<p>Duur: 2 jaar</p> <p>Frequentie: -Afhankelijk van wat er gewenst is; afhankelijk van: gezondheid, motivatie & houding van ouders -Pas stopgezet als dit echt mogelijk lijkt</p> <p>Inhoud: -Voeding-, bewegings- & leefpatroon</p>		<p>Opleiding: -HBO-opleiding cultureel en maatschappelijk vorming (CMV)</p>	<p>Gewenste competenties: -Goed inlevingsvermogen -Inzicht in sociale culturen/gezin -Goed coördineren + verslaglegging -“Spin in het web”</p>	<p>Samenwerking: -Multidisciplinair: verpleegkundige, unithoofd, kinderartsen, psycholoog, diëtiste en obesitascoördinator</p> <p>Doorverwijzing: -Huisarts, GGD-arts</p>	<p>Leeftijd: Alle leeftijden kind</p> <p>Gewichtsklasse: Obesitas</p> <p>Exclusiecriteria: Niet bekend</p>	<p>Ja -2010: gunstige uitkomsten gewichtsafname + BMI</p>	<p>Gedeeltelijk -Voor verschillende disciplines die onderdeel zijn van het programma + gedeeltelijke subsidie van de gemeente</p>	-Samenwerking in de wijk met andere disciplines: korte lijntjes -De rol als “spil” in het proces	-Ouder en kind blijven stimuleren/ motiveren -Ouder noodzaak gedragsverandering laten inzien
<p><i>FLINK in opgroeiën</i></p> <p><i>Sabine Ransdorp & Inge Winius</i></p>	<p>Duur: 1 jaar</p> <p>Frequentie: -1x i.d. 1 à 2 weken -Ouderavonden in groepsvorm: 1x i.d. 2 maanden -Frequentie zal gedurende periode afnemen</p> <p>Inhoud: -Zorg op maat per gezin -Leefstijl, voeding, beweging</p>		<p>Opleiding: -HBO-pedagogiek + post-HBO kindercoach & HBO-orthopedagogiek + Post-HBO -Opvoedcoach (gezinscoach)</p> <p>Competenties: -Techniek in vraagstelling + coaching -Werkervaring met doelgroep</p>	<p>Gewenste competenties: - Ervaring & affiniteit met doelgroep: gedragsmatige aspecten, (multi-problematiek gezin) -Grenzen + expertises kennen -Praktijkgericht zijn -Op tijd doorverwijzen -Mensen motiveren</p>	<p>Samenwerking: -Multidisciplinair met diëtist, fysiotherapeut & sportschool in ontwikkeling</p> <p>Doorverwijzing: -Nu: via internet</p>	<p>Leeftijd: -6-17 jaar</p> <p>Gewichtsklasse: Overgewicht / obesitas</p> <p>Exclusiecriteria: -Ernstige obesitas</p>	Nee	<p>Gedeeltelijk -Maximaal 6 gesprekken bij een aanvullende verzekering</p>	-Zorg op maat per gezin/ kind -Achtergrond & ervaring met doelgroep -Thuis meekijken -Vasthouden van motivatie	
<p><i>Obesitas-centrum</i></p> <p><i>Lucia de Reijer</i></p>	<p>Duur: 1 jaar</p> <p>Frequentie: -Gesprek om de 2 maanden met coach -6 ouderavonden -6 kinderbijeenkomsten (waarvan 3 bijeenkomsten ouder+kind samen)</p> <p>Inhoud: -Screening/ Intake. -Leefstijlverandering stimuleren</p>	-Langdurig programma (langer dan 1 jaar) -Meer gezins-gesprekken -Sneller psychologische ondersteuning bij het programma	<p>Opleiding: -HBO-orthopedagogiek + Hogere Kader opleiding</p> <p>Competenties -Werkervaring bij o.a. Bureau Jeugdzorg</p>	<p>Gewenste opleiding: -Cognitieve gedragstherapie</p>	<p>Samenwerking: -Multidisciplinair: kinderarts, fysiotherapeut, diëtiste, psycholoog, orthopedagoog & sport en spel instructeur</p> <p>Doorverwijzing: -Huisarts,GGD-arts, kinderarts, arts consultatiebureau</p>	<p>Leeftijd: -4-18 jaar</p> <p>Gewichtsklasse: -Obesitas</p> <p>Exclusiecriteria: -Onvoldoende beheersen Nederlandse taal</p>	<p>Ja -Evaluatie-formulieren & lichaams-metingen</p>	<p>Gedeeltelijk -Voor verschillende disciplines die onderdeel zijn van het programma</p>	-Werken in groepen -Betrekken van ouders -Uitgebreid team met alle nodige disciplines -Coördinerende rol + langdurig contact met ouders	-Financiële beperking -Huisbezoeken niet mogelijk (financieel gezien) -Meer gezinsgesprekken aan sommige gezinnen willen bieden, maar financieel niet mogelijk

COACH <i>Anita Vreugdenhil</i>	<p>Duur: Totdat het kind uitgegroeid is (18-jarige leeftijd)</p> <p>Frequentie: -1x i.d. maand -Als blijkt dat het goed gaat →afbouwen frequentie -Jaarlijkse screening</p> <p>Inhoud: -Uitgebreide screening, zorg op maat. -Begeleiding leefstijlverandering</p>	-Kinderen blijven volgen tot 35 jarige leeftijd indien nodig & wenselijk	<p>Opleiding: -Gespecialiseerd verpleegkundige.</p> <p>Competenties: -Gewerkt als gezinscoach bij andere patiëntengroepen, waaronder ook kinderen -Ingewerkt door ervaren kinderarts</p>	<p>Gewenste opleiding: -Een specifiek opgeleide groep: "kinder-obesoloog"</p> <p>Gewenste competenties: -Communicatie-competenties -Medische achtergrond -Centraal tussen patiënten en het team instaan</p>	<p>Samenwerking: -Multidisciplinair:MDL-(kinder-)arts, (kinder-)endocrinoloog, diëtist, psycholoog, kinderintensivist, coach (verpleegkundige) -Samenwerkingsverband: met RIAGG</p> <p>Doorverwijzing: Via huisartsen, GGD-arts, korte programma's uit perifere ziekenhuizen, mond op mond reclame</p>	<p>Leeftijd: -4-18 jaar</p> <p>Gewichtsklasse: -Overgewicht / obesitas</p> <p>Exclusiecriteria: -Niet gemotiveerd zijn om naar programma toe te komen</p>	<p>Ja -Evaluaties n.a.v. screening, zorgen voor uitgebreide informatie op verschillende niveaus. Nog niet gepubliceerd.</p>	<p>Gedeeltelijk -Behandeling wordt indirect vergoed vanuit de opname voor de betrokken disciplines</p>	<p>-Langdurig programma -Screening vooraf aan het programma</p>	<p>-Groot aanbod kinderen; wordt nog lastig om te blijven volgen lange tijd -Meer tijd en mensen nodig</p>
Centrum overgewicht & obesitas ² <i>Erika Wamsteker</i>	<p>Duur: Min. 1 jaar</p> <p>Frequentie: -Fase 1 (1^e halfjaar): 1x i.d. 2 weken (1,5 uur) -Fase 2: 1x i.d. maand/2 maanden (1,5uur)</p> <p>Inhoud: -Gericht op voeding, beweging, gedrag</p>		<p>Opleiding: -Sociaal pedagogische hulpverlening (SPH)</p>	<p>Gewenste opleiding: -Minimaal HBO</p> <p>Gewenste competenties: -Ervaring met de behandeling van obesitas.</p>	<p>Samenwerking: -Multidisciplinair: arts, fysiotherapeut, diëtist, psycholoog, gezinscoach</p> <p>Doorverwijzing: -Huisarts, 2^e lijnspecialisten</p>	<p>Leeftijd: -Alle leeftijden in gezin</p> <p>Gewichtsklasse: -Overgewicht / obesitas -Gezinnen met 2 of meer gezinsleden die overgewicht of obesitas hebben</p> <p>Exclusiecriteria: -Bijkomende psychiatrische problematiek</p>	<p>Nee -Data verzameld, niet geanalyseerd</p>	<p>Ja -Valt binnen Diagnose-behandeling-combinatie (DBC) voor 2^e lijns psychotherapie</p>	<p>-Behandeling is efficiënt door uitvoering door 1 behandelaar -Multidisciplinaire aanpak door terugkoppeling aan en overleg met andere disciplines</p>	<p>-Niet langer gefinancierd (per 2010 loopt programma niet meer) -Geen effectiviteit aan kunnen tonen.</p>

Tabel 1 samenvatting van de verschillende programma's met obesitascoaches voor kinderen met overgewicht/obesitas in Nederland

² Dit programma loopt niet meer

3.11 Conclusie

De obesitascoach in Nederland is een breed begrip, blijkt uit de interviews met de verschillende betrokkenen (zie ook bijlage 2). Er bestaat een grote variëteit aan programma's waarbij een obesitascoach is betrokken. De programma's variëren qua inhoud, frequentie en duur. Over het algemeen is er aandacht voor de aspecten voeding, beweging en gedragsverandering. Gemiddeld is er sprake van wekelijks of tweewekelijks bezoek en de meeste programma's duren 1 jaar. Een deel van de obesitascoaches komt bij de gezinnen thuis. Anderen geven individuele begeleiding of groepsessies op de locatie van het programma. De samenwerking met een multidisciplinair team staat meestal centraal.

De geïnterviewden geven aan dat het, indien nodig, mogelijk moet zijn de frequentie van de contacten te verhogen. Ook is het van belang dat gezinnen zo nodig langjarig kunnen worden begeleid. Aandacht voor eventueel aanwezige multi-problematiek is hierbij essentieel, net als de ondersteuning door een gedragsdeskundige zoals een psycholoog hierbij.

Er zijn grote verschillen tussen de obesitascoaches wat betreft opleiding en de competenties waarover zij aangeven te beschikken. Het opleidingsniveau varieert van een LOI-cursus, tot een universitaire masterstudie. Relevante werkervaring wordt als een belangrijke competentie genoemd.

De geïnterviewden geven aan dat een opleiding op minimaal HBO-niveau wenselijk lijkt. Een speciale opleiding tot obesitascoach wordt als een zinvolle optie gezien. Hierin zou aandacht moeten zijn voor onder meer pedagogiek, cognitieve gedragstherapie en algemene coachingsvaardigheden, zoals gespreksvaardigheden, inlevingsvermogen en vermogen tot motiveren van anderen. De obesitascoach zou over vaardigheden moeten beschikken die hem/haar geschikt maken de behandeling te coördineren en af te stemmen met collega's van andere disciplines. Om de behandeling zelfstandig uit te voeren, zou de obesitascoach medische basiskennis moeten verwerven en kennis over kinderonwikkeling. De obesitascoach zou verder in staat moeten zijn om te gaan met gezinnen waar multiproblematiek speelt. Hierbij zou hij/zij oplossingsgericht te werk moeten gaan. Bovendien is het van belang dat de obesitascoach de grenzen kent van zijn/haar eigen expertise en competenties en zo nodig op tijd doorverwijst.

De meeste onderzochte programma's werken met een multidisciplinair team. Hierbij gaat het naast de obesitascoach veelal om een arts, diëtist, psycholoog, fysiotherapeut, verpleegkundige en/of orthopedagoog.

Doorverwijzing naar de verschillende programma's verloopt met name via de huisarts (1^e lijn), maar ook wel via de 0^e lijn (GGD) of 2^e lijn (kinderarts). In de meeste gevallen kunnen mensen zich nu ook zonder verwijzing aanmelden.

De doelgroep van de verschillende programma's varieert qua leeftijd en gewichtsklasse. De meeste programma's richten zich op kinderen tussen de 4 en 17 jaar met overgewicht of obesitas. Exclusiecriteria variëren, maar zijn onder meer: co-morbiditeit, ernstige obesitas, onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal, ernstige psychosociale of psychiatrische problematiek en verstandelijke of lichamelijke beperkingen die behandeling in de weg staan. Bij alle programma's geldt bereidheid tot actieve participatie van de ouders als voorwaarde tot deelname.

Hoewel verschillende programma's werken aan evaluatie van de interventie, zijn er tot op heden geen wetenschappelijke publicaties beschikbaar, die de meerwaarde van de obesitascoach in de Nederlandse praktijk aantonen.

Wat betreft de vergoeding door verzekeraars voor de verschillende programma's, is er vaak een gedeeltelijke vergoeding en zelden een volledige vergoeding van het programma.

Belemmeringen die de obesitascoaches ervaren, liggen onder meer op het vlak van de aanwezigheid van multiproblematiek en de gebrekkige financiering van de interventies, waarbij wordt gewezen op het belang van de mogelijkheid van langdurige ondersteuning bij gedragsverandering. De wens leeft om de aanpak door obesitascoaches meer uniform te maken en in het verlengde hiervan de vergoeding goed te regelen.

4 Een vragenlijstonderzoek naar de relatie ouder en kind

4.1 Inleiding

Zowel uit de literatuur[21] als uit de praktijk is bekend dat er bij kinderen met obesitas vaak sprake is van multiprobleem gezinnen. Daarnaast is het bekend dat obesitas het risico op psychosociale problemen verhoogt en dat deze twee factoren mogelijk ook elkaar versterken[28]

Ernstig obese kinderen en hun gezinnen hebben mogelijk specifieke danwel relatief ernstige psychosociale problemen die om een aangepaste aanpak vragen en van invloed zijn op de benodigde competenties van voor deze groep in te zetten obesitascoaches. Om hierop meer zicht te krijgen, is in aanvulling op het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek over de obesitascoach een kort vragenlijstonderzoek uitgevoerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van onderzoeksgegevens uit de HELIOS-studie die momenteel wordt uitgevoerd bij het behandelcentrum voor kinderobesitas Heideheuvel (onderdeel van MEREM Behandelcentra) te Hilversum. Omdat de omgang tussen ouder en kind belangrijk onderdeel kan zijn van de gezinsproblematiek, is gebruik gemaakt van de Ouder Kind Interactie Vragenlijst (OKIV-Revised). Deze vragenlijst is specifiek gericht op de interactie tussen het kind en de ouder. Vanuit de mogelijke problemen in de interactie die naar voren komen uit dit vragenlijstonderzoek, kan er worden gekeken of de bij obesitascoaches beschikbare competenties hierbij aansluiten.

De hoofdvraag van dit hoofdstuk is: “Welke aspecten vereisen de nodige aandacht in de gezinssituatie bij kinderen met ernstige obesitas en hoe sluit dit aan bij de vaardigheden en competenties die de obesitascoaches in Nederland hebben?”

4.2 Methode

De OKIV-R richt zich op concreet gedrag, namelijk opvattingen en affect tussen een ouder en het kind. De OKIV-R stelt zowel behandelaars als onderzoekers in staat in cijfers uit te drukken, in welke mate elke ouder afzonderlijk de relatie met het kind positief of negatief beoordeelt, en omgekeerd[29].

Er bestaan drie verschillende versies van de OKIV-R, namelijk één vragenlijst die het kind (8 t/m 18 jaar) invult over de moeder, één die door het kind wordt ingevuld over de vader en één vragenlijst die door een van de ouders wordt ingevuld over het kind.

Afname en interpretatie vinden plaats door (of onder supervisie van) een klinisch psycholoog of (ortho-)pedagoog. De vragen worden door de ouder(s) en het kind op een vijfpuntsschaal gescoord. Een deel van de items moet vervolgens worden omgescoord, hier zijn scoringsmallen voor beschikbaar[29].

Voor gebruik in de klinische praktijk zijn bij tests normscores nodig. Men kan de score van individuele patiënten (of gezinnen) afzetten tegen de scores in vergelijkbare groepen. Voor de OKIV-R is gebruik gemaakt van quintielen. Dat wil zeggen dat voor elk der schalen een frequentieverdeling is opgesteld met de range van scores van de 20 % die het laagst scoren, de 20% die daarboven scoren enzovoorts. Hierbij geldt dat een score boven de gemiddelde score positief is[29]. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de 2 ranges van scores boven het gemiddelde en de 2 ranges van scores onder het gemiddelde. De range die wordt gezien als het gemiddelde, wordt in dit onderzoek niet gebruikt.

De normscores zijn bepaald voor de 'normale populatie' (steekproef bij scholieren en hun ouders) en voor de 'klinische populatie' (gezinnen waarvan kinderen met psychische problemen zijn aangemeld)[29]. Voor de ernstig obese kinderen van dit onderzoek, wordt de norm van de 'normale populatie' toegepast, omdat deze bij de Heideheuvel ook toegepast wordt voor deze kinderen.

Normtabellen van de scores zijn opgesteld voor de 'normale populatie' en de 'klinische populatie' voor de afzonderlijke subschalen (acceptatie en conflicthantering) en voor de totale OKIV-R scores[29].

De twee dimensies die samen de subschalen van de OKIV-R vormen, staan hieronder toegelicht:

- Conflicthantering gaat over het voorkomen en oplossen van conflicten. Items uit de vragenlijsten die het kind invult over de ouders, zijn bijvoorbeeld: "Mijn vader/moeder en ik hebben vaak problemen die niet opgelost worden."; "Als mijn vader/ moeder mij iets verbiedt, trek ik me daar niets van aan." Items uit de vragenlijst die de ouder invult over het kind, zijn bijvoorbeeld: "Er bestaan veel conflicten tussen mij en ... die niet uitgepraat kunnen worden."; "Wanneer... en ik een meningsverschil hebben schreeuw ik tegen hem/ haar."
- Acceptatie gaat over gevoelens zoals warmte, troost, bescherming en trots. Items uit de vragenlijst die het kind invult over de ouder, zijn bijvoorbeeld: " Mijn vader/ moeder is trots op mij."; "Als ik ergens verdrietig om ben, troost mijn vader/moeder mij". Items uit de vragenlijst die de ouder invult over het kind, zijn bijvoorbeeld: "Ik geef... een compliment."; "Ik ben erg trots op...."

4.3 Resultaten

De OKIV-R is in het kader van de HELIOS-studie afgenomen bij 120 ernstig obese kinderen (8 t/m 18 jaar) en ouders op Heideheuvel. In de analyse van deze vragenlijsten, zijn in totaal 88 kinderen geïnccludeerd omdat de overige gegevens op het moment van dit onderzoek nog niet beschikbaar waren.

Bij de analyse van de vragenlijsten is er gekeken naar hoe de ouder de vragenlijst over zijn of haar kind heeft ingevuld en hoe het kind de vragenlijst over deze betreffende ouder heeft ingevuld. Er is dus gekeken naar het kind en één van de ouders. Er wordt hier van de ouder uitgegaan die het meest betrokken is bij de opvoeding van het kind.

Wat vooral opvalt uit de cijfers van de data-analyse, is dat de beoordeling van de ouder over het kind in zijn totaal vaak onder het gemiddelde scoort. Dat is een ongunstig resultaat. Hierbij is er zelden een waarde te vinden die extreem onder het gemiddelde ligt.

Door de kinderen wordt bij de vragenlijst over de ouders veel minder vaak onder het gemiddelde gescoord, in vergelijking met de ouders. Dit toont een discrepantie in de antwoorden van het kind en dat van de ouder. Zo is er 45 keer van de 88 (51%) sprake van discrepantie tussen ouder en kind. In 37 (82%) van deze gevallen is het zo dat de ouder wel onder het gemiddelde scoort en het kind niet. Zie tabel 2, voor een overzicht van de uitkomsten.

	Conflicthantering N totaal=88 /(%)	Acceptatie N totaal=88/(%)	Totaal N totaal=88/(%)
Ouder over kind < gemiddeld	N =70 /(80%)	N=52/ (59%)	N=71 /(81%)
ouder over kind >gemiddeld	N=14/ (16%)	N=17/(19%)	N=11 /(13%)
Kind over ouder <gemiddeld	N=43/(49%)	N=32/(36%)	N=40 /(46%)
Kind over ouder >gemiddeld	N=32 /(36%)	N=41/ (47%)	N=33/ (38%)
Discrepantie			N=45 /(51%)

Tabel 2 Scores van ouder en kind, onder gemiddeld & boven gemiddeld van N= 88

4.4 Discussie

Als beide ouders een slechte relatie met het kind rapporteren en het kind relatief positief scoort op het goed met conflicten omgaan en acceptatie, veronderstelt de handleiding van de OKIV-R dat de ouders in principe over de juiste opvoedingsvaardigheden beschikken. De lage scores van de ouders zouden er dan op kunnen wijzen dat het kind psychische- en/of gedragsproblemen heeft. Wanneer de ouders juist geen probleem rapporteren en het kind dit wel aangeeft, dan geeft dat mogelijk een probleem aan binnen de relatie met de desbetreffende ouder[29].

Uit de geanalyseerde vragenlijsten, komt vooral vaak een lage score vanuit de ouder over het kind naar voren. Echter is er veel minder vaak een lage score vanuit het kind over de ouder. Dit toont de al eerder genoemde discrepantie onderling. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat de oorzaak van een mogelijk probleem in de interactie tussen ouder en kind bij het kind ligt. Er kan sprake zijn van een psychisch probleem of een gedragsprobleem bij het kind.

Een kanttekening hierbij is, dat er bij deze vragenlijsten is uitgegaan van één ouder. Het is de vraag of dezelfde conclusie getrokken mag worden vanuit slechts één ouder.

Wat verder nog opvalt, is dat vooral de conflicthantering in zijn algemeen slechter scoort dan de acceptatie. Het percentage scores dat onder het gemiddelde valt, is hoog en het percentage van scores dat boven het gemiddelde valt is juist laag, wat hier als ongunstig wordt beoordeeld.

4.5 Conclusie

Voornamelijk conflicthantering, maar ook acceptatie tussen ouder en kind, lijken belangrijke aspecten om mee te nemen in de behandeling. Het lijkt van belang dat obesitascoaches het gezin kunnen begeleiden bij een betere acceptatie en conflicthantering tussen ouder en kind. Dit onderzoekje is nog maar een verkenning voor het in beeld krijgen van de gezinssituatie bij deze doelgroep. Meer onderzoek hierover zou nodig zijn om een duidelijker beeld te krijgen.

5 Discussie, conclusie en aanbevelingen

5.1 Discussie

Doel van deze rapportage is om een beeld te geven van de meerwaarde die de obesitascoach kan hebben bij de behandeling van kinderen met obesitas in Nederland. Het gaat hier om zorg binnen de kaders van de Zorgstandaard Obesitas[15]. De voornaamste conclusies van deze rapportage zijn als volgt:

De literatuurstudie heeft geen artikelen opgeleverd die exact aansluiten op de obesitascoach voor kinderobesitas zoals in paragraaf 2.1 omschreven. Er is weliswaar veel onderzoek gedaan naar de behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas, maar het aspect van een obesitascoach die zelfstandig bij mensen thuis een leefstijlinterventie uitvoert in samenwerking met een multidisciplinair behandelteam gericht op de behandeling van kinderobesitas, blijkt niet beschreven te zijn. Er is dus nog geen onderzoek beschikbaar op basis waarvan conclusies getrokken kunnen worden over de meerwaarde van de obesitascoach bij de behandeling van obese kinderen.

Een inventarisatie van programma's in Nederland die gebruik maken van een dergelijke obesitascoach, leverde echter wel verschillende praktijkvoorbeelden op. Tijdens de interviews met de obesitascoaches van deze programma's, is naar voren gekomen dat er veel verschillende instanties en organisaties op hun eigen manier een programma opgezet hebben rondom een obesitascoach bij kinderen.

De programma's zijn nogal wisselend qua inhoud, frequentie en duur. Over het algemeen is er aandacht voor de aspecten voeding, beweging en gedragsverandering. Gemiddeld is er sprake van wekelijks of tweewekelijks contact en de meeste programma's duren 1 jaar. Een deel van de obesitascoaches komt bij de gezinnen thuis. Andere geven individuele begeleiding of groepssessies op de locatie van het programma.

Ook de opleidingen van de obesitascoaches variëren sterk. Er is nog geen richtlijn over de gewenste opleiding en competenties van obesitascoaches. De samenwerking met een multidisciplinair team staat vaak centraal bij de programma's, waarbij vaak door de eerstelijnszorg wordt doorverwezen.

De doelgroep van de programma's is veelal kinderen tussen de 4 en 17 jaar met overgewicht of obesitas en hun ouders.

Belemmeringen die de obesitascoaches ervaren, liggen veelal op het vlak van de gebrekkige financiering van de interventies. Daarnaast is de aanwezigheid van multiproblematiek bij de gezinnen een belangrijk aandachtspunt. Om de vaak complexe psychosociale problematiek

goed te kunnen adresseren, zou samenwerking gezocht kunnen worden met bijvoorbeeld Jeugdzorg. De bij Jeugdzorg aanwezige competenties vormen mogelijk een waardevolle aanvulling op de competenties van de obesitascoach.

Hoewel verschillende programma's werken aan evaluatie van de interventie, ontbreekt het nog aan publicaties over de toegevoegde waarde van de obesitascoach in de Nederlandse praktijk.

Een dergelijk onderzoek naar de kwaliteit van de behandeling zou zich kunnen richten op de inhoud, duur en frequentie van de behandelingen, de competenties van de betrokken coaches en de effecten van de interventies. Dit onderzoek zou voorafgegaan kunnen worden door het vaststellen van een 'best practice' op basis van de praktijkervaringen tot nu toe en de adviezen van experts. Op basis hiervan zou een randomized controlled trial (RCT), met interventies met en zonder obesitascoach, kunnen worden opgezet. Hierbij zou de obesitaszorg zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas als randvoorwaarde moeten dienen. Een kosteneffectiviteitsanalyse zou toegevoegd kunnen worden.

Op basis hiervan zou een richtlijn kunnen worden opgesteld over de gewenste opleiding en competenties van de obesitascoach als mede van de inhoud, duur en frequente van behandelprogramma's waarvan deze deel uit maakt

Voor deze rapportage is er geprobeerd om zoveel mogelijk kennis te verwerven over de huidige situatie van de obesitascoach bij kinderen middels literatuuronderzoek en het inventariseren van praktijkvoorbeelden. Gezien de beperkte tijd, is niet gestreefd naar volledigheid, maar naar het beschrijven van de stand van zaken op basis van beschikbare informatie. Hierbij moet worden aangetekend dat de informatie die door de geïnterviewden is verstrekt, niet op feitelijke juistheid is gecontroleerd.

Desondanks kan de informatie uit deze rapportage als waardevol worden beschouwd en geeft het een goede indicatie van de huidige stand van zaken.

5.2 Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de deze rapportage kan geconcludeerd worden dat de obesitascoach een veelbelovende toevoeging is op het huidige behandelaanbod voor (ernstig) obese kinderen in Nederland. De obesitascoach zou kunnen worden ingezet tijdens verschillende fases van een obesitasbehandeling, zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas: de intensieve behandelfase, de onderhoudsfase (terugvalpreventie) en de fase van begeleiding voor zolang als nodig. Hierbij zou de obesitascoach deel uitmaken van een zorggroep en werken op basis van het individuele zorgplan dat door de centrale zorgverlener met de patiënt wordt opgesteld.

Er is echter gedegen wetenschappelijk onderzoek nodig om de meerwaarde van deze vorm van zorg te bepalen. Hierbij dient gekeken te worden naar de kwaliteit van de behandeling. Meer informatie is nodig over de optimale inhoud, duur en frequentie van de behandeling, over de benodigde competenties (kennis, vaardigheden en ervaring) en opleiding van de obesitascoach en over de effecten op gedrag, gewicht en gezondheid van de doelgroep. Dergelijk onderzoek zou plaats moeten vinden in de vorm van gerandomiseerde effectstudies waarbij gecombineerde leefstijlinterventies met interventies met en zonder obesitascoach worden vergeleken en waarbij ook naar de kosteneffectiviteit wordt gekeken. Dit onderzoek kan plaatsvinden bij reeds bestaande behandelprogramma's, mits deze voldoen aan de randvoorwaarden voor obesitaszorg zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas.

Bronnen

1. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, Singh GM, Gutierrez HR, Lu Y, Bahalim AN *et al*: **National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants.** *Lancet* 2011, **377**(9765):557-567.
2. van den Hurk K, van Dommelen P, van Buuren S, Verkerk PH, Hirasing RA: **Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997.** *Arch Dis Child* 2007, **92**(11):992-995.
3. Dietz WH: **Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease.** *Pediatrics* 1998, **101**(3 Pt 2):518-525.
4. Ludwig DS: **Childhood obesity--the shape of things to come.** *N Engl J Med* 2007, **357**(23):2325-2327.
5. Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI: **Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood.** *N Engl J Med* 2007, **357**(23):2329-2337.
6. Must A, Strauss RS: **Risks and consequences of childhood and adolescent obesity.** *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999, **23 Suppl 2**:S2-11.
7. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ: **Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature.** *Obes Rev* 2008, **9**(5):474-488.
8. Trasande L, Chatterjee S: **The impact of obesity on health service utilization and costs in childhood.** *Obesity* 2009, **17**(9):1749-1754.
9. Withrow D, Alter DA: **The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity.** *Obes Rev* 2011, **12**(2):131-141.
10. Braet C, van Winckel MAJM: *Hoe ontwikkelt kinderobesitas? De rol van omgevingsfactoren, leerprocessen en psychologische factoren.* Houten/Zaventem Bohn Stafleu Van Loghum; 2001.
11. Anderson CB, Hughes SO, Fuemmeler BF: **Parent-child attitude congruence on type and intensity of physical activity: testing multiple mediators of sedentary behavior in older children.** *Health Psychol* 2009, **28**(4):428-438.
12. Ferreira I, van der Horst K, Wendel-Vos W, Kremers S, van Lenthe FJ, Brug J: **Environmental correlates of physical activity in youth - a review and update.** *Obes Rev* 2007, **8**(2):129-154.
13. Epstein LH, Paluch RA, Roemmich JN, Beecher MD: **Family-based obesity treatment, then and now: twenty-five years of pediatric obesity treatment.** *Health Psychol* 2007, **26**(4):381-391.
14. Golan M, Kaufman V, Shahar DR: **Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children.** *The British journal of nutrition* 2006, **95**(5):1008-1015.
15. **Zorgstandaard Obesitas.** Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland; 2010.
16. Seidell JC, Halberstadt J, Noordam H, Niemer S: **An integrated health care standard for the management and prevention of obesity in the Netherlands.** *Family practice* 2012, **29**:i153-i146.
17. CBO: *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen.* Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.; 2008.
18. Flodmark CE, Lissau I, Moreno LA, Pietrobelli A, Widhalm K: **New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective.** *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004, **28**(10):1189-1196.
19. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD: **Interventions for treating obesity in children.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009(1):CD001872.

20. Gronbaek HN, Madsen SA, Michaelsen KF: **Family involvement in the treatment of childhood obesity: the Copenhagen approach.** *Eur J Pediatr* 2009, **168**(12):1437-1447.
21. Strauss RS, Knight J: **Influence of the home environment on the development of obesity in children.** *Pediatrics* 1999, **103**(6):e85.
22. Rice J, Thombs D, Leach R, Rehm R: **Successes and barriers for a youth weight-management program.** *Clin Pediatr (Phila)* 2008, **47**(2):143-147.
23. Heimendinger J, Uyeki T, Andhara A, Marshall JA, Scarbro S, Belansky E, Crane L: **Coaching process outcomes of a family visit nutrition and physical activity intervention.** *Health Educ Behav* 2007, **34**(1):71-89.
24. Adam S, Westenhofer J, Rudolphi B, Kraaibeek HK: **Effects of a combined inpatient-outpatient treatment of obese children and adolescents.** *Obes Facts* 2009, **2**(5):286-293.
25. van Egmond-Frohlich A, Brauer W, Goldschmidt H, Hoff-Emden H, Oepen J, Zimmermann E: **[Effects of a programme for structured outpatient follow-up care after inpatient rehabilitation of obese children and adolescents--a multicentre, randomized study].** *Rehabilitation (Stuttg)* 2006, **45**(1):40-51.
26. TODAY: **Design of a family-based lifestyle intervention for youth with type 2 diabetes: the TODAY study.** *International journal of obesity (2005)* 2010, **34**(2):217-226.
27. Paineau DL, Beaufils F, Boulier A, Cassuto DA, Chwalow J, Combris P, Couet C, Jouret B, Lafay L, Laville M *et al*: **Family dietary coaching to improve nutritional intakes and body weight control: a randomized controlled trial.** *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2008, **162**(1):34-43.
28. Bosch J, Daansen P, Braet C: *Cognitieve gedragstherapie bij obesitas.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.
29. Lange A: *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst - Revised. OKIV-R, verantwoording en handleiding.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2001.
30. **Bekwaam is bevoegd; Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg.** Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2011.

Bijlage 1: Zoekstrategie

Zoekmachines

Met behulp van de zoekmachines PubMed, The Cochrane Library, PsycINFO, CINAHL en Google Scholar, werd er gezocht naar relevante artikelen met betrekking tot de obesitascoach zoals beschreven in hoofdstuk 1. De resultaten van deze zoekactie zijn verwerkt in hoofdstuk 2.

Tijd

Literatuur is verworven in de periode vanaf 03-02-2011 tot uiterlijk 23-03-2011.

Zoekcriteria

De artikelen zijn eerst op titel en vervolgens op abstract geselecteerd. Van de selectie die overbleef, zijn de volledige artikelen bekeken.

Zoektermen

PubMed:

Er is geen termijn geselecteerd bij het zoeken van gepubliceerde artikelen. Alle artikelen zijn dus meegenomen.

Nadat MeSH-termen en vrije termen zijn aangemaakt, is er gezocht met de volgende zoektermen; child, adolescent, overweight, obesity, disease management, counseling, treatment, parents, family. Hierna zijn combinaties gemaakt van child OR adolescent, overweight OR obesity, disease management OR counseling OR treatment, parents OR family. Hierna zijn er combinaties gemaakt van deze combinaties samen. Child OR adolescent AND overweight OR obesity AND disease management OR counseling OR treatment. Dit gaf 15663 resultaten. Hierna is er nog gekeken naar een combinatie met Child OR adolescent AND overweight OR obesity AND disease management OR counseling OR treatment AND parent OR family. Dit gaf 2614 resultaten. Bij selectie op basis van de titel en hierna het abstract, bleven er 4 artikelen over die bruikbaar waren.

The Cochrane Library:

Er is geen termijn geselecteerd van gepubliceerde artikelen. Alle artikelen zijn dus meegenomen.

In Cochrane is er gezocht onder *reviews* en *medical trials*. MeSH-termen zijn aangemaakt, waarbij de termen adolescent, overweight, therapeutics, counseling en family overbleven. Rapportage PON _ De obesitascoach _ oktober 2012.docx

Deze zijn gecombineerd: overweight AND therapeutics OR counseling. Dit gaf 2861 resultaten. Vervolgens overweight AND family AND therapeutics OR counseling. Dit gaf 34 resultaten. Daarna nog de combinatie adolescent AND overweight AND therapeutics OR counseling. Dit gaf 465 resultaten. Bij selectie op basis van de titel en vervolgens het abstract, bleven er geen nieuwe bruikbare artikelen over.

PsycINFO:

Er is geen termijn geselecteerd van gepubliceerde artikelen. Alle artikelen zijn dus meegenomen.

Er is gezocht in all publication types. Er zijn vrije termen en MeSH-termen gebruikt: (overweight OR obesity) AND (treatment OR counseling OR (disease management)) AND (child* OR adolescent) AND (family OR parents) Dit leverde 7174 resultaten op.

Omdat dit erg veel was, is een selectie gedaan op basis van de termen in de abstracts: AB=(overweight OR obesity) AND AB=(treatment OR counseling OR (disease management)) AND AB=(child* OR adolescent. Dit leverde nog 704 resultaten op.

Daarbij zijn de therapiebenamingen nog vervangen voor coach, coaching of outpatient care door middel van de volgende combinatie: (overweight OR obesity) AND (coach OR coaching OR outpatient care) AND (child* OR adolescent). Dit gaf 346 resultaten. Vervolgens zijn nog twee termen toegevoegd, nl. family OR parents: (overweight OR obesity) AND (coach OR coaching OR outpatient care) AND (child* OR adolescent.) AND (family OR parents). Dit leverde nog 248 resultaten op.

Hierna is ook nog de termijn 2004 t/m 2011 geselecteerd, om inclusie van alle belangrijke recente artikelen te verzekeren. De combinatie van (obesity or overweight) and (treatment or (disease management) or (counseling) and (child* or adolescent) and (family OR parents) leverde hierbij 5108 resultaten op.

Bij selectie op basis van de titel en vervolgens de abstracts, bleven er geen nieuwe bruikbare artikelen over.

CINAHL:

Er is geen termijn geselecteerd van gepubliceerde artikelen. Alle artikelen zijn dus meegenomen.

Er is gezocht met de volgende combinatie van termen: (obesity OR overweight) AND (treatment OR counseling OR disease management OR coaching OR outpatient care OR coach) AND (child* OR adolescent). AND (family OR parent). Dit leverde 252 resultaten op.

Bij selectie op basis van de titel en vervolgens de abstracts, bleef er 1 relevant nieuw artikel over.

Google Scholar:

Als aanvulling is nog op Google Scholar gezocht. De volgende termen en combinaties zijn hierbij gebruikt: coaching overweight OR obesity, coach overweight OR obesity, coaching family overweight OR obesity, coach family overweight OR obesity, coach children overweight OR obesity, overweight OR obesity counseling, family advisor overweight OR obesity, family based intervention overweight OR obesity, home visiting overweight OR obesity, coaching lifestyle overweight OR obesity. Hierbij is 1 relevant nieuw artikel gevonden.

Bijlage 2: Terminologie

Inleiding

“Naarmate patiënten meer de regie over hun eigen zorg gaan voeren, komen zorgverleners meer in de rol van coach terecht en zijn ze niet alleen maar behandelaar (‘zorgen dat’ in plaats van ‘zorgen voor’). Voor de rol van coach zijn vaardigheden nodig als: proactief denken en handelen, goed kunnen communiceren, inzicht hebben in wat mensen beweegt om hun gedrag te veranderen, de taal van de patiënt spreken en de context van de patiënt niet uit het oog verliezen.”, aldus de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg[30].

Obesitascoach

In deze rapportage wordt gesproken over de ‘obesitascoach’. In hoofdstuk 2 wordt dit begrip als volgt gedefinieerd:

- De obesitascoach werkt zelfstandig vanuit een multidisciplinair team dat een gecombineerde leefstijlinterventie biedt die bestaat uit de componenten voeding, beweging en zo nodig psychologische ondersteuning bij gedragsverandering.
- De obesitascoach fungeert als spil tussen de hulpverleners en het kind en zijn/haar gezin. De obesitascoach is voor zowel de teamleden, als voor het kind en het betreffende gezin, toegankelijk en gemakkelijk benaderbaar.
- De obesitascoach begeleidt het kind en zijn/haar gezin gedurende een langere periode, die kan bestaan uit de verschillende fases van een obesitasbehandeling: de intensieve behandelfase, de onderhoudsfase (terugvalpreventie) en de fase van begeleiding voor zolang als nodig.
- De obesitascoach begeleidt het kind en zijn/haar gezin bij voorkeur (ook) bij het gezin thuis. De obesitascoach krijgt zo een duidelijk beeld van de situatie waarin het kind leeft.

Samenvattend: een obesitascoach is iemand die zelfstandig bij mensen thuis een leefstijlinterventie uitvoert in samenwerking met een multidisciplinair behandelteam gericht op de behandeling van kinderobesitas.

Verwante termen

De term obesitascoach is in Nederland in gebruik, maar niet wijd verspreid, zoals blijkt uit hoofdstuk 3 van deze rapportage. In de praktijk zijn voor mensen die vergelijkbare activiteiten ontplooiën diverse aanverwante termen in omloop, blijkt uit een inventarisatie

die middels een zoekactie op internet is uitgevoerd in het najaar van 2011. Het gaat om termen zoals: coach, gezinscoach, kindercoach, leefstijlcoach, leefstijladviseur, beweeg- en leefstijladviseur, kindereetcoach, gewichtsconsulent en voedingsassistent.

Het opleidingsniveau van de mensen die zich middels de term 'obesitascoach' of aanverwante termen aanbieden, varieert sterk: van een LOI-cursus tot verschillende MBO- en HBO-opleidingen en WO++.

De domeinen waarin de aanbieders werkzaam zijn, blijken ook zeer gevarieerd: van verzorgende/ondersteunende expertise tot paramedische expertise en gespecialiseerde 2^e lijns-expertise.

De competenties die de verschillende aanbieders benoemen, komen overeen met wat is weergegeven in tabel 1 in hoofdstuk 3. Ook hier gaat het om een gevarieerd scala aan competenties, die zijn beschreven in paragraaf 3.3 van deze rapportage.