

GEZONDE LEEFGEWOONTEN STIMULEREN BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING: TAAK VOOR OBC'S

*Petra Reulings¹
Kees de Kok²
Stephanie Hulbosch³
Renske Wentzel⁴*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg stimuleert dat Orthopedagogische behandelcentra (OBC's) meer structurele aandacht besteden aan het bevorderen van een gezonde leefstijl bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. Inspectie en veldpartijen hebben hiervoor bouwstenen geformuleerd. Vervolgens heeft de inspectie bij alle OBC's een nulmeting uitgevoerd om te toetsen in hoeverre de bouwstenen geïmplementeerd zijn. Daaruit blijkt dat leefstijlbegeleiding wel aandacht heeft, maar dat de implementatie nog in de kinderschoenen staat. De OBC's willen de implementatie van de bouwstenen voortvarend aanpakken. In 2013 toetst de inspectie de stand van zaken. Dan moeten de OBC's aan de bouwstenen voldoen.

Aanleiding en belang

Een ongezonde leefstijl zorgt bij jongeren met een licht verstandelijke beperking voor veel vermijdbare gezondheidsproblemen. Deze jongeren hebben een ongezondere leefstijl dan jongeren zonder beperking en zijn meestal niet zelfstandig in staat hun leefstijl aan te passen vanwege de beperkingen in hun intellectuele vermogens en verminderde sociale redzaamheid. Nederlandse cijfers over de mate van ongezond gedrag bij deze jongeren zijn nauwelijks bekend (Hoving, Rispiens & Snuijf, 2009; Pollers, Bayate & Miedema-Loo, 2007; Schaap, 2006). Internationaal onderzoek naar licht verstandelijk beperkte volwassen en jongeren geeft een indicatie van de ernst van het probleem. Zo heeft 23% van de licht verstandelijk beperkte Franse jongeren overgewicht (Hymowitz, Jaffe, Gupta & Feuerman, 1997; Lin et al., 2011; McGuire, Daly & Smyth, 2007; Merriman, Haw, Kirk & Stubbs, 2005; Mikulovic et al., 2011; Tracy & Hosken, 1997). Dit percentage is veel hoger dan bij jongeren zonder verstandelijke beperking. In Nederland heeft 15% van jongeren uit deze leeftijdsgroep overgewicht. Zorgverleners bevestigen het beeld dat de leefstijl van jongeren met een licht verstandelijke beperking ongezonder is dan gemiddeld in Nederland.

Positief is dat leefstijlgebonden aandoeningen deels vermijdbaar zijn (Mackenbach, 2010). Overstappen van ongezonde naar gezonde leefgewoonten heeft aantoonbaar effect op de gezondheid en levensduur. Iemand die stopt met roken verlengt zijn levensverwachting met gemiddeld 4,6 jaar. Bij mensen die van overgewicht naar een gezond gewicht afvallen, stijgt de levensverwachting met 2,1 jaar. Wie een leefpatroon van lichamelijke inactiviteit doorbreekt door meer te bewegen krijgt er

¹ Coördinerend /specialistisch senior inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Amsterdam. Correspondentieadres: dr. P. G. J. Reulings, pg.reulings@igz.nl, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Postbus 20584, 1001 NN Amsterdam.

² Coördinerend/specialistisch senior inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Amsterdam.

³ Inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Amsterdam.

⁴ Inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Amsterdam.

1,2 jaar bij. Mensen leven niet alleen langer, maar blijven ook langer vrij van ernstige gezondheidsproblemen.

Het blijkt echter moeilijk om leefgewoonten te veranderen. Soms ontbreekt de kennis dat bepaalde leefgewoonten schadelijk kunnen zijn – daarom is voorlichting belangrijk. Maar kennis is meestal niet voldoende voor een blijvende gedragsverandering. Dat weet iedereen die ervaring heeft met stoppen met roken, afvallen, gezonder eten of meer sporten. We nemen het ons voor, maar om het ook te dóen en vol te houden, vraagt veel wilskracht - wat we niet allemaal in dezelfde mate hebben (Moffitt et al., 2011). Veel mensen kunnen zelf de keuze maken om ondersteuning te zoeken bijvoorbeeld om af te vallen of te stoppen met roken, maar dit geldt niet voor groepen die minder zelfredzaam zijn, zoals jongeren met een licht verstandelijke beperking. In een omgeving waar roken, ongezond eten en weinig bewegen de norm is, is het doorbreken van dat patroon extra moeilijk; sociale invloed is zeer bepalend voor ons gedrag. Dat geldt juist voor mensen die wonen in een instelling; de instelling bepaalt in belangrijke mate wat cliënten eten, of ze gestimuleerd worden om te bewegen of te stoppen met roken. Ingesleten persoonlijke gedragspatronen van begeleiders kunnen het ook moeilijk maken voor cliënten om er gezonde leefgewoonten op na te houden. Begeleiders zijn zich echter lang niet altijd bewust van hun invloed op het leefgedrag van cliënten en de impact van hun adviezen en voorlichting.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt het de taak van zorgaanbieders en individuele beroepsbeoefenaars om kwetsbare groepen te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. Dat geldt zowel voor de langdurige als de curatieve zorg. Voor kwetsbare groepen is preventie door leefstijlbegeleiding geen luxe, maar een noodzakelijk onderdeel van verantwoorde zorg. Daarom heeft de inspectie een project uitgevoerd om leefstijlbegeleiding door de zorg voor diverse kwetsbare groepen, waaronder jongeren met een licht verstandelijke beperking, te stimuleren. Leefstijlbegeleiding is daarbij afgebakend tot de begeleiding bij het stoppen met roken, de aanpak van overgewicht en meer bewegen.

Doel en onderzoeksvragen

De inspectie wil bevorderen dat OBC's een redelijke inspanning leveren om licht verstandelijk beperkte jongeren gezond te houden door leefstijlbegeleiding. Het doel van dit onderzoek is in de eerste plaats om met het veld vast te stellen welke inspanning van OBC's verwacht mag worden om niet roken, een gezond gewicht en bewegen te bevorderen. Dit levert bouwstenen op die de inspectie voor haar toezicht kan gebruiken. In de tweede plaats wil de inspectie toetsen hoe ver de 19 OBC's zijn met de implementatie van deze bouwstenen door het uitvoeren van een nulmeting. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek stelt de inspectie in overleg met de Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) een redelijke implementatietermijn vast, waarna de inspectie naleving van de bouwstenen zal handhaven.

De onderzoeksvragen waren:

1. Welke redelijke inspanning moeten OBC's leveren om een gezonde leefstijl te bevorderen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking?
2. In hoeverre leverden de 19 OBC's in 2011 deze redelijke inspanning al (en dus hoe ver zij al waren gevorderd met de implementatie van deze bouwstenen door het uitvoeren van een nulmeting)?

Onderzoeksmethode

De inspectie constateerde bij het begin van het project dat normen en richtlijnen nog ontbraken en dat de OBC's zich niet systematisch bezighielden met leefstijlbegeleiding. Voor de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag sprak de inspectie daarom met relevante organisaties in het veld en voerde zij een literatuuronderzoek uit. De inspectie verwerkte de resultaten in concept-bouwstenen voor leefstijlbegeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking. Tijdens een invitational conference op 24 juni 2010 discussieerden inhoudelijke deskundigen en vertegenwoordigers van OBC's, de VOBC en beroepsorganisaties over de bouwstenen en het belang van de bevordering van een gezonde leefstijl. De inspectie stelde de bouwstenen bij en publiceerde deze in november 2010.

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden voerde de inspectie in 2011 een nulmeting uit onder alle OBC's. Elke OBC kreeg in juni 2011 een internetvragenlijst over de mate waarin zij voldeden aan de bouwstenen voor de gehele instelling. De inspectie ontving 18 ingevulde vragenlijsten terug. Eén OBC kon de vragenlijst niet binnen de gestelde termijn invullen. De inspectie heeft dit OBC bezocht en tijdens het bezoek de ingevulde vragenlijst alsnog ontvangen. De inspectie bezocht in september en oktober 2011 nog 4 andere OBC's voor aanvullende informatie. Tijdens elk bezoek sprak de inspectie met de directeur, degene die de vragenlijst had ingevuld, een aantal begeleiders en een aantal cliënten en kreeg als afsluiting een rondleiding. Alle 19 OBC's ontvingen een rapport met de resultaten van de eigen organisatie en spiegelinformatie over de resultaten van alle OBC's samen.

Tijdens een tweede invitational conference op 19 april 2012 heeft de inspectie de resultaten van de nulmeting gepresenteerd en samen met het veld de bouwstenen opnieuw besproken. Tevens deelden aanwezigen 'good practices' en tips. In overleg met de VOBC heeft de inspectie de bouwstenen waar nodig bijgesteld. In juni 2012 ontvingen alle OBC's de definitieve bouwstenen.

Resultaten

1. *Bouwstenen: redelijke inspanning voor leefstijlbegeleiding door OBC's*

In afstemming met het veld kwamen bouwstenen voor leefstijlbegeleiding tot stand (zie tabel 1). De meeste bouwstenen zijn generiek voor zowel roken, overgewicht als inactieve leefstijl, maar twee zijn specifiek.

Tabel 1. Bouwstenen voor leefstijlbegeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking door orthopedagogische behandelcentra.

	<i>Bouwstenen voor leefstijlbegeleiding door OBC's</i>
Instellingsniveau	Opstellen beleid Evalueren beleid Overige randvoorwaarden: scholing, registratie (op instellingsniveau), monitoring
Individueel niveau	Registratie van leefstijl als onderdeel van het behandelplan Leefstijlbegeleiding als onderdeel van het behandelplan
Uitvoeringsniveau	Rol van begeleiders: voorbeeldgedrag en gesprek aangaan Rol van de ouders Samenwerking met andere instanties Preventie inbouwen in het instellingsleven: de gezonde keus de makkelijke keus maken

Om een beter beeld te krijgen van wat de bouwstenen inhouden, staat hieronder de omschrijving van een paar bouwstenen.

Opstellen beleid (instellingsniveau)

De instelling stelt beleid op ten aanzien van preventie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit op basis van de eigen pedagogische visie.

Leefstijlgeleiding als onderdeel van het behandelplan (individueel niveau)

In het behandelplan staan activiteiten die nodig zijn om een gezonde leefstijl van de cliënt te bevorderen. De activiteiten zijn leefstijlspecifiek. Voor bijvoorbeeld overgewicht betekent dat de BMI in het behandelplan staat genoteerd. Indien nodig staat in het behandelplan ook het plan van aanpak, dat samen met jongere is gemaakt, om gewichtvermindering te bereiken.

Rol van begeleiders (uitvoeringsniveau)

Het voorbeeldgedrag van de begeleider is belangrijk. Daarom roken medewerkers niet in het zicht van de jongeren met een licht verstandelijk beperking.

2. Nulmeting: OBC's voldeden in beperkte mate aan de bouwstenen

De hieronder weergegeven resultaten zijn gebaseerd op 19 ingevulde vragenlijsten en de 5 bezoeken.

OBC-kenmerken

De OBC's boden in januari 2011 aan gemiddeld 178 cliënten residentiële zorg (bereik: 54-386, n=19) en ambulante zorg aan gemiddeld 205 cliënten (bereik: 0-672, n= 15). 4 OBC's konden niet aangeven aan hoeveel cliënten zij ambulante zorg verleenden. Alle OBC's hadden een orthopedagoog en begeleiders in dienst (figuur 1). Een diëtist, sportconsulent, bewegingstherapeut en fysiotherapeut zijn in 5 of minder organisaties aanwezig. In de categorie 'anders' noemden OBC's onder meer creatief therapeut, beeldend therapeut, EMDR-therapeut, GZ-psycholoog, gezinshulpverlener, systeemtherapeut, psychiater, huisarts, maatschappelijk werker en speltherapeut.

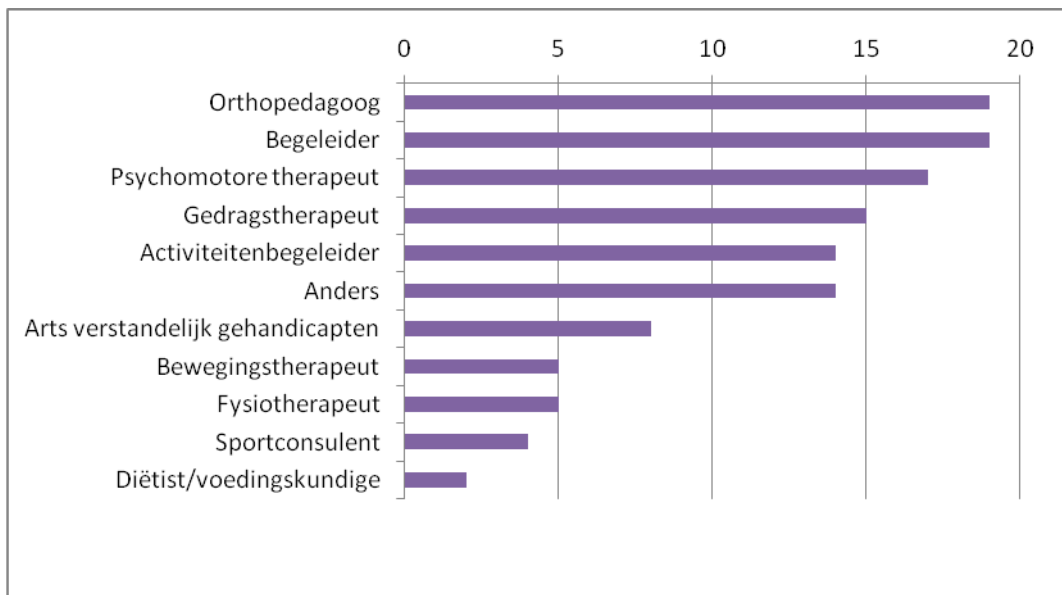
Implementatie bouwstenen: uitvoeringsniveau scoort beter dan individueel en instellingsniveau

Bij de nulmeting inventariseerde de inspectie bij elke categorie hoe ver de OBC's waren gevorderd met de implementatie van de bouwstenen op basis van vooraf vastgestelde criteria en een daarbij behorende weging. Dit leidde tot een verdeling in vier categorieën (met afnemende mate van implementatie): 'bij de eindstreep', 'flink eind gevorderd', 'op weg' of 'in de startblokken'. Bij de score 'bij de eindstreep' of 'flink eind gevorderd' hebben de OBC's de bouwstenen voldoende geïmplementeerd.

Uit de resultaten bleek dat nog veel winst te behalen was in de ondersteuning van een gezonde leefstijl voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (zie figuur 2). In 2011 hadden de OBC's de bouwstenen in beperkte mate geïmplementeerd. Bij alle OBC's waren verbeteringen nodig op instellingsniveau: 13 instellingen scoorden 'in de startblokken', de overige 6 scoorden hier 'op weg'.

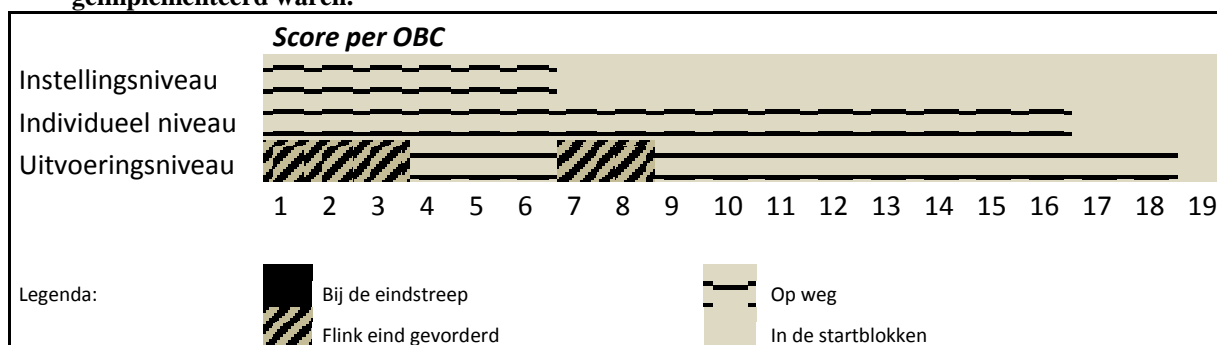
Het OBC dat het verst gevorderd was met de implementatie scoorde op individueel niveau 'bij de eindstreep' en op uitvoeringsniveau 'flink eind gevorderd'. Vier andere OBC's scoorden op uitvoeringsniveau 'flink eind gevorderd'. Zij moeten nog op de andere 2 niveaus verbeteringen doorvoeren. De overige 14 OBC's moeten op alle 3 de niveaus nog aanzienlijke verbeterstappen maken om op het niveau 'bij de eindstreep' te komen. Dat wil zeggen dat zij nog een groot aantal verbeteracties moeten doen om de aandacht voor leefstijlaspecten in de begeleiding structureel geborgd te hebben.

Figuur 1. Het aantal OBC's (van de 19) waar specifieke disciplines aanwezig waren.



Tijdens een van de bezoeken bleek dat de zorgaanbieder na het invullen van de internetvragenlijst zich realiseerde dat er op het gebied van de bevordering van een gezonde leefstijl nog heel veel te verbeteren was. Hierna heeft de directie gekozen om de implementatie van de bouwstenen meer prioriteit te geven en ook beter in het beleid in te bedden. Tijdens het bezoek kon de inspectie de eerste verbeteringen, zoals de systematische uitvoering van een periodieke leefstijlmeting, vaststellen.

Figuur 2. Mate waarin de bouwstenen bij 19 afzonderlijke OBC's op individueel niveau in 2011 geïmplementeerd waren.



Instellingsniveau: meeste aandacht voor anti-rookbeleid, maar scholing blijft achter

Van de 19 OBC's voerden 13 beleid om roken te ontmoedigen. Voor leefstijlbegeleiding op het gebied van overgewicht en lichamelijke inactiviteit hadden respectievelijk 2 en 3 OBC's beleid geformuleerd. 5 Instellingen evalueerden het beleid. 3 OBC's registreerden op instellingsniveau één leefstijlonderwerp (overgewicht of lichamelijke inactiviteit) en 4 gebruikten de registratiegegevens om het beleid te kunnen bijstellen. Tijdens enkele bezoeken vernamen de inspecteurs dat een aantal hulpverleners het belang van de registratie op instellingsniveau niet altijd vond opwegen tegen de

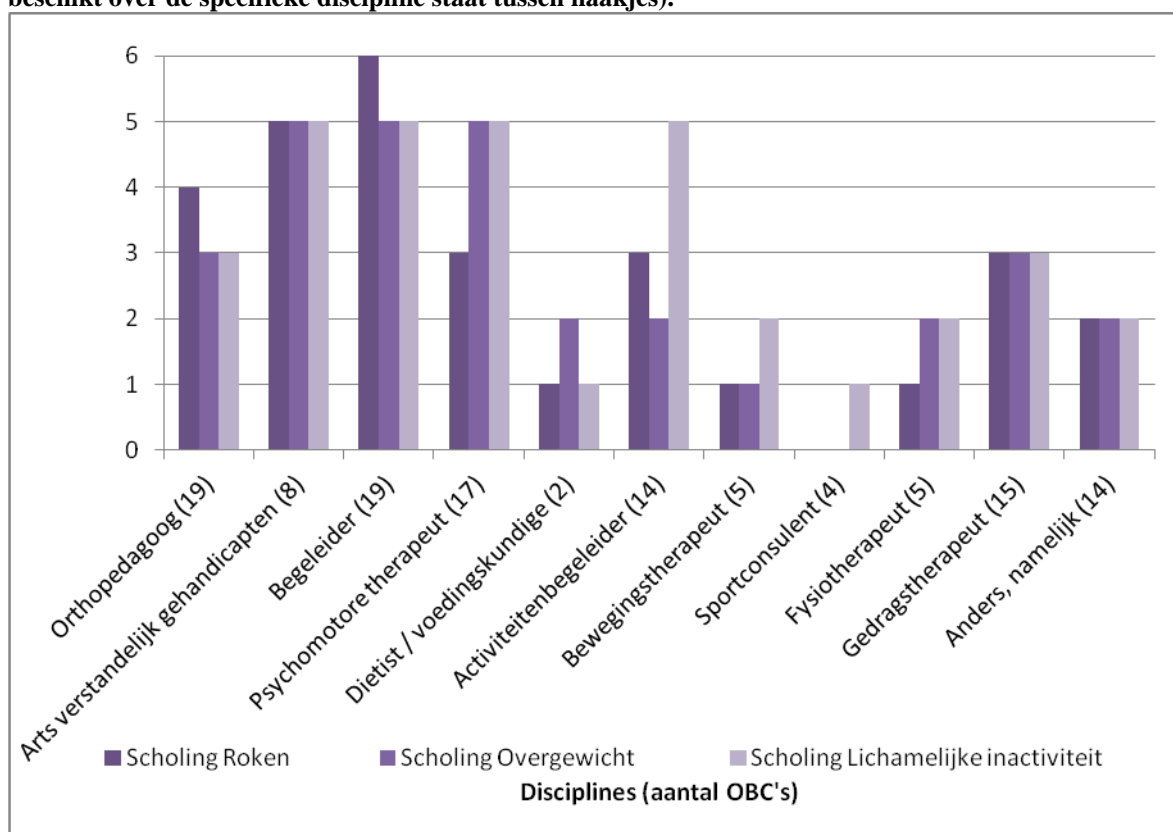
extra inspanning. Begeleiders bij 13 OBC's waren niet specifiek geschoold voor leefstijlbegeleiding. Bij 2 OBC's waren de begeleiders geschoold op 2 leefstijlonderwerpen en bij 4 OBC's op alle 3 de onderwerpen.

De overige medewerkers waren bij 16 OBC's niet geschoold in de bevordering van een gezonde leefstijl of waren er onvoldoende mee bekend. Bij 1 OBC waren de overige medewerkers geschoold op 2 onderwerpen, bij 2 OBC's op alle 3 de leefstijlonderwerpen (Zie figuur 3).

De OBC's noemden de volgende scholingen:

- Methodische gedragsbeïnvloeding volgens het Sociaal competentiemodel;
- Interne opleidingen en trainingen vanuit de vakgroep, Jellinek-training voor roken/alcohol en drugs;
- Initiële vak- of beroepsopleiding (zoals AVG opleiding, accreditatie, orthopedagogiek, gedragstherapeutisch werker, SPW3, SPW4, AB);

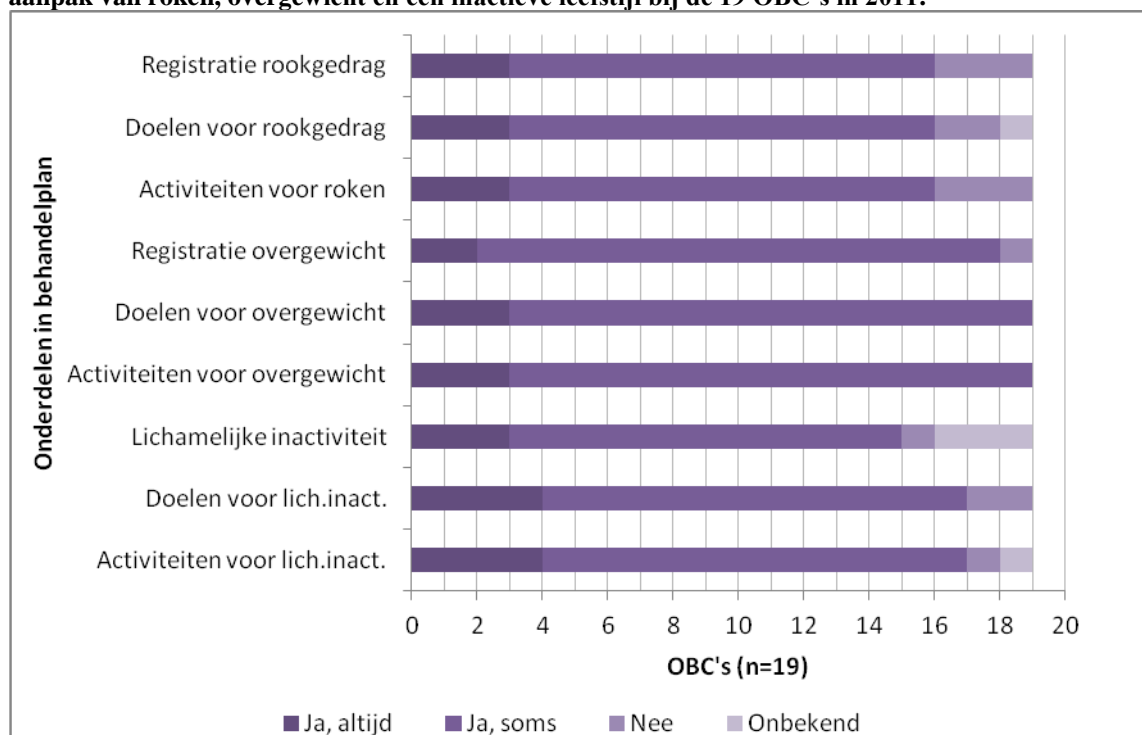
Figuur 3. Aantal OBC's dat medewerkers heeft geschoold in begeleiding van een gezonde leefstijl ten aanzien van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit (het aantal OBC's dat beschikt over de specifieke discipline staat tussen haakjes).



Individueel niveau: leefstijl nog nauwelijks structureel verankerd in behandelplan
 Volgens de bouwstenen hoort in het individuele behandelplan van elke jongere informatie over diens leefstijl en, indien nodig, doelen om de leefstijl te veranderen en activiteiten om gezond gedrag te

bevorderen. Dit gebeurde in de praktijk altijd in 2 OBC's voor alle 3 de leefstijlonderwerpen en 2 OBC's deden dit voor 1 onderwerp. 3 OBC's registreerden altijd doelen en activiteiten in het behandelplan voor alle 3 de leefstijlonderwerpen (zie figuur 4).

Figuur 4. Mate waarin er in het individuele behandelplan structureel aandacht is voor de aanpak van roken, overgewicht en een inactieve leefstijl bij de 19 OBC's in 2011.



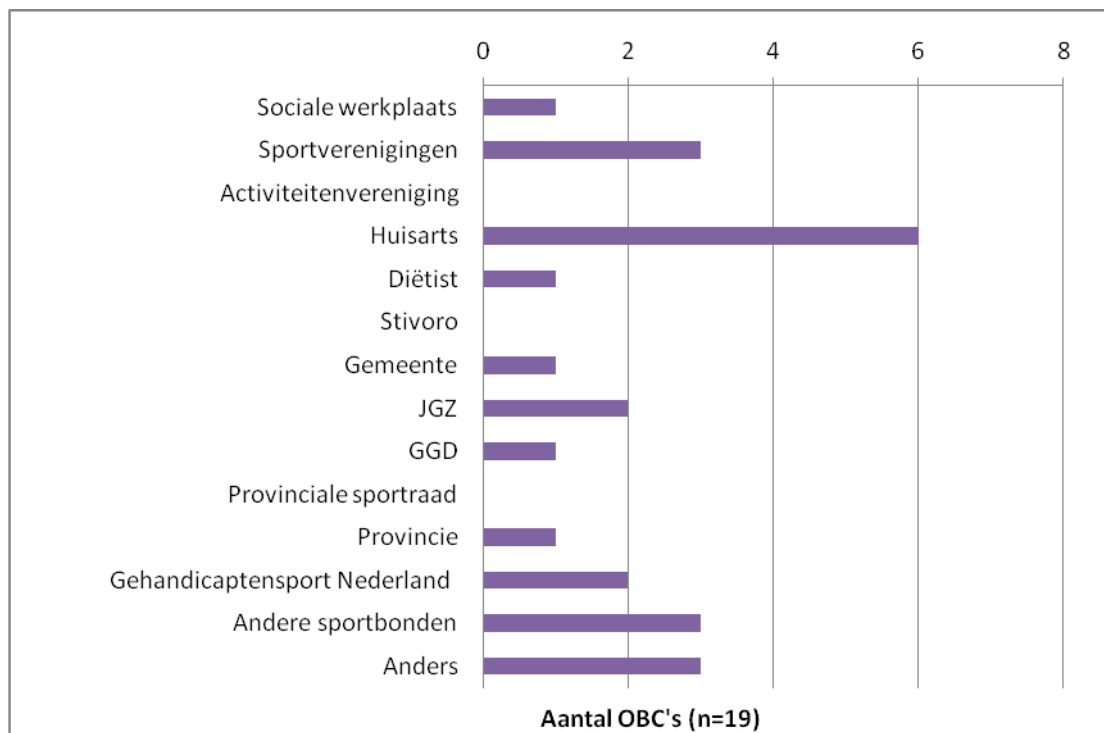
De inspecteurs hoorden tijdens een van de bezoeken dat het voorlichtingsmateriaal van Stivoro over stoppen met roken niet goed bij het niveau van de cliënten aansloot en dat de aangepaste voorlichting vanuit de verslavingszorg beter werkte.

Beter scoorden de OBC's op de periodieke evaluatie van afspraken over de bevordering van de leefstijl (17 OBC's); 4 OBC's deden dit jaarlijks, 8 deden dit één keer per half jaar, 3 elk kwartaal en 2 OBC's evalueerden dit maandelijks. De OBC's bespraken de evaluatie het meest met de cliënt (n=15), de cliëntvertegenwoordiger (n=15), orthopedagoog (n=17) en de begeleider (n=17). In totaal bespraken 13 OBC's de evaluatie met zowel de cliënt als de cliëntvertegenwoordiger en tenminste een andere hulpverlener. Bij 16 OBC's ging de arts altijd na of de cliënt na een verwijzing naar andere zorgverleners (onder meer voor leefstijlbegeleiding) daadwerkelijk was geweest. Bij cliënten met het Prader-Willi syndroom is speciale aandacht nodig voor overgewicht. Dat geldt ook als cliënten antidepressiva of antipsychotica gebruiken. In totaal deden 13 OBC's dit. Bij 6 OBC's maakte het beweegplan altijd onderdeel uit van het behandelplan bij lichamelijke inactiviteit en bij 9 OBC's maakte dit soms onderdeel uit van het behandelplan. Een OBC paste de 2 richtlijnen toe, namelijk de CBO richtlijn tabaksverslaving en de Nederlandse norm gezond bewegen.

Uitvoeringsniveau: kwart OBC's was flink eind op weg

Van de 19 OBC's schoolden 8 haar medewerkers om een voorbeeldfunctie voor gezond gedrag te vervullen; 12 OBC's bespraken het belang van de voorbeeldfunctie met de ouders. Afstemming met andere zorgverleners en organisaties (huisarts, sportvereniging) gebeurde door 8 OBC's om gezamenlijk een gezonde leefstijl voor de jongeren te bevorderen (zie figuur 5).

Figuur 5. Organisaties waarmee de OBC's hebben afgestemd over preventie.



Bijna alle OBC's hadden aandacht voor het ontmoedigen van roken. Bij iets minder dan de helft (8) gold een rookverbod voor jongeren. Tijdens de instellingsbezoeken bleek echter dat de instellingen roken vaak gedoogden bij kinderen onder de 16 jaar. Sommige jonge cliënten vertelden dat zij stiekem rookten. Cliënten vertelden dat het gedrag van begeleiders die zelf roken hen niet stimuleert om niet met roken te beginnen of er mee te stoppen. Bij dit onderwerp stelden medewerkers het onderscheid tussen de intra- en extramuraal situatie aan de orde. Bij de ambulante begeleiding is de opvatting van ouders leidend en hebben medewerkers minder invloed op het gedrag van kinderen en jongeren.

Uit de gesprekken tijdens de inspectiebezoeken bleek dat de OBC's wel aandacht hebben voor gezonde voeding, maar dat individuele leefstijlbegeleiding bij overgewicht gebeurt op basis van een klinische blik en niet op basis van een objectieve maten als BMI of lengte en gewicht. Niet alle OBC's bieden systematisch gezonde voeding aan, maar het is wel de meest voorkomende maatregel om overgewicht tegen te gaan. Medewerkers noemden tijdens de bezoeken vaak de richtlijnen voor voedselveiligheid en hygiëne, de zogenaamde HACCP-richtlijnen, maar andere meer op gezondheid gerichte normen zoals de 'schijf van vijf' noemden zij niet. Om overgewicht te bestrijden, zetten 7 OBC's bewust beweegprogramma's in. De OBC's besteedden relatief veel aandacht aan bewegen. In de gesprekken die de inspectie met medewerkers voerde, bleek dat hun eigen houding ten opzichte

van bewegen veel invloed heeft op dat wat jongeren doen. Hetzelfde gold voor de aanwezigheid van een vrijetijdsafdeling of sportvoorzieningen. Een OBC verwees jongeren door naar andere organisaties. De andere 18 boden zelf beweegactiviteiten aan en/of hadden een omgeving die uitdaagt tot bewegen, waardoor kinderen en jongeren dagelijks buiten spelen of lopend of op de fiets naar school gaan.

Tijdens de inspectiebezoeken vertelden medewerkers enthousiast over verschillende beweegprojecten, zoals de aanleg van een Cruiff Court, een Special Hero's project of de deelname van een team cliënten aan de Special Olympics of een jaarlijks sporttoernooi in de buurt. Als kritisch punt hierbij noemden de medewerkers dat projecten vaak geen structureel vervolg krijgen of gewoon eindigen als de subsidie stopt. Anderen daarentegen zagen juist veel mogelijkheden om via projecten subsidies – en daarmee maatschappelijke partners – binnen te halen. Tabel 2 geeft de verschillende maatregelen weer die de OBC's troffen om een gezonde leefstijl te bevorderen.

Tabel 2. Aantal OBC's dat maatregelen trof voor een gezonde leefstijl in 2011.

<i>Leefstijlaspect</i>	<i>Maatregel</i>	<i>Aantal OBC's</i>
Roken	Rookverbod instelling	8
	Ontmoedigingsbeleid onder 16	17
	Anders	5
Overgewicht	Aandacht voor gezonde voeding	13
	Beweegprogramma's	7
	Geen	4
	Anders	3
	Onbekend	1
Bewegen	Omgeving daagt uit tot bewegen	11
	Beweegactiviteiten in instelling	14
	Verwijzen naar beweegactiviteiten	14
	Anders	4

Conclusies

Leefstijlbegeleiding heeft aandacht, maar is nog niet structureel verankerd

De OBC's hebben aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de jongeren die onder hun zorg vallen, maar dit is nog niet systematisch. Dit blijkt ook uit het gebrek aan registratie van de leefstijlaspecten op instellingsniveau. De bouwstenen die de inspectie met het veld ontwikkelde, vormen een impuls om leefstijlbegeleiding te verankeren in het instellingsbeleid en dit voortvarend te implementeren. In 2011 heeft geen enkel OBC de bouwstenen op alle drie de niveaus voldoende op orde. Op instellingsniveau ontbreken beleid en andere randvoorwaarden om leefstijlbegeleiding te verankeren. Op individueel niveau maakt leefstijlbegeleiding nog niet systematisch deel uit van de behandelplannen.

De implementatie van de bouwstenen is het meest ver gevorderd op uitvoeringsniveau. Hier is de invloed van individuele medewerkers groot op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de cliënten. Binnen een organisatie kunnen daardoor grote verschillen bestaan: op de ene locatie stimuleren medewerkers jongeren om gezonder te leven, terwijl op een andere locatie de ondersteuning ontbreekt om een gezonde keuze te maken. Beleid is noodzakelijk om leefstijlbegeleiding voor alle jongeren toegankelijk te maken.

Grote verschillen in aanpak leefstijlfactoren; norm voor ontmoedigen roken vastgesteld

Veel instellingen gedogen roken: weliswaar hebben veel OBC's een ontmoedigingsbeleid, maar in de praktijk gedogen medewerkers het als jongeren onder de 16 roken. De OBC's hebben nu een belangrijke stap gezet door als norm te formuleren dat het niet verantwoord is als medewerkers in het zicht van jongeren roken. De preventie van overgewicht vindt niet systematisch plaats. Individuele leefstijlbegeleiding bij overgewicht gebeurt vooral op basis van een klinische blik en niet op basis van een objectieve meting. Niet alle OBC's bieden systematisch gezonde voeding aan. Alle OBC's bieden de jongeren voldoende mogelijkheden om te bewegen; dit gebeurt niet altijd gericht om overgewicht te verminderen.

Vervolg

Toepassing bouwstenen binnen de OBC's

OBC's zien leefstijlbegeleiding als onderdeel van hun opvoedkundige taak. De systematische toepassing van leefstijlbegeleiding past dan ook binnen andere kwaliteitsverbeteringen die OBC's doorvoeren op het gebied van verantwoorde zorg, zoals verwoord in het Startdocument Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra (Jansen, Leeman & Verstegen, 2009), de Voorlopige Richtlijn Wettelijk Kader OBC (Moonen, Held & Leeman, 2011) en de Handreiking Pedagogisch Klimaat (Douma, 2011).

De inspectie heeft gezien dat de OBC's voortvarend bezig zijn om jongeren met een licht verstandelijke beperking te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. In vervolg op de ontwikkeling van de bouwstenen zetten OBC's stappen om de richtlijnen in de praktijk toe te passen. De implementatie van de bouwstenen vindt in de dagelijkse behandel- en leefsituatie plaats, alsook door middel van specifieke op gezonde leefstijl gerichte activiteiten.

OBC's kunnen in samenwerking met gemeenten gebruik maken van de subsidieregeling Sport Impuls 2012-2016 (onderdeel van het programma Sport en bewegen in de buurt). Na de invitationale conference in april 2012 is de VOBC samen met het ministerie van VWS en Gehandicaptensport Nederland in gesprek gegaan over deze mogelijkheden.

Wat kunt u van de inspectie verwachten?

De resultaten van dit project staan in compactere vorm in het rapport 'Staat van de gezondheidszorg 2012' dat de inspectie publiceerde op 29 november 2012. Het rapport is te vinden op de website van de inspectie, www.igz.nl. Daar staat ook een gedetailleerd overzicht van de bouwstenen. De inspectie acht het na overleg met de VOBC realistisch dat de OBC's in 2013 de bouwstenen geïmplementeerd hebben. In de tweede helft van 2013 voert de inspectie een thematisch toezichtonderzoek uit naar de implementatie van de bouwstenen bij de OBC's. De nulmeting dient daarbij als referentiemeting. Indien de resultaten daar aanleiding voor geven, treedt de inspectie handhavend op.

Literatuurlijst

- Douma, J. (2011). *Handreiking pedagogisch klimaat: Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG / Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra..
- Hoving, J. H., Rispens, M. H., & Snuijf, R. (2009). *Het niveau van lichamelijke activiteit van mensen met een lichte en matige verstandelijke beperking 'in de wijk' in Nederland: Verslag van leeronderzoek in het kader van de AVG opleiding*. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum.
- Hymowitz, N., Jaffe, F. E., Gupta, A., & Feuerman, M. (1997). Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatric Services*, 48,100-102.
- Jansen, H., Leeman, M., & Verstegen, D. (2009). *Startdocument Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra*. Utrecht: VOBC LVG.

- Mackenbach, J. P. (2010). *Ziekte in Nederland: Volksgezondheid tussen biologie en politiek*. Doetinchem: Reed Business.
- McGuire, B. E., Daly, P., & Smyth, F. (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*, 497-510.
- Merriman, S., Haw, C., Kirk, J., & Stubbs, J. (2005). Risk factors for coronary heart disease among inpatients who have mild intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 309-16.
- Mikulovic, J., Marcellini, A., Compte, R., Duchateau, G., Vanhelst, J., Fardy, P. S., & Bui-Xuan, G. (2011). Prevalence of overweight in adolescents with intellectual deficiency: Differences in socio-educative context, physical activity and dietary habits. *Appetite, 56*, 403-407.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108*, 2693-2698.
- Moonen, X., Held, J., & Leeman, M. (2011). *Voorlopige Richtlijn Wettelijk Kader OBC*. Utrecht: VOBC LVG.
- Lin, J. D., Lin, P. Y., Lin, L. P., Chang, Y. Y., Wu, S. R., & Wu, J. L. (2011). Physical activity and its determinants among adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 263-269.
- Pollers, S., Bayate, M., & Miedema-Loo, H. H. (2007). *Overgewicht bij volwassen mensen met een lichte of matige verstandelijke handicap wonend in een instelling: Het stellen van de diagnose en meetmethoden*. (Onderzoek in het kader van de opleiding tot AVG). Rotterdam: Erasmus Universiteit. Verkregen via <http://www-figg.eur.nl/hag/avg/leeronderzoeken/Verslag%20leeronderzoek%20definitief%20Miedema%20Pollers%20Bayate.pdf>
- Schaap, B. (2006). *Leefstijl van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking, voornamelijk gericht op hart- en vaatziekten*. (Keuzeonderzoek opleiding Geneeskunde). Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum.
- Tracy, J., & Hosken, R. (1997). The importance of smoking education and preventative health strategies for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 41*, 416-421.