

PROJECT OBESITAS PREVENTIE OP CURAÇAO

EINDRAPPORTAGE Deelproject 1



Een project van de GGD Curaçao,
Afdelingen Epidemiologie & Onderzoek,
Voeding & Diëtetiek en Jeugdgezondheidszorg,
in samenwerking met de Stichting ter bevordering
van Internationale Samenwerking en Onderzoek
in de Gezondheidszorg (ISOG)

Opdrachtgever: Eilandgebied Curaçao

Curacao, januari 2008

INHOUD

1	Samenvatting	3
	Voorwoord	
2	Inleiding	4
2.1	Wanneer is er sprake van overgewicht/obesitas; meetinstrumenten	4
2.2	Oorzaken van overgewicht en obesitas	4
2.3	Invloed van overgewicht en obesitas	4
2.4	Behandeling en preventie van overgewicht en obesitas	5
3	Overgewicht en obesitas op Curaçao en de Nederlandse Antillen	6
3.1	Overgewicht onder de volwassenen	6
3.2	Overgewicht bij kinderen	7
3.3	Gevolgen van overgewicht	7
4	Projectdoelstellingen	8
5	Methoden	9
5.1	Design	9
5.2	Instrumenten	9
5.2.1	Projectdoelstelling 1a	9
5.2.2	Projectdoelstelling 1b	10
5.2.3	Projectdoelstelling 1c	10
5.3	Onderzoekspopulatie	10
5.4	Steekproef	11
5.5	Vragenlijsten	12
5.6	Analyse	12
6	Resultaten	13
6.1	Angelo Model	13
6.2	Resultaten interviews	16
6.3	Verwachtingen	31
6.4	Pyramide model	35
6.5	Symposium en workshops	37
6.6	Activiteiten	38
7	Conclusies	40
7.1	Angelo Model	40
7.2	Verkrege informatie en observaties	40
7.3	Pyramide	41
7.4	Symposium en workshops	41
8	Aanbevelingen	42
9	Voorstel voor ontwikkelen van obesitas preventie beleid	44
9.1	Noodzaak van preventie beleid en budget	44
9.2	Voorstel voor obesitas preventie beleid	44
10	Integraal obesitas preventie plan	47
11	Literatuur	49

Bijlagen

- 1 Programma symposium d.d. 9 november 2007 en workshops d.d. 10 november 2007
- 2 Verslagen van de drie workshops d.d. 10 november 2007
- 3 Informatie flyer taillelint: 'Basta bo sintura ta na ordu'
- 4 Achtergrond informatie voorlichtingstheorie Mc Guire

1. VOORWOORD

Overgewicht en obesitas (extreem overgewicht) zijn veel voorkomende verschijnselen op Curaçao en vormen een groot gezondheidsprobleem. Obesitas is een risicofactor voor hypertensie en diabetes mellitus die op hun beurt weer risicofactoren vormen voor hart- en vaatziekten, cerebro-vasculaire accidenten, amputaties, blindheid en nierlijden. Obesitas is ook een risicofactor voor gewrichtsklachten. Gezien de 'burden of disease' van genoemde aandoeningen en de bijdrage daarvan aan vroegsterfte en de (conservatieve) prognoses dat hypertensie en diabetes mellitus alleen maar zullen toenemen in de komende jaren, is het van belang obesitas en overgewicht op Curaçao preventief aan te pakken op een systematische, integrale en structurele wijze. Hiervoor is het project obesitas preventie gestart. Het obesitas preventie project bestaat uit vier deelprojecten te weten:

- 1 a De omgeving van het individu op micro- en macroniveau inventariseren om zo mogelijke barrières in het aannemen van een gezonde leefstijl te identificeren.
 - b. Inventariseren van de bestaande obesitas behandelingen en preventie activiteiten en initiatieven om zo mogelijke dubbelingen en lacunes in het aanbod te identificeren.
 - c. Structurering van de activiteiten door middel van het opstellen van een integraal obesitas preventie plan.
 2. Voedingseducatie binnen het funderend onderwijs.
 3. Groepscurcus voor kinderen van 9-11 jaar en hun ouders/verzorgers.
 4. Risicogroepen: Het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van interventies voor de risicogroepen.
- Dit rapport behandelt deelproject 1 en is een overzichtsdokument dat samenvattingen geeft van alle onderdelen die in dit deelproject aan bod kwamen.

Het project is een initiatief van de Geneeskundige- en Gezondheidsdienst van Curaçao, afdelingen Epidemiologie & Onderzoek, Voeding & Diëtetiek en Jeugdgezondheidszorg. In oktober 2006 heeft het Bestuurscollege van het eilandgebied Curaçao met deelproject 1 ingestemd. Omwille van een efficiënte afwikkeling van het project is de Stichting ISOG benaderd met het verzoek om de door GGD c.q. het Eilandgebied Curaçao ter beschikking te stellen projectgelden te beheren. In het verleden heeft de Stichting ISOG reeds als beheerder opgetreden van diverse succesvolle onderzoeksprojecten voor het Eilandgebied Curaçao, zoals het Gezondheidsonderzoek Curaçao (1994), het Tandheelkundig Onderzoek Curaçao (2000) en het Project Ouderenbeleid-Bejaardenzorg (2006).

Professor dr. Jaap Seidell, Ph.D, hoogleraar Voeding & Gezondheid, Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit van Amsterdam en VU Medisch Centrum Amsterdam, was aan het project verbonden als extern adviseur. De cover is gemaakt door Marcel Terlouw, Argos, Leiden.

Het project team bestond uit de volgende leden:

- Mw. Dianne Eshuis, freelance projectmedewerker en gezondheidsvoorlichter.
- Mw. dr. Tineke Alberts, projectleider, medisch socioloog, afdeling Epidemiologie & Onderzoek.
- Mw. Joyce O'Niel, projectfacilitator, afdeling Epidemiologie & Onderzoek.
- Izzy Gerstenbluth, public health arts, hoofd afdeling Epidemiologie & Onderzoek.
- Mw. Marianella de Lanoy, voedingsdeskundige, hoofd afdeling Voeding & Diëtetiek.
- Mw. drs. Henriëtte Hooykaas, jeugdarts Departamentu Salú Hubenil.

Een woord van dank gaat uit naar alle stakeholders die zich uitermate bereid hebben getoond aan dit onderzoek mee te werken.

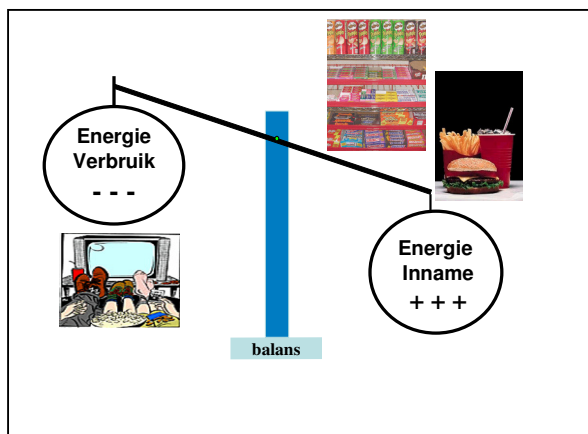
Dianne Eshuis

2. INLEIDING

2.1. Wanneer is er sprake van overgewicht/obesitas; meetinstrumenten

Traditioneel worden overgewicht en obesitas gedefinieerd door middel van de Body Mass Index (BMI). De BMI is een maat om het onder-/overgewicht te bepalen. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilogram) te delen door het kwadraat van de lengte (in meters). Er is sprake van overgewicht als de BMI gelijk of groter is dan 25 kg/m². Een BMI van 30 kg/m² of hoger wordt obesitas genoemd. Naast de BMI zijn er nog twee andere maten om obesitas vast te stellen: de waist-circumference (tailleomvang) en waist-to-hip (taille-heup) ratio. De waist-circumference wordt gemeten met een centimeter (of een taillelint). De afkapwaarden hierbij zijn een tailleomvang van meer dan 88 cm bij vrouwen en meer dan 102 centimeter bij mannen. Uit de literatuur blijkt dat het meten van abdominale (in en rondom de buik) obesitas, met behulp van waist-circumference en waist-to-hip ratio belangrijker meetinstrumenten zijn om obesitas vast te stellen dan BMI. De meting van de waist-to-hip ratio is een betere risico-indicator voor bijvoorbeeld patiënten met een acuut myocard infarct, dan de BMI (1). Waist-circumference is een goed screeningsinstrument voor obesitas onder de populatie op de Nederlandse Antillen. Waist-circumference blijkt de belangrijkste obesitas indicator geassocieerd met hypertensie en diabetes mellitus (2). Het gaat om de verdeling van het vet in het lichaam. Daarom is het van belang de waist-circumference te meten naast de BMI.

2.2. Oorzaken van overgewicht en obesitas



Overgewicht en obesitas zijn mondiaal een sterk groeiend gezondheidsprobleem. De prevalentie van obesitas stijgt razend snel in de huidige samenleving (3,4) en neemt daarmee epidemische vormen aan. De belangrijkste oorzaak van het ontstaan van overgewicht bij het individu is een positieve energiebalans. De energie-inname, door voeding, is te hoog en het energieverbruik, door lichamelijke activiteit, te laag. De verstoring van de energiebalans op individueel niveau wordt mede veroorzaakt door leefstijlfactoren die leiden tot veel voeding en te weinig bewegen. Deze leefstijlfactoren worden

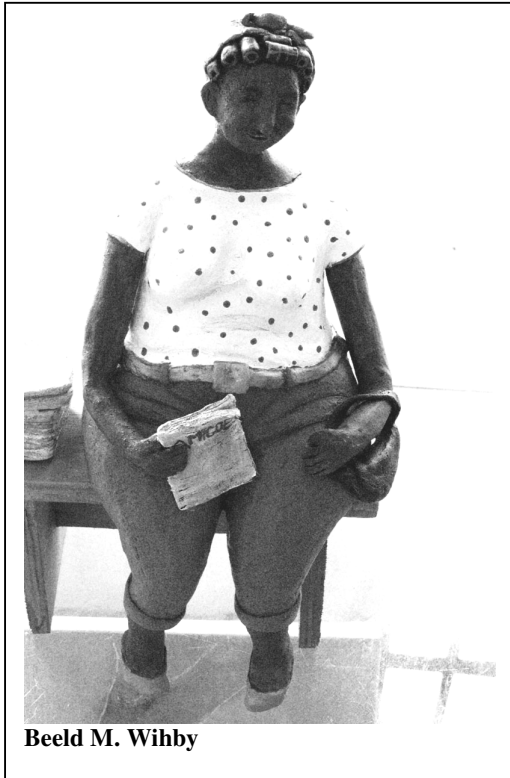
voor een belangrijk deel beïnvloed door omgevingsfactoren, die in de loop der jaren sterk zijn veranderd. Mede door deze veranderingen in de omgeving van het individu (op micro- en macroniveau) heeft het overgewicht epidemische vormen kunnen aannemen. De multifactoriële oorzaak van overgewicht pleit voor een multifactoriële integrale oplossingsrichting.

2.3. Invloed van overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas zijn van grote invloed op de volksgezondheid. Mensen met overgewicht/obesitas hebben een groter risico op het krijgen van een aantal chronische ziekten. Het gaat hierbij vooral om diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten zoals myocard infarct en beroerte, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Arbeidsongeschiktheid en een verminderde kwaliteit van leven zijn het gevolg (5,6). Daarnaast kan

overgewicht/obesitas leiden tot stigmatisering van mensen, in het bijzonder van kinderen, en daarmee tot psychische en sociale klachten.

2.4. Behandeling en preventie van overgewicht en obesitas



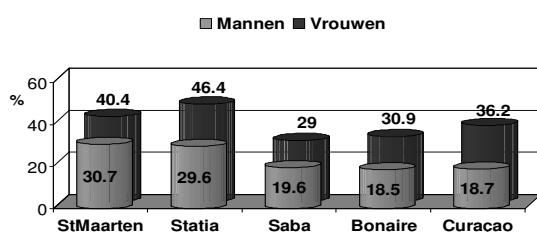
Kleine veranderingen in het voedingspatroon en het stimuleren van de lichamelijke activiteit gedurende een lange periode hebben grote positieve invloed op de afname van het lichaamsgewicht en een gevoel van algemene fitheid (7). Het stimuleren van lichamelijke activiteit is van groot belang. Behandeling van obesitas alleen lijkt niet succesvol. Vele mensen komen weer in gewicht aan als het behandelingsprogramma is afgerond. Preventie van gewichtstoename op populatieniveau in combinatie met behandeling is uiteindelijk waarschijnlijk efficiënter om de obesitas epidemie te reduceren dan behandelingsprogramma's alleen (8,9). Een overheidsbeleid gericht op gezondheidsbevordering, primaire preventie, het zo min mogelijk obesogene maken van de omgeving en het nemen van maatregelen op het gebied van wetgeving, zal uiteindelijk leiden tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg (10). Kortom: een integrale aanpak, die mensen niet alleen persoonlijk op hun gedrag aanspreekt maar die ook de fysieke en sociale omgeving zodanig wijzigt dat wenselijk gedrag zoveel mogelijk ondersteund wordt, is daarom noodzakelijk.

3. OVERGEWICHT EN OBESITAS OP CURAÇAO EN DE NEDERLANDSE ANTILLEN

3.1. Overgewicht onder de volwassenen

Overgewicht komt alarmerend veel voor op de Nederlandse Antillen (11). Volgens de gegevens van de Curaçao Health Study (12) is bij 56% van de mannen en 68% van de vrouwen sprake van

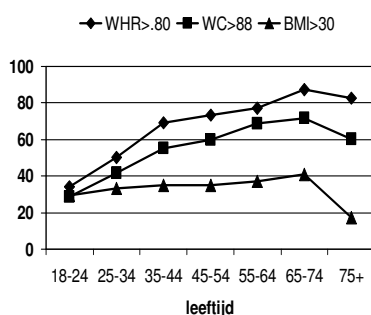
Fig 2.1: Obesitas (BMI ≥ 30) op de Nederlandse Antillen



overgewicht, dat wil zeggen een BMI ≥ 25 . Verder heeft 18.7% van de mannen en 36.2% van de vrouwen op Curaçao obesitas, dat wil zeggen een BMI ≥ 30 . Uit de Health Studies die zijn gedaan op de andere eilanden van de Nederlandse Antillen (13,14,15,16) komen vergelijkbare prevalentiecijfers naar voren, met als uitschieter Statia waar bijna de helft van de vrouwen obees is (zie figuur 2.1).

Uit de Health Studies op de Bovenwinden en Bonaire blijkt dat vrouwen uit de lagere sociaal-economische strata (SES) een risicogroep voor obesitas zijn. Bij mannen zijn het daarentegen de hogere inkomensgroepen die neigen naar corpulentie. Bij vrouwen blijkt daarnaast dat de

Fig 2.2: Obesitas bij vrouwen naar leeftijd (Saba, Statia, Bonaire)



prevalentie van abdominale obesitas (extreem overgewicht in de buikregio) toeneemt boven de leeftijd van 25 jaar en nog eens verder toeneemt boven de 55 jaar. Dit is weergegeven in figuur 2.2. "Overall" obesitas zoals gemeten met de BMI komt bij vrouwen jonger dan 25 jaar even veel voor als bij oudere vrouwen; al op jonge leeftijd heeft maar liefst 30% van de vrouwen obesitas.

De prevalentie van zowel overall obesitas (BMI) als abdominale obesitas (WC, WHR) is bij mannen en vrouwen het hoogst in

de leeftijdsgroep van 65 tot 74 jaar. De BMI neemt af boven de 75 jaar. Studies onder Westerse populaties laten zien dat daar de prevalentie van obesitas stijgt tot ongeveer het 60^e levensjaar en daarna afneemt (7). In vergelijking met Westerse bevolkingsgroepen blijven zowel mannen als vrouwen op de Antillen obees tot op hoge leeftijd (2).

Een andere belangrijke bevinding van de Curaçao Health Study is dat op het eiland weinig groente en fruit wordt gegeten. Ongeveer 63% van de bevolking gaf aan dagelijks groente te eten en 51% at dagelijks fruit, terwijl respectievelijk 5% en 8% aangaf nooit groenten of fruit te eten. Een ander aspect dat opvalt is de populariteit van de toevoeging van extra suiker (door 29%) en zout (door 22%) aan reeds bereide voedingsproducten.

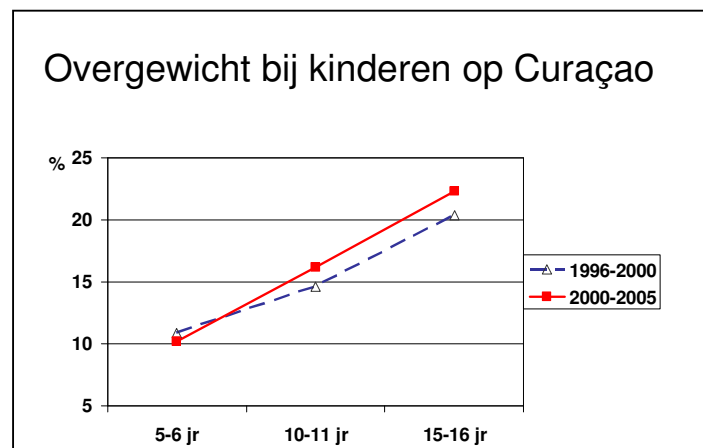
Lichaamsbeweging is daarentegen niet populair: slechts 36% van de Curaçaose mannen en 20% van de vrouwen gaf aan regelmatig aan lichaamsbeweging te doen.

3.2. Overgewicht bij kinderen

Volgens de gegevens van het Departamentu Salú Hubenil van de GGD Curaçao zijn de percentages overgewicht bij kinderen op Curaçao, waarbij het gewicht groter of gelijk is aan de percentiellijn 90 volgens het nederlandse groeionderzoek van 1980, als volgt:

Gewicht P > 90%	5-6 jaar	10-11 jaar	15-16 jaar
1996-2000	10,9% N=4366	14,6% N=6612	20,4% N=638
2000-2005	10,2% N=5909	16,2% N=7094	22,3% N=1237

Uit de tabel blijkt dat er in de periode van 1996-2000 tot 2000-2005 sprake is van een toename van overgewicht op de leeftijd van 10-11 jaar en in de adolescentie periode (17).



Hiernaast zijn deze zelfde cijfers uitgezet in een grafiek.

3.3. Gevolgen van overgewicht

Jaarlijks leidt overgewicht in Nederland tot ongeveer 40.000 nieuwe gevallen van ouderdomsdiabetes, hart- en vaatziekten en kanker. 5% van de totale jaarlijkse sterfte wordt toegeschreven aan overgewicht (18). De jaarlijkse directe kosten van gezondheidszorg als gevolg van obesitas worden geschat op 0,5 miljard euro. De indirecte kosten (ziekteverzuim, productieverlies, uitkeringslasten en maatschappelijke kosten) worden geschat op 2 miljard euro (19).

Dergelijke cijfers bestaan voor Curaçao niet. Uit onderzoek op Curaçao naar de veel voorkomende aandoening Diabetes Mellitus (DM) type II, komt obesitas als belangrijke determinant naar voren. Er zijn aangrijpingspunten voor primaire preventie van Diabetes Mellitus type II en obesitas. Door het positief beïnvloeden van leefstijlpatronen (voeding & beweging) werkt men zowel aan de preventie van obesitas en DM als aan de beheersing van reeds gediagnosticeerde DM (20).

4. PROJECTDOELSTELLINGEN

Vanwege de toenemende prevalentie van overgewicht en obesitas en de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's (waaronder hogere kans op morbiditeit) en het ontbreken van effectieve therapie is primaire preventie van overgewicht van groot belang. Het gaat daarbij om het gelijktijdig bevorderen van gezonde voeding en bewegingsstimulering. Daarbij is het van belang niet alleen individu gericht, maar ook omgevingsgericht te werken. De gezonde keuze dient makkelijker, aantrekkelijker en vanzelfsprekender te worden gemaakt en er dienen meer kansen geboden te worden voor beweging en gezonde voeding. De omgeving speelt daarbij een belangrijke rol. Omgevingsfactoren blijken cruciaal bij de preventie van overgewicht en obesitas.

Het voorgaande maakt duidelijk dat een integrale en systematische aanpak noodzakelijk is. Daarbij moet het gaan om een structurele aanpak, omdat alleen daarmee effecten op lange termijn kunnen worden bereikt. Om daartoe de aanzet te geven is het obesitas preventie project ontwikkeld. Het obesitas preventie project bestaat uit vier deelprojecten zoals genoemd in de inleiding. Dit onderzoek en rapport behandelt deelproject 1 dat zich richt op:

- 1.a. Inventariseren van de omgeving van het individu op micro- en macroniveau om zo mogelijke barrières in het aannemen van een gezonde leefstijl te identificeren.*
- 1.b. Inventariseren van de bestaande obesitas behandelingen, preventie activiteiten en initiatieven om zo mogelijke dubbelingen en lacunes in het aanbod te identificeren.*
- 1.c. Structurering van de activiteiten door middel van het opstellen van een integraal obesitas preventie plan (met input van alle stakeholders in het veld en hun commitment om overgewicht en obesitas breed maatschappelijk aan te pakken).*

5. METHODEN

5.1. Design

Voor het beantwoorden van de vraagstellingen in dit onderzoek is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, resultaten uit voorgaand onderzoek, observaties en kwalitatief onderzoek. Het gaat niet om het verzamelen en in kaart brengen van cijfers, maar om voor zover mogelijk, het in kaart brengen van relevante omgevingsfactoren en het verkennen en inzichtelijk maken van reeds bestaande preventie activiteiten en obesitas behandelingen. Het voordeel van kwalitatief onderzoek is de mogelijkheid om een onderwerp uitgebreid in kaart te brengen, zonder de beperkingen van een vragenlijst met gesloten antwoordcategorieën. De resultaten van kwalitatief onderzoek geven een brede inventarisatie van wat er gebeurt en leeft onder de stakeholders. Kwalitatief onderzoek geeft geen definitieve verklaring voor gedrag. Het leidt tot een beschrijving van de aanpak van de verschillende stakeholders. Kwalitatief onderzoek is een goed hulpmiddel bij het ontwikkelen van beleid.

5.2 Instrumenten

5.2.1 *Projectdoelstelling 1a: De omgeving van het individu op micro- en macroniveau inventariseren om zo mogelijke barrières in het aannemen van een gezonde leefstijl te identificeren.*

OBESOGENE OMGEVING =

omgeving waarin het gemakkelijk is veel energie in te nemen en/of te makkelijk om weinig energie te verbruiken.

Voor projectdoelstelling 1a zijn voor zover mogelijk de obesogene factoren in de omgeving van het individu, op micro- en macroniveau geïnventariseerd door middel van resultaten uit voorgaand onderzoek op Curaçao (21,22,23), individuele face-to-face interviews onder de stakeholders met behulp van een vragenlijst met open vragen, observatie en literatuuronderzoek. Vervolgens is dit alles uitgewerkt in het ANGELO model (24).

ANGELO model staat voor ANalysis Grid for Environments Linked to Obesity. Dit model is speciaal ontwikkeld voor obesitas gerelateerd gedrag (teveel eten en te weinig bewegen). Het is een praktisch instrument om de belangrijkste omgevingsfactoren te traceren, waarop vervolgens interventies en onderzoek kunnen worden afgestemd (24). In het ANGELO model wordt de 'obesogene' omgeving in kaart gebracht.

Volgens het Angelo model kunnen omgevingsfactoren worden onderverdeeld in vier componenten, te weten:

- de fysieke omgeving (wat is er aanwezig, bijvoorbeeld een veilige speelplaats voor kinderen),
- de economische omgeving (wat zijn de kosten en de beschikbare middelen),
- de politieke omgeving (wat zijn de regels en wetten),
- de sociaal-culturele omgeving (attitude en gedrag).

Deze componenten van omgevingsfactoren kunnen worden onderverdeeld in micro- en macro-aspecten. Macro staat voor 'verderaf' van gedrag en individu en micro staat voor 'dichtbij' gedrag en individu. De invloeden op macroniveau (bijvoorbeeld prijsbeleid, reclamewetgeving, vervoerssysteem/transport, stedenbouw, gezondheidszorgsysteem) bepalen mede de prevalentie van overgewicht in de bevolking. Invloeden op microniveau (bijvoorbeeld voedselaanbod in winkels,

schoolkantines, bedrijfsrestaurants, gezinssituatie, "peer attitudes", mechanisering en automatisering van bijvoorbeeld huishoudelijke arbeid, recreatie en sportfaciliteiten, fiets- en wandelpaden in de wijken) bepalen mede welke individuen overgewicht zullen ontwikkelen.

5.2.2. Projectdoelstelling 1b: Inventariseren van de bestaande obesitas behandelingen, preventie activiteiten en initiatieven om zo mogelijke dubbelingen en lacunes in het aanbod te identificeren.

Voor projectdoelstelling 1b is eveneens gebruik gemaakt van de individuele face-to-face interviews onder stakeholders, met behulp van een vragenlijst met open vragen. Vervolgens zijn alle gegevens in de zogenaamde 'Pyramide' (25) verwerkt. Zie paragraaf 6.4.

5.2.3 Projectdoelstelling 1c: Structureren van de activiteiten door middel van het opstellen van een integraal obesitas preventie plan (met input van alle stakeholders in het veld en hun commitment om overgewicht en obesitas breed maatschappelijk aan te pakken).

Voor projectdoelstelling 1c zijn, naast de hiervoor genoemde activiteiten, een symposium op 9 november en workshops op 10 november 2007 georganiseerd.

Er is gebruik gemaakt van de Delphi methode. Dit is een methode om met behulp van het oordeel van stakeholders systematisch, in verschillende rondes, consensus te bereiken over bepaalde vraagstukken. De Delphi methode wordt vaak gehanteerd bij diepte interviews met deskundigen uit verschillende disciplines. De kern van de Delphi methode is dat eerst met een aantal stakeholders afzonderlijk wordt gepraat zodat ieder zijn/haar inzichten en opinies kan geven zonder dat die gekleurd worden door de groepsdynamiek van een gezamenlijke bijeenkomst. Na de eerste fase van het onderzoek vindt terugkoppeling plaats van de bevindingen naar de stakeholders. Terugkoppeling van de resultaten van het ANGELO model, de 'Pyramide' en de face-to-face interviews heeft plaats gevonden tijdens het symposium op 9 november en de workshops op 10 november 2007. Vervolgens vindt er, conform de Delphi methode, op basis van deze terugkoppeling een vervolg traject plaats, waarbij getracht wordt te komen tot een grote mate van consensus ten aanzien van een bepaalde vraagstelling. Dit heeft deels plaatsgevonden door gezamenlijke bespreking van de resultaten tijdens de workshops en heeft een vervolg gekregen in verschillende ingestelde werkgroepen.

5.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie voor de interviews bestond uit stakeholders uit verschillende professies en instellingen die een rol spelen bij het onderwerp overgewicht en obesitas. De onderzoekspopulatie is deels samengesteld door een gerandomiseerde steekproef onder de stakeholders. Daarnaast is een aantal stakeholders benaderd waarvan bekend was dat zij preventieactiviteiten/-behandelingen rondom overgewicht en obesitas aanbieden. Er is een onderverdeling gemaakt in drie groepen stakeholders.

Stakeholders A

Stakeholders A zijn allen werkzaam in de gezondheidszorg op Curaçao die vanuit hun professie in hun dagelijkse praktijk te maken hebben met overgewicht/obesitas bij hun patiënten/cliënten: Huisartsen, specialisten (internisten, nefroloog, cardioloog, kinderartsen), jeugdartsen, jeugd-verpleegkundigen (consultatiebureau zorg 0-4 jarigen en schoolgezondheidszorg 4-19 jarigen),

verloskundige, diëtisten, fysiotherapeuten (o.a. een kinderfysiotherapeut) en bewegingsspecialisten (hydrotherapist, bewegingswetenschapper).

Stakeholders B en C

Stakeholders B en C hebben direct of meer indirect te maken met beleid, preventieprogramma's en activiteiten rondom overgewicht/obesitas:

- B: Gezondheidsvoorlichters (GVO'ers) en beleidsmedewerkers, directeur Sedreko, directeur Curaçaosche Hartstichting, directeur en medewerker Thuiszorg Bandabou, PR medewerker openbare bibliotheek.
- C: Directeur en beleidsmedewerker Directie Volksgezondheid, medewerkers Verzekeraars, sportcentra, scholen en particuliere organisaties.

Overig

Verder zijn ter oriëntatie de volgende bijeenkomsten bijgewoond:

- Presentatie 'The Unforgettable Institute', d.d. 9 februari 2007
- 'Health and Fitness' dag bij 'Pyramid Top' d.d. 17 maart 2007
- Bijeenkomst van 'Curaçao Leadership Forum' getiteld: 'Meeting on healthy life style', presentaties van I. Gerstenbluth (GGD), Curaçaosche Hartstichting, Wit Gele Kruis, FATUM en BZV, d.d. 31 mei 2007
- Bijeenkomst van Fundashon 'Kome salú, Pensa salú, Biba salú' d.d. 22-8-2007
- Bijeenkomst met Y. van der Sluis, directeur Voedingscentrum Nederland, d.d. 16-11-2007

Tot slot zijn er gesprekken geweest met het hoofd van de afdeling Beleid van de GGD.

5.4 Steekproef

Het liefst zou je alle stakeholders willen interviewen. Hier ontbreekt echter de tijd en het geld voor. Uit het gehele stakeholders bestand van betrokken, relevante beroepsgroepen (stakeholders groep A) zijn voor een deel willekeurig stakeholders geselecteerd (via een computer programma). Daarnaast zijn een aantal stakeholders uit groep A persoonlijk benaderd (niet willekeurig) omdat van hen bekend is dat zij preventie activiteiten dan wel obesitas behandelingen uitvoeren. Stakeholders B en C zijn niet willekeurig geselecteerd omdat het van belang is bij deze stakeholders te weten wat het huidige beleid is van de instelling/organisatie waar ze werken en welke activiteiten er plaatsvinden rondom voeding en bewegen of zullen gaan plaatsvinden.

De stakeholders ontvingen van tevoren een brief met inhoud over het onderzoek en de vraag of ze willen meewerken aan een interview. Na de brief zijn de stakeholders telefonisch benaderd om een afspraak te maken. Bij vijf stakeholders zijn de secretaresses/assistentes of de stakeholder zelf tot 4x toe telefonisch benaderd maar daarbij lukte het niet om een concrete afspraak met de betreffende stakeholder te maken. Een stakeholder zei geen tijd te hebben voor een interview. Deze stakeholders zijn allen afgefallen voor een interview. De interviews vonden plaats op een door de stakeholder voorgestelde locatie. De duur van het interview varieerde van 30 tot 60 minuten. Het benaderen van de stakeholders vond plaats in de periode maart 2007 t/m augustus 2007. In totaal zijn 60 stakeholders geïnterviewd. De bereidheid van de stakeholders om mee te werken was hoog.

5.5 Vragenlijsten

De interviews zijn afgenomen met behulp van vragenlijsten, bestaande uit 30 open vragen. Er waren aparte vragenlijsten voor de stakeholders in groep A en de stakeholders in groep B en C. Er is gekozen voor mondelinge face-to-face interviews om geen onvoorziene belangrijke informatie te verliezen. Alle interviews zijn afgenomen door een en dezelfde persoon, schriftelijk geregistreerd tijdens het interview en daarna digitaal uitgewerkt en gerangschikt. De vragenlijst was zowel in het Nederlands als in het Papiaments aanwezig. Voor aanvang van het onderzoek is een pilot interview afgenomen onder drie stakeholders om eventuele knelpunten en moeilijkheden in de vragenlijst te ontdekken en waar nodig aan te passen. Na het interview heeft elke geïnterviewde een tallelint ontvangen.

5.6 Analyse

Elk interview is dezelfde of de dag daarop doorgelopen, digitaal uitgewerkt en alle benodigde informatie is bij de juiste vraag gerangschikt. Nadat alle interviews waren afgenomen zijn alle vragenlijsten opnieuw doorgelopen en zijn alle antwoorden van de 60 stakeholders bij elkaar gevoegd en daarna is er geturfd aan de hand van de antwoorden.

6. RESULTATEN

In paragraaf 6.1 worden de verkregen resultaten in het ANGELO model weergegeven. In paragraaf 6.2 zijn de resultaten van de face-to-face interviews in tabellen met een toelichting en quotes/ opmerkingen weergegeven. In paragraaf 6.3 zijn de verwachtingen van de stakeholders samengevat. In paragraaf 6.4 is de 'Pyramide' voor Curaçao weergegeven. In paragraaf 6.5 de resultaten van het symposium en de workshops.

6.1 ANGELO model

OMGEVING	FYSIEK	ECONOMISCH	POLITIEK	SOCIOCULTUREEL
MICROSETTING				
WIJKEN	Weinig: veilige wandelpaden, zebrapaden, trottoirs, stoplichten voor voetgangers	Soms zijn er kosten voor gebruikers	In nieuwe en oude wijken geen aandacht voor infrastructuur ter preventie van overgewicht	Buurtveiligheid, sociale controle en criminaliteit verschillen per wijk
BEWEGEN	Niet altijd goede straatverlichting	Sedreko: gratis		Culturele attitude ten aanzien van bewegen
	Loslopende honden	Gym: entree betalen	Politiek geeft zelf niet het voorbeeld om volop te bewegen	Meisjes in achterstandswijken weinig sportmogelijkheden
	Geen veilige fietspaden, verkeerspark zeer beperkt toegankelijk	Sportclub: contributie betalen	Meer bewegen wordt niet gestimuleerd vanuit de overheid	
	Sportvelden vaak slecht onderhouden	Stranden: niet overal gratis	Quote: "Politici gaan mager naar binnen en komen vet naar buiten"	
	-Zijn er voldoende geschoolde sportbegeleiders?			
	- Geen autovrije zones			
	- SDK stadion, Rifstadion en zwembaden			

6.1 ANGELO model vervolg

OMGEVING	FYSIEK	ECONOMISCH	POLITIEK	SOCIOCULTUREEL
VOEDSEL MICROSETTING	Groot aanbod fastfoodketens en snacks	Snacks en fastfood: snelle en goedkope maaltijden	Geen beleid en awareness campagnes Geen kennisoverdracht en bewustwording m.b.t. gezonde voeding	- Niet ontbijten - Grote porties - Vet en zoet = calorierijk - Veel wit brood - Batidos: met melk en suiker - Veel frituren en bakken - Weinig fruit en groente= "Kos di pone na ranchi di tayó" - Zuigelingen: onnodig pap in de melk
VOEDSELMARKETING MACROSECTOR		Volop fastfood & frisdrank advertenties	Vestigings- en vergunningen beleid?	

OMGEVING	FYSIEK	ECONOMISCH	POLITIEK	SOCIOCULTUREEL
MICROSETTING				
SCHOLEN VOEDING	Kantines bieden geen gezond eten & drinken aan, veel snacks Bij uitgang ijs-, snoep e.a. verkopers Traktatiebeleid?	Scholen verdienen bij door verkoop van snacks en frisdranken	Weinig tot geen lesmateriaal rondom gezonde voeding	Ouders zijn niet gewend gezonde tussendoortjes mee te geven, te trakteren
SPEELTERREINEN BEWEGEN & VOEDING	Beperkt aantal openbare speeltuinen	Exploitatie vaak door fastfoodketen of sponsering door bedrijven	Aanleg, veiligheid en onderhoud van openbare speeltuinen laten te wensen over	Uitje naar/ feestje bij fastfood restaurant is algemeen geaccepteerd
HUIZEN BEWEGEN	Vaak éénlagig, geen trap Auto: dichtbij de voordeur			Werken in de tuin is niet geïntegreerd in het dagelijks leven

6.1 ANGELO model vervolg

OMGEVING MACROSECTOR	FYSIEK	ECONOMISCH	POLITIEK	SOCIOCULTUREEL
TRANSPORT BEWEGEN	Veel gebruik auto's en bussen Weinig wandelen en/of fietsen	Kan te duur zijn bus te betalen naar diëtist, strand Koredor etc.	Geen beleid om meer te bewegen en de auto te laten staan	Lopen en fietsen niet ingeburgerd als transportmiddel
MEDIA	Geen dieetgoeroes, zoals b.v. Sonja Bakker		Geen agendasetting, bewustwording en kennisoverdracht v.w.b. voeding en bewegen dmv massamediale campagnes	Bestaat een vertel-, luister- en kijkcultuur

OMGEVING MACROSECTOR	FYSIEK	ECONOMISCH	POLITIEK	SOCIOCULTUREEL
GEZONDHEIDS-ZORG	Niet in iedere wijk medici en paramedici Weinig voorlichtings-materiaal	Hoge kosten curatieve gezondheidszorg Zorg is niet gericht op gezondheidsbevordering	Geen preventie budget en preventie beleid Reclame code commissie ontbreekt (vele advertenties in kranten voor 'afval' medicatie)	'External locus of control' ziekteperceptie

6.2 Resultaten Interviews Stakeholders A

IS OVERGEWICHT EEN AANDACHTSPUNT BINNEN UW PRAKTIJK/ORGANISATIE/INSTELLING?				
HUISARTSEN N=14	SPECIALISTEN N=7	JEUGDGEZOND- HEIDSZORG (JGZ) & VERLOSKUNDE N=7	DIËTISTEN N=5	FYSIOTHERAPEUTEN (FT) & BEWEGINGS- SPECIALISTEN N=6
Ja: 10x Soms: 3x Nee: 1x "Eigenlijk alleen ziektegerelateerd"	Ja: 6x Nee: 1x "Overgewicht speelt een prominente rol in veel ziektebeelden"	Ja: 7x "Tijdens PGO's en standaardconsulten"	Ja: 5x "Meestal ziekte-gerelateerd, echter niet altijd"	Ja: 5x Nee: 1x "Eigenlijk alleen ziektegerelateerde klachten"

Overgewicht/Obesitas als aandachtspunt

Bij de meeste stakeholders in groep A is overgewicht/obesitas een aandachtspunt. Voor bijna iedereen geldt dat overgewicht meestal ziektegerelateerd, zoals bij hart- en vaatziekten, nierfalen, diabetes mellitus, rug- en gewrichtsklachten, aan de orde is.

Quotes/opmerkingen

- o "Gedurende 16 jaar al vele pogingen gedaan preventieprogramma's op te zetten. Niet gelukt, iedereen heeft zijn eigen agenda."
- o "Ik word gezien als de vervelende dokter omdat ik overgewicht bijna altijd ter sprake breng."

Conclusie: de meeste stakeholders in groep A hebben overgewicht/obesitas alleen ziektegerelateerd als aandachtspunt, met uitzondering van de medewerkers in de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau's, schoolgezondheidszorg), kinderartsen en soms diëtisten.

SCREENT U SYSTEMATISCH OP OVERGEWICHT TIJDENS ELK CONSULT? Lengte (L), Gewicht (G), BMI (B), Tailletest (T)				
Ja: 1x Nee: 13x wel op indicatie bv bij risicofactoren, ziektegerelateerd of zichtbaar overgewicht 1x speciaal computer-programma	L&G: 3x L&G&T: 1x L&G&B&T(T op indicatie): 1x 1x L&G voor dosering medicijnen 1x risicoprofiel via ADA website	L&G: 6x tijdens PGO Taillelint is geen instrument voor kids G: elk consult in de zwangerschap	L&G&B: 5x T: 1x T: 1x op indicatie T: 1x nooit, 'embarrassing voor de patiënt' Huidplooiemeting op indicatie: 1x Body Fat Monitor: 1x op indicatie	L&G&B&T: 1x en op indicatie vetpercentage en fitness test Nee: 4x Soms vetpercentage: 1x

Systematisch screenen op overgewicht (lengte, gewicht, bmi en tailleomvang tijdens elk consult)

Binnen de jeugdgezondheidszorg worden alle jongeren systematisch op overgewicht gescreend (lengte, gewicht en uitzetten in de groeicurve) tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek en bij de kinderartsen tijdens het consult. Uit de interviews blijkt dat er verschillende groeicurves in omloop zijn en gehanteerd worden. De paramedici bij stakeholders A (diëtisten, fysiotherapeuten/bewegingsspecialisten) krijgen meestal patiënten doorverwezen met al een bepaald ziektebeeld en overgewicht/obesitas. Primaire preventie/vroeg signalering t.a.v. overgewicht is dan niet van toepassing.

Quotes/opmerkingen

- o "Ik bereken BMI, legt dit niet uit aan de patiënt. Meet taille- en heupomvang. Een makkelijk en duidelijk meetinstrument voor de patiënt."
- o "Tijdens elk consult: gewicht en bloeddruk."

Conclusie: binnen de jeugdgezondheidszorg worden alle jongeren tijdens de PGO's systematisch op overgewicht gescreend. De meeste huisartsen en specialisten screenen niet systematisch (L,G,B,T) op

overgewicht. De diëtisten en fysiotherapeuten/bewegingsspecialisten krijgen meestal patiënten doorverwezen met al een bepaald ziektebeeld en overgewicht/obesitas. Primaire preventie en vroegsignalering ten aanzien van overgewicht is dan niet van toepassing.

WAT GEBRUIKT U ALS CUTOFF VOOR OVERGEWICHT?				
HUISARTSEN	SPECIALISTEN	JGZ & VERLOSKUNDE	DIËTISTEN	FYSIO (FT)/ BEWEGINGS-SPECIALISTEN
N=14	N=7	N=7	N=5	N=6
BMI ≥ 25: 5x BMI ≥ 27,5: 2x BMI ≥ 28: 1x BMI ≥ 30: 2x Taille man ≥ 100cm: 1x Taille vrouw ≥ 88cm: 1x 'Zichtbaar overgewicht': 1x Geen: 2x	BM ≥ 25: 1x Geen: 1x NVT: 1x (oncoloog) P ≥ 90 – P ≥ 97: 3x Taille man ≥ 102 cm: 1x Taille vrouw ≥ 88 cm: 1x	P ≥ 90: 2x P ≥ 97: 1x Bij stijgende percentiëlijn in de groeicurve: 2x Geen: 1x NVT: 1x (verloskunde)	Pt komen vaak met BMI ≥ 30 of nog hoger, 40-50. Doel: werken naar streefgewicht, niet naar een BMI van 25: 4x Afname taille-omvang: 1x	BMI ≥ 25: 1x Bij zichtbaar overgewicht ter sprake brengen: 3x Streeft naar 5 kg gewichtsverlies: 1x Vetpercentage meten: 1x

Cutoff

Onder de geïnterviewde stakeholders blijkt dat er een diversiteit bestaat in de cutoff die voor overgewicht wordt gehanteerd. De meeste diëtisten geven aan dat ze naar een streefgewicht werken, niet naar een BMI van 25.

Quotes/opmerkingen

- "Waarom allerlei meetinstrumenten gebruiken, wat is daar het nut van? Je ziet gauw genoeg of iemand overgewicht heeft."
- "BMI is geen goed meetinstrument voor de Antilliaanse zeer mixed bevolking, waarbij sprake is van een andere vetverdeling en spiermassa."

Conclusie: er worden verschillende cutoff's voor overgewicht gehanteerd.

WELKE ADVIEZEN T.A.V. OVERGEWICHT EN OBESITAS GEEFT U AAN PATIËNTEN?				
V=voeding, B=bewegen, O=opvoeding				
V: 2x V&B: 6x B&B: 3x O&V&B: 1x Montignac dieet: 1x Cambridge dieet: 1x 1x protocol 'American Society of Dietetic Physician'	V&B: 7x Extra advies: Dash dieet via internet: 1x Extra aandacht: waar veel zout en verscholen zout in zit: 2x	O&V&B: 6x V: 1x	V&B: 5x Individuele adviezen per patiënt 1x: Extra aandacht Waarom wil je afvallen? 2x: Etiketten leren lezen, boodschappen doen en bereiden van voedsel	V&B: 3x B&B: 3x Alkalisch dieet: 1x

Adviezen ten aanzien van overgewicht en obesitas

Binnen de jeugdgezondheidszorg wordt door alle geïnterviewden aangegeven dat ze adviezen rondom opvoeding, voeding en bewegen geven. Onder de geïnterviewde huisartsen lopen de adviezen uiteen van alleen voeding, voeding & bewegen, bewegen & bewegen en speciale diëten. De geïnterviewde specialisten en diëtisten geven allen adviezen rondom voeding en bewegen en onder de geïnterviewde fysiotherapeuten blijkt ongeveer de helft aandacht te geven aan voeding & bewegen en de andere helft aan bewegen & bewegen.

Quotes/opmerkingen

- "Niet je kind de krant laten halen of je partner drinken voor je laten halen: kortom zelf meer bewegen ook in en rondom huis."
- "Ik vertel wat ongezond is en waar je dik van wordt: gebakken rijst, bolo, pastechi, vetten. Dat groenten en fruit gezond zijn en dat je dat onbeperkt kunt eten. Ga bewegen, ga bewegen."
- "Ik adviseer iedereen te gaan lopen. Hoeft niet naar een gym, kost geld en je moet er met een auto naar toe. Verminder vetten, snoep minder en maak zelf het eten klaar, dan weet je wat erin gaat. Kant en klaar maaltijden zijn vaak vet."
- "Dieet zonder bewegen heeft geen zin."
- "Ik bespreek porties en laat groente niet: kos di pone di ranchi di tayó zijn, maar 1/3 van je bord moet uit groente bestaan. Eet bruin i.p.v. wit brood. Beloon kinderen niet met tussendoortjes. Als je langs een snack rijdt, rijd dan door, stop niet".
- "Introduceer vaste eetmomenten en eet niet voor de televisie."
- "Geen pap in de fles voor zuigelingen."
- "Advies naar ouders: Haal alles uit de koelkast wat niet gezond is. Het hele gezin moet meedoen aan gezond eten en niet een van de gezinsleden. Als ouders ben je verantwoordelijk voor het eten van je kind en heb je een voorbeeldfunctie."
- "Ik visualiseer met muisknop, tennis- en honkbal en theelepels hoe groot de porties moeten zijn."
- "Ik vraag een ouder hoeveel bagage ze in een vliegtuig mogen meenemen. Ouders weten prima dat het 20 of 25 kg is. Ik vraag vervolgens of ze dat in een rugzak de hele dag met zich mee willen sjouwen. Leg dan uit dat ze dit gewicht, of nog meer, iedere dag mee zeulen."
- "Ik behandel in sportschool met de hoop dat na afronden van de behandeling de patiënt naar de sportschool blijft gaan."

Conclusie: er is grote diversiteit aan adviezen en voorbeelden die gegeven worden.

VOLGT U DE VORDERINGEN VAN DE PATIËNT, FOLLOW-UP?				
HUISARTSEN N=14	SPECIALISTEN N=7	JGZ & VERLOSKUNDE N=7	DIËTISTEN N=5	FYSIO (FT)/ BEWEGINGS- SPECIALISTEN N=6
Ja: 3x Nee: 8x (niet voor overgewicht alleen) Ja: 3x (ziekte- gerelateerd)	Ja: 7x (ziekte- Gerelateerd)	Ja: 5x (indien nodig extra consult) Nee: 2x (alleen standaard PGO's, geen extra controles)	Ja: 2x (lang bezig met aanvraag bij verzekeraar) Ja: 1x (PP pt) Nee: 2x (niet na einde van behandeling)	Soms: 1x (via email) Nee: 5x (niet na einde van behandeling)

Follow-up

Eigenlijk vindt follow-up nooit alleen plaats voor overgewicht, zij is meestal ziekte gerelateerd, met uitzondering van de follow-up in de preventieve jeugdgezondheidszorg. Ongeveer de helft van de geïnterviewde diëtisten spreekt wel een follow-up af na het einde van de behandeling (en is dan vaak veel tijd kwijt met een vervolg aanvraag bij de verzekeraar), de andere helft doet dat niet. De meeste fysiotherapeuten zien hun patiënten na het einde van de behandeling niet voor een follow-up.

Conclusie: er is bijna geen follow-up voor overgewicht alleen. Met uitzondering van de preventieve jeugdgezondheidszorg en een aantal diëtisten.

WAT ZIJN DE RESULTATEN?				
HUISARTSEN N=14	SPECIALISTEN N=7	JGZ & VERLOSKUNDE N=7	DIËTISTEN N=5	FYSIO (FT)/ BEWEGINGS- SPECIALISTEN N=6
Matig: 3x Wisselend: 4 Positief: 1x Redelijk op korte termijn: 5x Meet geen resultaten doel is bewustwording: 1x	Matig tot geen: 6x NVT: 1x (oncologoog)	Matig tot geen: 3x Zeer wisselend: 3x nvt: 1x (verloskunde)	Matig tot geen: 2x (veel jojo effect) Erg wisselend: 3x Alleen redelijk op korte termijn, tijdens behandeling	Matig: 1x Erg wisselend: 4x Resultaat mbt FT interventie is goed, niet gericht op gewicht: 1x

Resultaten

De meeste geïnterviewden geven aan dat er matig tot geen of zeer wisselend resultaat is. Op de korte termijn is het resultaat redelijk, echter op de lange termijn is het resultaat zeer matig. Er is vaak sprake van een jojo effect. Een geïnterviewde geeft aan dat zijn doel bewustwording is en niet 'afvallen'. Mensen leren omgaan met eten, drinken, bewegen en emoties.

Quotes/opmerkingen

- o "Patiënten beginnen enthousiast maar zijn niet gemotiveerd lang door te gaan. Zeker niet als ze zelf in de kosten moeten bijdragen. Er gaat geen initiatief van hen zelf uit."
- o "Het is een leefstijl die veranderd moet worden en dat lukt niet in 2 maanden."
- o "Het komt voor dat een patiënt 2x geweest is en de 3^e keer niet komt omdat zijn favoriete tv programma op tv is."
- o "De informatie gaat het ene oor in, het andere oor weer uit. Mensen met gewrichtsklachten en overgewicht: als ze zijn afgevallen en de gewrichtsklachten zijn weg, vervallen ze vaak weer in hun oude leefstijl en gewoonten."

Conclusie: de meeste geïnterviewden geven aan dat het resultaat op de korte termijn redelijk is, maar er daarentegen matig tot geen resultaat is op de lange termijn. Leefstijl verander je niet in een paar maanden. Gedragsverandering en gedragsbehoud vergen een lange tijd.

WAAROM GEEN SUCCES?				
Cultuur: 3x Motivatatie + doorzettingsvermogen: 5x Omgeving+ motivatie+ doorzettingsvermogen: 6x	Cultuur + motivatie + doorzettingsvermogen + omgeving: 5x Financiën + vervoer: 1x	Cultuur: 3x Motivatatie+ doorzettingsvermogen + omgeving: 3x	Cultuur: 1x Motivatatie, + doorzettingsvermogen + omgeving: 5x Geen multi-disciplinaire benadering: 1x	Motivatatie + doorzettingsvermogen: 2x Omgeving+ motivatie+ doorzettingsvermogen: 3x Niet gericht op gewichts daling bij FT behandeling: 1x

Waarom wel/geen succes

De meeste stakeholders geven aan dat er sprake is van succes als de patiënt in zijn/haar omgeving bijvoorbeeld een hersenbloeding heeft meegemaakt. Men is dan enorm gemotiveerd om zijn/haar leefstijl aan te passen. Verder is er sprake van succes als de patiënt wekelijks begeleid wordt door een multidisciplinair team, volop gesteund wordt door de omgeving en de behandelingen vergoed krijgt. Voor het uitblijven van succes noemen de stakeholders: cultuur, gebrek aan motivatie, doorzettingsvermogen en geen steun vanuit de omgeving.

Quotes/opmerkingen

- "Intensieve, wekelijkse, langdurige begeleiding en steun uit omgeving."
- "De bevolking neemt gauw een slachtofferrol aan. Ze zijn te dik, willen naar een diëtist maar ze gaan het niet zelf oplossen. Anderen moeten het voor hen oplossen."
- "Ziekteperceptie onder de bevolking is totaal anders. Ze kunnen er zelf niets aan doen dat ze te zwaar zijn."
- "Bevolking is lui en gemakzuchtig, hebben geen zin om te bewegen en is kampioen in het afschuiven van verantwoordelijkheden. Dik zijn wordt niet als probleem ervaren."
- "Geen steun vanuit de omgeving, niet vanuit thuis, school, overheid, werk."
- "Overgewicht en obesitas worden niet echt als een probleem gezien. In het papiaments zijn er woorden die aangeven dat je sterk en mooi gebouwd bent: balente."
- "Geen geld om de bus te betalen om naar een diëtist te gaan en groente en fruit te kopen."
- "Dikke kinderen betekent in sommige culturen: welvaart."
- "Als een kind moet afvallen, moet het hele gezin meedoen. Soms zelf koelkast op slot doen. Meestal vindt een van de ouders overgewicht geen probleem en geeft zelf niet het goede voorbeeld omtrent gezonde voeding en bewegen."
- "Blijvende gedragsverandering is moeilijk. Omgeving en zorgverzekeraars dragen niet bij aan preventie van overgewicht."
- "Water is voor Bon Futuro en groente is voor geiten."
- "Ik hoor vaak: Het zit in de familie."
- "Ouders hebben/maken geen tijd om met hun kind naar een diëtist te gaan of naar een sportclub te brengen en te halen."
- "Veelal goed gemotiveerd tijdens de behandeling (individueel of in een groep), na einde van de behandeling geen begeleiding, controle en stimulans meer, waardoor deelnemers snel vervallen in hun oude leefpatroon."

Conclusie: redenen voor uitblijven van succes worden bij de patiënt en de omgeving gezocht, niet mede bij de beroepsbeoefenaren zelf of het feit dat er geen educatie en bewustwording plaatsvindt.

MAAKT U GEBRUIK VAN EEN PROTOCOL EN/OF BEHANDELINGSRICHTLIJNEN V.W.B. OVERGEWICHT/OBESITAS?				
HUISARTSEN	SPECIALISTEN	JGZ & VERLOSKUNDE	DIËTISTEN	FYSIO (FT)/ BEWEGINGS-SPECIALISTEN
N=14	N=7	N=7	N=5	N=6
Nee: 10x	Nee: 5x	Nee: 7x	Nee: 5x	Nee: 6x
1x Richtlijnen uit Nld 1x Richtlijnen uit Nld/VS 1x soms NAASO: 'North American Association for the Study of Obesity' 1x Eigen protocol	Soms richtlijnen: ATP: 1x Overwegend Amerikaanse standaarden 1x	"Geen protocol overgewicht. Wel een JGZ protocol meten en wegen"	"Wel een protocol voor diabetes mellitus"	"Wel FT protocol vanuit Nld voor diabetes"

Protocol en/of behandelingsrichtlijnen

De meeste geïnterviewden geven aan geen protocol en/of behandelingsrichtlijnen voor overgewicht/obesitas te gebruiken.

Conclusie: doordat er geen gebruik wordt gemaakt van een protocol, is er geen uniformiteit in screening, diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met overgewicht/obesitas. Een protocol is iets waar je aan kunt refereren en zorgt voor uniformiteit en kwaliteit.

HEEFT U BEHOEFTE AAN EEN PROTOCOL?				
HUISARTSEN N=14	SPECIALISTEN N=7	JGZ & VERLOSKUNDE N=7	DIËTISTEN N=5	FYSIO (FT)/ BEWEG.- SPECIALISTEN N=6
Ja: 6x Ja: 3x maar dan met verwijzings- en vergoedingsmogelijkheden Nee: 5x	Ja: 6x Integraal protocol met verwijsmogelijkheden 1x: bestaat er een gevalideerd protocol? 1x multidisciplinair	Ja: 6x Protocol Opvoeding, Voeding & Bewegen, + wanneer actie ondernemen Nee: 1x (verloskunde)	Ja: 3x Nee: 2x	Ja: 5x Nee: 2x "Innovatie van de kwaliteitszorg, een eerste aanzet tot meetbaar maken van effecten"

Behoeftte aan een protocol

De meeste geïnterviewden geven aan behoefte te hebben aan een protocol maar dan met daadwerkelijke verwijzings- en vergoedingsmogelijkheden door verzekeraars. Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een protocol meten en wegen. Daarnaast heeft de JGZ behoefte aan een protocol met duidelijke richtlijnen: wanneer je een kind en de ouder(s) verwijst, wanneer en hoe vaak een hercontrole, wel of geen huisbezoek etc.

Quotes/opmerkingen

- o "Doordat er geen protocol is gaat iedere jgz-medewerker anders om met overgewicht. Vergelijk het met het vaccinatieprotocol. Daar houdt iedereen zich strak aan."

Conclusie: protocol / behandelingsrichtlijnen opstellen voor volwassenen en voor kinderen.

INDIEN U VERWIJST, WAAR VERWIJST U NAAR TOE?				
Diëtist: 7x, ziekte-gerelateerd Diëtist en FT: 4x, ziektegerelateerd PP pt. en schoolkids (met ouders) naar diëtist GGD Geen verwijzing voor overgewicht alleen: 3x Verwijzen geen kids: 2x Internetsite van het Voedingscentrum in Nld: 1x	Diëtist: 5x, ziektegerelateerd Diëtist en FT: 2x, ziektegerelateerd 2x: soms Psycholoog	0-4 jarigen Huisarts: 6x, met verzoek om verwijzing naar diëtist Kids > 4 jaar, verwijzing naar diëtist van de GGD, soms verwijzing naar huisarts of kinderarts	FT/Beweg.spec: 5x En daarnaast advies zelf te gaan zwemmen, lopen, etc	Huisarts: 3x met vraag voor verwijzing naar diëtist

Bestaande verwijsmogelijkheden voor SVB- en BZV-verzekerden

BZV verzekerden: eilands- en landsambtenaren hebben een verwijsbrief van de huisarts nodig voor behandeling bij een diëtist. BZV werkt niet met een cutoff. "De huisarts moet zeggen of de patiënt overgewicht heeft en een verwijsbrief aan de verzekerde verstrekken." De Eilands- en landsverzekerden krijgen 12 behandelingen van een diëtist vergoed. Verlenging is mogelijk en dat moet de huisarts aangeven via een machtiging, die de medisch adviseur van BZV moet accorderen. PP verzekerden kunnen alleen naar de diëtist van de GGD voor behandeling. De twee GGD diëtisten hebben spreekuren in de wijken voor PP verzekerden en voor kinderen van 4-12 jaar. Er is sprake van onderbemanning bij de afdeling voeding en diëtetiek. Ten tijde van het onderzoek waren er twee GGD diëtisten, sinds januari 2008 is er een diëtist. Naar verluidt is de GGD van plan de uitvoerende taken van de voeding en diëtetiek dienst van de GGD af te stoten.

SVB verzekerden: sinds mei 2007 vergoedt de SVB 6 behandelingen van een diëtist als er bij een verzekerde sprake is van een BMI ≥ 30 .

Quotes/opmerkingen

- “Terugrapportage van de diëtisten laat te wensen over.”
- “Verwijzing naar een diëtist alleen helpt niet.”
- “Ik geef patiënten als tip een hardloopband bij Cost-U-Less te kopen. Een apparaat kun je er na 4 maanden al uit hebben, in vergelijking met het lidmaatschap van een sportschool.”
- “Bewegen bij FT om af te vallen wordt niet vergoed, verzekeraar zegt: ga naar een gym.”

Conclusie: er zijn weinig mogelijkheden voor verwijzing bij overgewicht alleen. Er is sprake van onderbemanning bij de afdeling voeding en diëtetiek van de GGD, waar PP verzekerden en schoolkinderen met hun ouders naar toe verwezen worden. Naar verluidt is de GGD van plan de uitvoerende taken van de voeding en diëtetiek dienst van de GGD af te stoten. Mocht dat het geval worden dan moet in ieder geval gegarandeerd worden dat de behoefte aan diëtistenzorg voor PP kaarthouders verzekeringstechnisch goed geregeld wordt.

GELOOFT U DAT HET ZIN HEEFT OM OP LANGE TERMIJN TE INVESTEREN IN GEWICHTSVERMINDERING DOOR HET ONTWIKKELEN VAN PREVENTIE ACTIVITEITEN?				
HUISARTSEN N=14	SPECIALISTEN N=7	JGZ & VERLOSKUNDE N=7	DIËTISTEN N=5	FYSIO (FT)/ BEWEGINGS- SPECIALISTEN N=6
Ja: 14x	Ja: 7x “Het is noodzaak”	Ja: 7x “Kan grote gezondheidswinst geven”	Ja: 5x “Het is noodzaak”	Ja: 6x

Geloof u dat het zin heeft om op lange termijn te investeren in gewichtsvermindering door het ontwikkelen van preventie activiteiten

Het is duidelijk dat alle geïnterviewden geloven in het ontwikkelen van preventie activiteiten.

Quotes/opmerkingen

- “Als de overheid zich niet richt op preventie van overgewicht, stijgen de ziektekosten over enkele jaren de pan uit. Dan bepalen huisartsen geen gewicht meer maar nierfunctie en rijzen het aantal nierdialyses de pan uit op Curacao.”
- “Gezondheidszorg op Curacao besteedt teveel aandacht aan ‘loosers’= weg gegooit geld. Stop gezondheidszorg geld in preventie bij de jeugd. Kijk naar het ziekenhuis: er liggen ‘dikke’ patiënten die door ‘dikkerds’ worden verpleegd.”
- “Het is urgent. Als we nu niet investeren in preventie komen we onszelf over 10 jaar tegen. Het aantal diabetes mellitus patiënten loopt dan helemaal uit de hand en over nog eens 10 jaar is de gezondheidszorg op Curacao failliet.”
- “Ja, maar je moet erin geloven en het kost veel tijd en geld. Uiteindelijk zul je gezondheidszorg kosten besparen doordat er minder zorg en medicatie hoeft te zijn voor diabetes, hypertensie en nierdialyse.”
- “Preventie kan vele ziekten voorkomen. Laten we meer in preventie geloven dan in chemotherapie.”
- “Hele bevolking moet overspoeld worden met informatie over gezonde voeding en hoe een gezond eetpatroon eruit ziet.”
- “Mensen zijn bezig in het hier en nu. Kijken en denken niet na over hoe hun leven en gezondheid eruit zien als ze 60 jaar zijn.”
- “Zie het effect van de jaren lange anti-rook campagnes in Nederland. Bijna niemand gaat de discussie over roken aan.”

Conclusie: zorg voor een structureel obesitas preventie beleid en budget en start met concrete preventie activiteiten, blijf niet alleen praten.

WAAR HEEFT U BEHOEFTE AAN RONDOM OVERGEWICHT/OBESITAS IN UW PRAKTIJK?				
HUISARTSEN N=14	SPECIALISTEN N=7	JGZ & VERLOSKUNDE N=7	DIËTISTEN N=5	FYSIO (FT)/ BEWEGINGS- SPECIALISTEN N=6
Voorlichtingsmateriaal met veel plaatjes: folders, posters, billboards: 6x	VI.materiaal: met veel plaatjes, folders, billboards, filmpjes: 7x	VI.materiaal: idem + aandacht voor gevolgen van overgewicht op lange termijn: 5x	VI.materiaal: idem: 3x	Gestructureerde & georganiseerde gezondheidszorg op Curacao: 1x
Massamediale campagne: 2x (V&B)	Massamediale campagne: 2x Gezonde voeding & bewegen (V&B)	Massamediale campagne: 2x	Massamediale campagne: 2x	Innovatie van het zorgsysteem: 1x
Groepscurus olv diëtist en FT vergoed door verzekeraars: 7x	Sociale kaart & Overgewicht platform: 1x	Cursus/vl: "Op(voeding), bewegen en overgewicht": 3x	Voedingsvoorlichtingsmodel: 2x	Maak overgewicht bespreekbaar: 1x
Motivatatie & discipline van de pt: 1x	Caloriewijzer: 1x		Gezonde handout recepten: 2x	
Hometrainer in de wachtkamer: 1x	Dedicated nurse voor diabeteszorg nierfalen en overgewicht: 1x		Groepscurus & Groepsvl: 2x	
Feedback van diëtist na verwijzing: 1x	Multidisciplinaire aanpak: 1x			
Nieuwsbrief Preventie: 1x				
Overgewicht/ Obesitas centrum met multidisciplinair team en gym: 2x				
Deskundigheidsbevordering dokters-assistenten: 1x				

Behoeftte aan

Ongeveer de helft van de geïnterviewde stakeholders geeft aan behoefte te hebben aan schriftelijk voorlichtingsmateriaal, folders, posters, billboards, waarbij gebruik wordt gemaakt van veel plaatjes en weinig tekst. Een deel geeft aan dat ze behoefte hebben aan een massamediale campagne en aan groepscurussen onder leiding van een diëtist en fysiotherapeut vergoed door de zorgverzekeraars.

Quote/opmerkingen

- "Leefstijl verander je niet in 6 consulten, verzekeraars moeten behandeling langer vergoeden."

Conclusie: initiëren van een massamediale campagne voor agendasetting en bewustwording en aandacht voor de gevolgen van overgewicht op lange termijn, ontwikkelen van schriftelijk voorlichtingsmateriaal (waaronder een caloriewijzer) en ontwikkelen van multidisciplinaire behandeling in de vorm van groepscurussen vergoed door zorgverzekeraars.

HOE STAAT U TEGENOVER EEN INTEGRAAL OBESITAS PREVENTIE PLAN?				
HUISARTSEN N=14	SPECIALISTEN N=7	JGZ & VERLOSKUNDE N=7	DIËTISTEN N=5	FYSIO (FT)/ BEWEG.- SPECIALISTEN N=6
Positief: 7x Positief 6x maar: met concrete acties & activiteiten en met een vergoedings- systeem "Anders is het gedoemd te mislukken" Hoop dat het kan: 1x	Positief: 7x "Verzekeraars en politiek moeten meedoen" "Gedeputeerde moet belang van bewegen als hoogste prioriteit aangeven"	Positief maar met concrete acties en activiteiten: 7x	Positief: 5x	Positief: 5x Gemengde Gevoelens: 1x

Integraal Obesitas Preventie Plan

De meeste stakeholders geven aan positief tegenover een integraal obesitas preventie plan te staan. Ongeveer de helft van de huisartsen en de meeste medewerkers in de JGZ geven aan dat in dit plan concrete acties en activiteiten opgenomen moeten zijn, alsook een vergoedingssysteem. 'Anders is het gedoemd te mislukken.' Een klein deel geeft aan dat ze gemengde gevoelens hebben of hopen dat een dergelijk plan mogelijk is.

Quotes/opmerkingen

- "De 1^e lijn dient optimale zorg te bieden binnen een goed kader. Op Curacao is dit kader echter niet afgesproken."
- "Opdracht voor integraal obesitas preventie plan moet van hogerhand komen, bijvoorbeeld van directie volksgezondheid. Ministers komen en gaan. Er is vaak discrepantie tussen het beleid van een minister volksgezondheid en een directie volksgezondheid."
- "Heeft alleen kans van slagen als een sterke en gerespecteerde persoon (bij voorkeur yu Korsou) de leider is. Verder moet er geen winstbejag in het spel zijn."
- "Stakeholders/organisaties willen wel iets met preventie maar weten niet hoe ze het aan moeten pakken."

Conclusie: structureel beleid en budget voor obesitas preventie dient er te komen en een integraal meersparen en meerjaren activiteiten plan met doelstellingen dat gefaseerd wordt uitgevoerd. Goede planning en continuïteit is van belang; wie krijgt wanneer welke taak, waar en hoe wordt het uitgevoerd en geëvalueerd. Initieer een centraal informatiepunt en stel een overgewicht coördinator aan.

HOE TE KOMEN TOT STRUCTUUR, SAMENWERKING & COMMITMENT VAN ALLE STAKEHOLDERS?				
HUISARTSEN N=14	SPECIALISTEN N=7	JGZ & VERLOSKUNDE N=7	DIËTISTEN N=5	FYSIO (FT)/ BEWEG.- SPECIALISTEN N=6
Moeilijk te realiseren: 7x Politiek moet voortouw nemen: 2x Interesse voor uitvoeren niet helpen bij opzet: 1x Verschilt per persoon: 1x Alleen als er verwijzings- en vergoedingsmogelijkheden zijn: 6x	Moeilijk te realiseren: 4x Is mogelijk als politiek kaders stelt en zich niet bemoeit met inhoud. Wel een specifiek budget alloceren: 1x Weet het niet: 1x "Iedereen gaat z'n eigen gang en voor zijn eigen belang"	Moeilijk te realiseren: 5x Bereid tot samenwerken: 2x	Moeilijk te realiseren: 2x Is mogelijk met enthousiaste en gedreven mensen: 2x GGD moet voortouw nemen en controleren: 2x	Moeilijk te realiseren: 2x Is mogelijk maar afhankelijk van persoon die de trekker is en stakeholders die deelnemen: 4x Is mogelijk als stakeholder er aan verdient: 1x "Stakeholders intentieverklaring laten tekenen en tijdsplanning maken"

Samenwerken & Commitment

De meeste geïnterviewde stakeholders geven aan dat samenwerken op Curacao moeilijk is.

Quotes/opmerkingen

- "Commitment ja, samenwerken alleen te realiseren als er verwijzings- en vergoedingsmogelijkheden zijn."
- "Stakeholders zijn misschien wel bereid om het uit te voeren maar willen niet betrokken zijn bij opzet en implementatie."
- "Laat iedereen nou de kop en schouders bij elkaar steken en laat het niet struikelen op financiën."
- "Samenwerken is hier altijd moeilijk. Rust een soort vloek op. Ze zien elkaar als concurrent, groot wantrouwen op elk niveau, onderling is er veel competentie. Het idee van samen sta je sterk bestaat hier niet."
- "Samenwerken is niet leuk."
- "Commitment lukt als je zegt dat het al rond is met de verzekeraars."
- "Weinig mensen zijn public health minded. Willen geen geld inleveren. Verzin iets van belastingverlaging voor stakeholders."
- "Uit ervaring blijkt dat ondanks toezeggingen instellingen/medewerkers zich uiteindelijk niet aan gemaakte afspraken houden. Iedereen gaat voor zijn eigen belang. Doordat er niet wordt samengewerkt, voelt niemand zich verantwoordelijk en belandt een plan/project in de kast."
- "Samenwerken wordt vaak als bedreiging gezien."
- "Samenwerken lukt niet omdat er grote verschillen in visie en meningen onder de stakeholders bestaat."
- "Stakeholders intentieverklaring laten tekenen en tijdsplanning maken."
- "Samenwerken is moeilijk op Curacao. Er heerst een ego-probleem. Iedereen vindt dat hij/zij het het beste doet. Iedereen wil slimmer zijn dan de ander, vindt zich slimmer dan de ander."
- "Is mogelijk. Politiek dient kaders vast te stellen maar zich niet gaan bemoeien met de inhoud. Structureel geld alloceren, taskforce groep samenstellen en evalueren na een aantal jaren. Kom met prestatie indicatoren: overheid controlerende functie."

Conclusie: samenwerken is mogelijk maar niet makkelijk. Zorg voor een trekker/coördinator die hiervoor tijd ter beschikking krijgt en enthousiaste stakeholders die bereid zijn samen te werken.

6.2 Resultaten Interviews Stakeholders B en C

MAAKT U BELEID EN/OF PREVENTIE PROGRAMMA'S VOOR OVERGEWICHT EN OBESITAS EN WELKE ACTIVITEITEN EN BEHANDELINGEN RONDOM OVERGEWICHT/OBESITAS VINDEN ER VANUIT UW INSTELLING/ORGANISATIE PLAATS?				
GVO'ERS & BELEIDSMEDEWERKERS N=5	THUISZORG N=2	HARTSTICHTING	BIBLIOTHEEK	SEDREKO
Nee, geen beleid. GGD neemt af en toe deel aan gezondheidsmarkt. Nulmeting voedsel-consumptiepeiling: 2008? Voedingsvl. model in ontwikkeling DSH ja: PGO's *Preventie-programma Opvoedings-ondersteuning (Triple P) *Stimuleren van borstvoeding *Foldermateriaal	Ieder jaar een zorgplan. Krijgen geen budget voor preventie *Huisbezoeken bv bij pt met hypertensie *Individuele en collectieve voorlichtingen, op aanvraag, (scholen, buurtcentra) niet specifiek overgewicht, eigenlijk altijd ziektegerelateerd of thema als: Gezonde Ouderen	Insteek is preventie van hart- en vaatziekten Drie programma's: "E kick di nos salú" (voor VO scholen) "Bo Salú" (voor bedrijven) "Fitnesstest" primeur bij Living 2007 Vele folders mbt hart- en vaatziekten	Niet specifiek overgewicht: sinds 2005 jaarlijks een gezondheidsweek Thema's: 2005: hypertensie 2006: gezonde man 2007: kinderen Haken af en toe in op internationale en WHO dagen.	Niet specifiek overgewicht. Doel Sedreko: jongeren stimuleren naar sport toe.
DIRECTEUR VOLKSGEZONDHEID	ZORGVERZEKERAARS BZV & SVB	SPORTCENTRA	SCHOLEN (INFO VAN STUDENT)	OVERIGE
Nee, niet op dit moment	Ziektegerelateerde (diabetes en hypertensie) programma's voor BZV verzekerden. BZV Leefstijlprogramma (V&B) voor medewerkers bij de overheid. SVB : plan pilot obesitas project bij 10 huisartsen in 2008	Gericht op sporten en bewegen	Binnen het funderend onderwijs, geldt gezondheid als een van de acht educatiegebieden Funderend onderwijs is ingevoerd in het kleuteronderwijs en de lagere klassen van het basis-onderwijs. NB: vaak ontbreken van lesmateriaal Ontbijtvoorziening op scholen *	Zelf cursussen of 'health and fitness days' opgezet Prikacties (cholesterol, glucose) en bloeddruk meting Bedrijven en verenigingen organiseren wandel- en hardloopwedstrijden, triatlhons, wielervedstrijden e.d. Adhoc programma's via radio en tv, gericht op gezondheid in het algemeen, soms thema overgewicht

*Ontbijtvoorziening op scholen, door scholen zelf georganiseerd, door de overheid of door een Service Club via het project: 'Duna un mucha un man'. Het betreft veelal kinderen waarvan men weet dat deze zonder ontbijt naar school komen. Vaak zijn de kinderen afkomstig uit de laagste sociaal economische groepen waar geldgebrek een belangrijke rol speelt.

Conclusie: er zijn de nodige adhoc activiteiten en initiatieven maar nauwelijks voor overgewicht preventie alleen en er is geen samenhang en afstemming tussen de activiteiten. Er is geen centraal punt voor de

regie en coördinatie. Er vindt geen structurele evaluatie en onderzoek plaats naar interventies rondom overgewicht en obesitas.

IS HET ZINVOL TE INVESTEREN IN GEWICHTSVERMINDERING DOOR PREVENTIE ACTIVITEITEN TE ONTWIKKELEN?				
GVO'ERS & BELEIDSMEDEWERKERS N=5	THUISZORG N=2	HARTSTICHTING	BIBLIOTHEEK	SEDREKO
Allen: ja "Het is noodzaak, het moet"	Allen: ja	Ja	Ja	Ja
DIRECTEUR VOLKSGEZONDHEID	ZORGVERZEKERAARS BZV & SVB	SPORTCENTRA	SCHOLEN (INFO VAN STUDENT)	OVERIGE
Ja	Allen: ja	Ja	Ja	Allen: ja "Pas op voor commercialisering"

Is het zinvol te investeren in gewichtsvermindering door preventie activiteiten te ontwikkelen?

Net als alle stakeholders in groep A, geven alle stakeholders in groep B en C aan dat ze het zeker zinvol vinden volop te investeren in preventie activiteiten ter preventie van overgewicht.

Conclusie: zorg voor een structureel obesitas preventie beleid en budget en start met concrete preventie activiteiten, blijf niet alleen praten.

HOE STAAT U TEGENOVER EEN INTEGRAAL OBESITAS PREVENTIE PLAN?				
GVO'ERS & BELEIDSMEDEWERKERS N=5	THUISZORG N=2	HARTSTICHTING	BIBLIOTHEEK	SEDREKO
Allen: positief "Moet hoogste prioriteit worden, noodzaak dat het er komt"	Allen: Positief	Positief	Positief	Positief
DIRECTEUR VOLKSGEZONDHEID	ZORGVERZEKERAARS BZV & SVB	SPORTCENTRA	SCHOLEN (INFO VAN STUDENT)	OVERIGE
Positief "Noodzaak dat het er komt"	Allen: positief "GGD dient hierin het voortouw te nemen"	Positief	Positief	Allen: positief

Integraal Obesitas Preventie Plan

Allen geven aan positief tegenover een integraal obesitas preventie plan te staan.

Conclusie: structureel beleid en budget voor obesitas preventie dient er te komen en een integraal meersporen en meerjaren plan met doelstellingen dat gefaseerd wordt uitgevoerd. Goede planning en continuïteit is van belang; wie krijgt wanneer welke taak, waar en hoe wordt het uitgevoerd en geëvalueerd. Initieer een centraal informatiepunt/taskforce.

HOE TE KOMEN TOT STRUCTUUR, SAMENWERKING & COMMITMENT VAN ALLE STAKEHOLDERS?				
GVO'ERS & BELEIDSMEDEWERKERS N=5	THUISZORG N=2	HARTSTICHTING	BIBLIOTHEEK	SEDREKO
Moeilijk te realiseren. Onderling is er veel competitie. "Het blijft bij praten maar niet doen." "Opdracht van hogerhand komen, bv Directie Volksgezondheid, ministers komen en gaan."	Is mogelijk als: "Er een apart budget voor preventie komt en meer multi-disciplinair wordt gewerkt."	"Alle kans van slagen als er een sterke charismatische yu Korsou de trekker is. Verder moet er geen winst-bejag in het spel zijn."	Is mogelijk als: "Een meerjaren-plan gefaseerd uitvoeren. Wie doet wat, wanneer, waar en hoe en wat is het budget?"	Is mogelijk maar: "Af en toe zijn er tegengestelde belangen."
DIRECTEUR VOLKSGEZONDHEID	ZORGVERZEKERAARS BZV & SVB	SPORTCENTRA	SCHOLEN (INFO VAN STUDENT)	OVERIGE
Is mogelijk. "Het is de taak van stakeholders om hieraan mee te werken. Daarvoor niet apart financieel ondersteunen"	Is mogelijk. "GGD dient regiefunctie te vervullen en platform op te richten met alle stakeholders"	Is mogelijk.	Is mogelijk met inzet van de overheid, ouders en leraren.	Is moeilijk. "Iedereen leeft in huisjes naast elkaar, kijk maar naar het GGD gebouw." "Zorg voor doeners naast de denkers." "Niet iets van bovenaf opleggen, moet vanuit de groep komen." "Zorg voor geaccepteerde trekker."

Samenwerken & Commitment

De geïnterviewden geven aan dat samenwerken mogelijk maar moeilijk te realiseren is.

Quote/opmerking

- "Communicatie is het grondprobleem."

Conclusie: *samenwerken is mogelijk maar niet makkelijk. Zorg voor een trekker/coördinator die tijd ter beschikking krijgt en enthousiaste stakeholders die bereid zijn samen te werken.*

WAAR HEEFT U/UW ORGANISATIE BEHOEFTE AAN RONDOM OVERGEWICHT/OBESITAS?				
GVO'ERS & BELEIDSMEDEWERKERS N=5	THUISZORG N=2	HARTSTICHTING	BIBLIOTHEEK	SEDREKO
Preventie programma's rondom gevaren van overgewicht en obesitas Structureel beleid, sturing & coördinatie Aandacht traktatiebeleid op scholen, gezonde maaltijden op NSO en crèches, lespakketten voeding & bewegen Multidisciplinaire aanpak Directie Volks-Gezondheid moet een beleid en kader opstellen	Verbeteren van infrastructuur voor bevolking op Banda'bou mbt wandel-, fietspaden en verlichting. Apart budget voor preventie	Integrale aanpak Preventie beleid Centraal coördinatiepunt voor overgewicht Structureel: 3x per jaar Marshe di salú door GGD en NGO's. Niet telkens daarvoor een vergunning voor hoeven aanvragen.	Massamediale campagne Schriftelijk voorlichtingsmateriaal Educatie materiaal voor verschillende doelgroepen rondom voeding en bewegen	Idee: Scholing van Sedreko medewerkers rondom gezonde leefstijl, voeding en bewegen, info over pastechi, bolo, funchi, McDonald, wat zit er in fria, coolaid. Gezonde voeding koppelen aan sporten. Zij kunnen het weer overbrengen aan de jongeren.

DIRECTEUR VOLKSGEZONDHEID	ZORGVERZEKERAARS BZV & SVB	SCHOLEN (INFO VAN STUDENT)	OVERIGE
Dat er interventie programma's komen die daadwerkelijk geïmplementeerd worden.	Meer samenwerken met GGD, NGO's en andere stakeholders. Volop aandacht voor het onderwerp. Folder-Materiaal. Volop aandacht voor de jeugd.	Structurele gezondheidslessen, methode en lesmaterialen voor voedingseducatie die zijn aangepast aan de cultuur en eetgewoonten. Overheid moet zorgen voor geschoolde en bevoegde sportleraren voor de gymlessen voor alle klassen. Periodieke voorlichting over gezonde voeding & leefstijl aan leerlingen/ouders/docenten door experts. Grotere inzet van ouders en oudercommissie tav gezonde leefstijl thuis en op school. Initiëren van een pilotproject met als doel kinderen gezond voedsel te laten herkennen, proeven en eten. Overheid dient gezondheid & gezonde leefstijl in het curriculum op te nemen en beleid/ richtlijnen hiervoor op te stellen.	Breed platform met alle stakeholders. GGD dient regie- en spilfunctie op zich te nemen. Een onderzoek naar de effecten van de cursus "Kome salú, Pensa salú, Biba salú". Workshops gezonde leefstijl geven bij startconferentie van de schoolbesturen en thema-avonden gezonde leefstijl op scholen.

Behoeftte aan

De stakeholders in groep B en C geven een diversiteit aan behoeften aan. De sportcentra hebben geen behoefte aangegeven.

Conclusie: *zorg voor een structureel obesitas preventie budget, stel een overgewicht coördinator aan en maak gezamenlijk met stakeholders en zorgverzekeraars, bv via een taskforce, een meerjaren obesitas preventie plan, met doelstellingen, daadwerkelijke activiteiten en prioritering van deze activiteiten en evaluatie.*

6.3 Verwachtingen

Een van de vragen tijdens de interviews onder de stakeholders was: 'Wat verwacht u van de overheid, instellingen en medestakeholders ten aanzien van overgewicht en obesitas preventie?' De meeste stakeholders hebben duidelijke verwachtingen en geven een breed scala aan aanbevelingen. Deze zijn hierna zoveel mogelijk per thema weergegeven en er zijn quotes/opmerkingen opgenomen:

**“Preventie
is niet
alleen
praten
maar
ook
doen”**

Overheid

Missie, visie, beleid en budget

- Politiek/overheid/GGD/beleidsmakers moeten overgewicht/obesitas tot speerpunt maken, volop aandacht aan gaan besteden en hoge prioriteit geven.
- Een structureel meersporen en meerjaren obesitas preventiebeleid met doelstellingen. Er moet voor gezorgd worden dat het preventiebeleid wordt uitgevoerd in de vorm van preventieprogramma's en interventies. "Tot nu toe is er geen interesse, kennis, kunde, geld en visie voor preventie van overgewicht. Politiek zou voorbeeldfunctie moeten nemen en hebben, doen ze niet. "
- Specifiek budget ge-earmarkt voor obesitas preventie. "Overheid moet bereid zijn in preventie te investeren. Nu investeren betekent pas resultaat zien over 10-15 jaar. Zullen niet kunnen scoren in hun eigen zittingstermijn."
- Overheid meer communiceren met het veld, vraag om medewerking van de professionals in de gezondheidszorg.
- Overheid dient te investeren in de gezondheidszorg en deze te innoveren.
- Overheid: initieer een eilandelijk informatienummer/ voedingscentrum/coördinatiepunt.
- Structureel beleid en richtlijnen met betrekking tot subsidieverstrekking aan bijvoorbeeld NGO's met betrekking tot preventie activiteiten.

Wetgeving, vergunningen, belasting en controleren

- Beleid en wetgeving maken ten aanzien van loslopende honden. Joggers en fietsers worden vaak gebeten.
- Vergunningen/vestigingsbeleid met betrekking tot snacks en fastfoodketens. "Geen snacks in de buurt van scholen. "
- Hoge taxheffing op McDonalds, KFC e.d.
- Landsverordening aanpassen, preventie opnemen in de wet.

Infrastructuur

- Infrastructuur verbeteren (trottoirs, wandel- en fietspaden, speel- en sportmogelijkheden) in overleg met DOW in elke wijk zoals Koredor of Jan Thiel aanleggen en bestaande sportvelden onderhouden, waar nodig opknappen en waar mogelijk nieuwe speelterreinen initiëren.

GGD:

- Ontwikkelen van een missie, visie en beleid t.a.v. gezondheidsbevordering.
- Dient regie- en spilfunctie op zich te nemen en uit te voeren en zorg te dragen voor gezondheidsbevordering/primaire preventie. Geen adhoc initiatieven maar structureel beleid met doelstellingen en evaluatie.
- Ontwikkelen, implementeren, mede uitvoeren en evalueren van preventieprogramma's en zeer zeker massamediale campagnes.
- Beleid en uitvoering.
- Meer samenwerken met NGO's.
- Wandelingen organiseren zoals Sokudi.

Quotes/opmerkingen GGD:

- "doet al 30 jaar niets, verwacht ook niets meer van ze. Als GGD iets doet beginnen ze zonder doel en einddoel te definiëren."
- "niet de uitvoering allemaal afstoten naar de private sector. Indien mogelijk samenwerken met de PAHO".
- "doet te weinig aan gezondheidsbevordering."
- "blijft alleen praten."
- "maakt geen vertaalslag."
- "moet volop met preventieprogramma's aan de slag."
- "moet in actie komen."
- "Verwacht niets van de overheid, wel van instellingen en stakeholders. "
- "Mist back-up van de overheid."
- "Verwacht veel van de GGD, ziet er weinig van."
- "Wacht op voorstellen/activiteiten van de GGD."

Zorgverzekeraars

- Zorgverzekeraars dienen aandacht te hebben voor preventie van overgewicht/obesitas, hierop beleid ontwikkelen, preventie opnemen in hun zorgpakket en het vergoeden.
- "Verzekeraars moeten probleem van overgewicht en obesitas erkennen, cutoff's en richtlijnen accpeteren."
- "Dat SVB en BZV praten met stakeholders over preventie, beleid en vergoedingen en specialisten serieus nemen. Gezondheidszorg moet een controle systeem invoeren, niet iedereen moet zomaar z'n gang kunnen gaan." Zorgen voor een reëel programma en niet pas de diëtist vergoeden bij een BMI ≥ 30 . Waar ben je dan mee bezig? Voorstel: 6 consulten in 6 maanden en daarna blijvende follow-up gedurende 2 jaar. "
- "Ze geven hier liever geld uit aan chemotherapie dan aan diagnostiek en preventie."
- Voorstel: "Inkopen van preventieprogramma's bij de GGD."
- Werk structureel en niet adhoc, zorg voor een meersporen en meerjaren beleid.
- Ander ziektekostenstelsel. "Weg met de huidige zorgverzekeraars: iedereen particulier verzekeren. Monopolie en machtsposities doorbreken, net als in de rechterlijke macht."

Stakeholders

- Multidisciplinaire en integrale aanpak en benadering. Samenwerken en communiceren.
- Meer uniformiteit in verwijzing en behandeling. Zorg voor voldoende verwijzingsmogelijkheden, follow-up en terugrapportage naar verwijzers.

***"Mensen in hun eigen cultuur
gezond leren leven en genieten"***

- Communiceren, samenwerken, deskundigheidsbevordering met elkaar (b.v. door middel van congressen, minisymposia, huisartsen en medewerkers in de jeugdgezondheidszorg standaarden gaan gebruiken en protocol overgewicht schrijven en implementeren).
- Betrek stakeholders bij onderzoeken en resultaten.
- Deskundigheidsbevordering voor huisartsen en specialisten.
- Huisartsen meer aandacht voor overgewicht en preventie. Patiënten meer informeren over gezonde en ongezonde voeding en sneller verwijzen naar de thuiszorg.
- "Artsen moeten niet met name heil zien in medicijnbehandeling. Niet bang zijn dat je door preventie minder consulten krijgt en daardoor inkomstenderving. "
- Groeps cursus voor kinderen onder begeleiding van een (kinder)arts, fysiotherapeut, diëtist en maatschappelijk werker/psycholoog vergoed door zorgverzekeraars.
- Bullcamp vakantieplan voor kinderen met overgewicht, net als in de Verenigde Staten.
- Start met twee of drie centra op het eiland waar diëtisten, fysiotherapeuten, diabetesverpleegkundigen zitting houden en huisartsen en specialisten naar toe kunnen verwijzen.

Omgeving

- Hele omgeving (ouders, scholen, politici, media, restaurants, supermarkten, medewerkers in de gezondheidszorg) moet overgewicht preventie supporten.

Bedrijven

- Gezondheidsbevordering op de werkplek. Voedingsaanbod in de bedrijfskantine en mogelijkheden tot sporten.
- Verzekeringsbedrijven meer sponsor gelden ter beschikking stellen voor preventie en activiteiten ontplooiën.

Overig

- Bonnen distribueren voor groente en fruit, geen geld maar voedingsmiddelen bonnen voor bv de PP'ers.

Specifieke speerpunten: Preventie Jeugd & Agendasetting en Bewustwording

- Start met primaire preventie activiteiten/interventies rondom voeding en bewegen op scholen, crèches, kinderdagverblijven (o.a. ook traktatie- en kantinebeleid) en in wijken. Ouders erbij betrekken, in het kader van opvoeding en voorbeeldfunctie. Zij kopen de voedingsmiddelen en bereiden de maaltijden.
- "Ouders: geef je kind geen coolaid, cola, friet mee naar school. "
- Beter en intensiveren van het bewegingsonderwijs en faciliteiten (speelveld, gymzaal, vakbekwame docent) op scholen. Nagaan of samenwerken mogelijk is tussen sportscholen die in de buurt van scholen staan.
- Schoolbesturen beleid maken op leefstijl: investeren in kennisoverdracht en bewustwording van alle docenten (ziekteverzuim omlaag) en leerlingen.
- Massamediale campagnes: kennisoverdracht, bewustwording & awareness. Aandacht voor gezonde leefstijl, voeding en bewegen dmv: voorlichting, radio- en tv spotjes, billboards en schriftelijk voorlichtingsmateriaal. "Bevolking moet zich bewust worden: wat is mooi en wat is ongezond?" "Laat zien wat er allemaal in een pastechi zit en hoeveel calorieën dat zijn. Labellen van 'ongezonde voeding', opvoedkundige, kook- en beweegprogramma's op tv, mensen hun eigen ervaringen laten vertellen. Kooktip van de week invoeren. Boodschappen doen met een diëtist, etiketten leren lezen."

**"Huidige
generatie is
verloren, richt
je op de
jongeren"**

- Activiteiten op scholen en in wijken, betrek radio en tv erbij. Voorstel van Sedreko: zij zouden evt kids kunnen monitoren op scholen na 2,4,6 maanden.
- Voorbeeldfuncties. Scholen die studenten opleiden tot medewerkers in de gezondheidszorg (bv IFE en VSBO scholen) dienen voorbeeldfunctie te stellen.
"Bijvoorbeeld studenten met een BMI ≥ 30 op dieet/veranderen leefstijl of niet toelaten op de opleiding. Bij keuringen bv voor medewerkers in de gezondheidszorg als voorwaarde stellen dat ze geen mensen aannemen met een BMI ≥ 30 ."

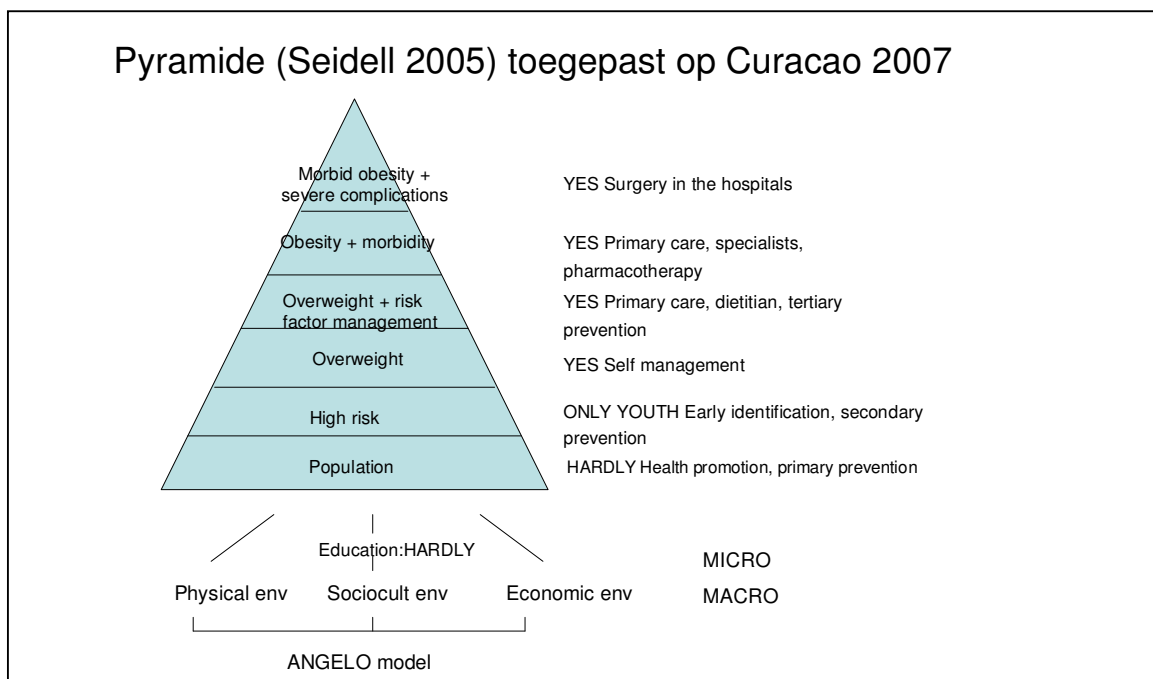
Quotes/opmerkingen

- "Alle stakeholders in de gezondheidszorg dienen overgewicht bespreekbaar te maken. Als een huisarts een patiënt met diabetes mellitus en overgewicht verwijst naar een internist verwacht hij dat de internist het overgewicht probleem ook benoemt. "
- "Obesitas is het grootste probleem op Curacao. Kijk naar de politici. Ze gaan mager naar binnen en komen vet naar buiten. "
- "Overheid is tot nu toe alleen maar bezig met het verlagen van de kosten van de gezondheidszorg. Overheid dient extra geld te investeren in de gezondheidszorg. De kosten van curatie kun je nu niet verlagen, dus de overheid dient extra te investeren in preventie. "
- "Meer aandacht voor de infrastructuur die bewegen bevordert. Er worden veel nieuwe wijken gebouwd die allemaal overgewicht bevorderen. Geen fiets- en wandelpaden, weinig tot geen speelterreinen en de auto zo dicht mogelijk bij de voordeur parkeren. Kids worden met de auto naar school gebracht."
- "Door massamediale campagne kan de huisarts individueel doorgaan op overgewicht in de praktijk tijdens een consult. Dit is een goede ingang om over het onderwerp te praten."
- "In massamediale campagne aandacht besteden aan eigen verantwoordelijkheid van de bevolking en niet afschuiven van verantwoordelijkheid."
- "BZV heeft een 'preventieprogramma', het is erg jammer dat er geen enkele samenwerking met de eerste lijn is geweest, terwijl de 1^e lijn de basis is in de gezondheidszorg."
- "Naschoolse opvang kan een grotere rol hebben in het bewegen/sporten van kids. Een grote belemmering op Curacao is dat ouders hun kinderen vaak niet kunnen brengen en halen naar een sportclub omdat ze werken en/of geen vervoer hebben. "
- "Verpleegkundigen in de kraamkliniek dienen zich bewust te zijn van hun voorbeeldfunctie. Porties in de kraamkliniek zijn enorm: bord is voor de helft gevuld met rijst."
- "Ouders gaan nu gauw naar McDonald: zit een leuke en veilige speeltuin bij."
- "Stakeholders moeten weer vertrouwen in de GGD krijgen. "
- "Gezondheidszorg niet zien als curatie en business. Goede evaluatie van de Inspectie van de Gezondheidszorg wie zich hier professional op het eiland noemen. "
- "Huisartsen en specialisten moeten geen afvalpillen voorschrijven."
- "Overheid een vaststaand budget vrijmaken voor voedingseducatie op scholen. Dit kan door diëtisten uitgevoerd worden, bv elke week 2 uren naar een school."
- "Intentie en bereidwilligheid om met elkaar samen te werken. Niet individueel maar gezamenlijk, met visie en passie en niet uit commerciële overwegingen. Begin met ontslagbrieven te schrijven."
- "Gezondheidszorg niet alleen fysiek bezig zijn, maar een holistische benadering. Vraag de patiënt ook naar gemoedstoestand. Waarom eet je zoveel? "

Conclusie: De geïnterviewde stakeholders hebben duidelijk hun verwachtingen aangegeven. Ongeveer een derde van de geïnterviewde stakeholders geeft aan geen verwachtingen en vertrouwen meer te hebben in de GGD/overheid.

6.4 'Pyramide model'

Het 'Pyramide model', ontwikkeld door Seidell (25), biedt de mogelijkheid om op systematische wijze de aanwezige obesitaszorg van een land in kaart te brengen met onderscheid naar primaire, secundaire en tertiare preventie (behandeling) van overgewicht en obesitas. De vorm van de 'Pyramide' geeft aan waar de meeste mensen worden bereikt. In de onderste lagen van de 'Pyramide', de brede basis is het van belang zoveel mogelijk primaire preventie activiteiten te ontplooiën voor de gehele populatie.



Primaire preventie (door de nulde lijn c.q. collectieve gezondheidszorg) richt zich op preventie van gewichtsstijging in de gehele bevolking (100%). Secundaire preventie (door nulde- en eerste lijn) richt zich op individuen of groepen met een verhoogd risico op overgewicht. Is er eenmaal sprake van overgewicht dan kan men allereerst trachten door zelfmanagement daar iets aan te doen. De volgende stap is tertiaire preventie (door de eerste lijn, bijv. huisarts en diëtist) die zich richt op het voorkómen van de gevolgen van overgewicht, cq de behandeling van obesitas. Specialistische (tweedelijs-)zorg en farmacotherapie komen in beeld als obesitas gepaard gaat met morbiditeit. In het topje van de pyramide richt de hoogspecialistische zorg zich op morbide obesitas en ernstige complicaties.

De obesogene factoren in de omgeving van de bevolking op Curaçao, op micro- en macroniveau zijn weergegeven in het ANGELO model (zie 6.1)

Uit de face-to-face interviews blijkt dat er op Curaçao slechts enkele structurele activiteiten plaatsvinden in de onderste laag van de pyramide. De overheid heeft geen structureel beleid met betrekking tot preventie van overgewicht en obesitas en heeft geen specifiek budget vrijgemaakt voor obesitas preventie. Het onderwerp overgewicht heeft de afgelopen twee/drie jaren wel aandacht gehad van de politiek. Op het tripartite overleg in Nederland, in juni 2007, was overgewicht een van de agendapunten.

Education: Sinds de invoering van het funderend onderwijs hoort er in de kleuterklassen en in de laagste klassen van het basisonderwijs gezondheidseducatie plaats te vinden. Binnen het funderend onderwijs is gezondheid een van de acht educatiegebieden. Het ontbreekt echter nog vaak aan lesmateriaal.

Health promotion, primary prevention t.a.v. overgewicht vindt structureel plaats in de vorm van:

- stimuleren van borstvoeding door de medewerkers van de consultatiebureau's en de verloskundigen;
- collectieve voorlichtingen (Gedrag & Gezondheid) op het basis- en voortgezet onderwijs door medewerkers van Departamentu Salú Hubenil (DSH);
- de aanwezigheid van foldermateriaal o.a. bij de consultatiebureau's, DSH, enkele diëtisten, enkele fysio-/bewegingstherapeuten en bij sommige NGO's.

Daarnaast zijn er allerlei adhoc preventie activiteiten zoals:

- De Curaçaosche Hartstichting heeft twee preventieprojecten:
 - a. 'Bo Salú', voor werknemers binnen bedrijven die de meest effectieve en goedkope aanpak van een gezonde levensstijl willen leren. Inmiddels hebben 12 bedrijven aan dit project deelgenomen met in totaal 574 deelnemers.
 - b. 'E kick di nos salú', een gratis project van 6 weken omtrent gezond eten en bewegen voor leerlingen uit 2^e en 3^e klassen van het Voortgezet Onderwijs. Dit project is 2x uitgevoerd en het plan is dit om het jaar uit te voeren. In totaal hebben 374 leerlingen deelgenomen.
- * Op de Living 2007 was er door de Curaçaosche Hartstichting een fitnesscorridor georganiseerd waar bezoekers een fitness test konden laten uitvoeren.
- Health & Fitnessdays en cursussen vinden door meerdere particulieren plaats.
- Bedrijven en verenigingen (FATUM, APNA, ENNIA, Sokudi, KLM/Onenet, Marchena, Bellisima, Dasia, Road Runners Club, Koningin Wilhelmina Fonds e.a.) organiseren wandel- en hardlooppwedstrijden, triathlon's en wielervedstrijden.
- Sedreko, sportclubs en commerciële gyms, individuele fysio- en bewegingstherapeuten organiseren/verzorgen (kosteloos, respectievelijk tegen betaling) sportactiviteiten voor jongeren en volwassenen om te bewegen/sporten.
- BZV heeft een programma, met activiteiten om een gezonde levensstijl te promoten, voor ambtenaren in overheidsdienst.

Early identification: vindt plaats door middel van de periodieke geneeskundige onderzoeken (PGO's) op de consultatiebureau's (CB). De zorg voor de 0-4 jarigen vindt plaats bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD (Departamentu Salú Hubenil-DSH), het Wit Gele Kruis (WGK) en de particuliere CB's 'Fundashon pa duna Lus', CB van de Isla en het CB voor kinderen van marinewerkers. Met uitzondering van het consultatiebureau 'Fundashon pa duna Lus' en een CB spreekuur bij het WGK zijn alle andere consultatiebureaus gratis toegankelijk. Verder vinden er PGO's plaats op de leeftijd van 5-6 jaar en 10-11 jaar door medewerkers van de JGZ van de DSH. In de zorg voor de 0-4 jarigen is de dekkingsgraad nagenoeg 100%, bij de 4-19 jarigen is de dekkingsgraad ongeveer 50%. Doordat er geen signaleringsprotocol overgewicht of een protocol (op)voeding en overgewicht is binnen de jeugdgezondheidszorg is er geen uniformiteit in de follow up en verwijzing.

De ouders van de 0-4 jarige kinderen met overgewicht/obesitas worden begeleid door de CB-arts en/of CB-verpleegkundige. Afhankelijk van de problematiek wordt soms doorverwezen naar de huisarts/kinderarts. De 5 en 10 jarige kinderen en hun ouders krijgen adviezen door schoolarts/schoolverpleegkundige, ze kunnen naar de diëtisten van de GGD verwezen worden en afhankelijk van de problematiek vindt soms ook een verwijzing naar de huisarts/kinderarts plaats.

Selfmanagement vindt plaats als het individu zelf vindt dat hij/zij overgewicht heeft en actie wil ondernemen. Dit kan zijn door in de bibliotheek of op internet op zoek te gaan naar diëten en adviezen, zelf het initiatief te nemen naar een diëtist te gaan en zelf de kosten daarvoor te betalen, deel te nemen aan een cursus/Health & Fitness day/prikactie, op eigen initiatief te gaan sporten/bewegen en/of zelf naar een botica te gaan op zoek naar 'afslankmiddelen'. Er zijn meerdere vrijgevestigde diëtisten en andere particulieren op Curaçao die 'afvalcursussen' e.d. aanbieden.

Primary Care + dietitian, tertiary prevention : mensen hebben overgewicht en risicofactoren en kunnen dan door de huisarts naar een diëtist worden verwezen. Uit de interviews blijkt dat weinig stakeholders patiënten verwijzen voor overgewicht/obesitas alleen. Veelal vindt een verwijzing naar een diëtist plaats omdat de patiënt diabetes mellitus en/of hoge bloeddruk heeft en voor voeding en dieet advies in dat verband wordt verwezen. Zorgverzekeraar SVB vergoedt 6 consulten van een diëtist bij een BMI ≥ 30 . BZV verzekerden (eilands- en landsambtenaren) hebben een verwijsbrief van de huisarts nodig voor behandeling bij een diëtist (12x), is niet gebonden aan een cutoff. PP-kaarthouders kunnen alleen naar een diëtist van de GGD die spreekuur houdt in de wijken. BZV heeft programma's in de wijken voor PP-kaarthouders en eilandsambtenaren waarbij reeds diabetes en/of hypertensie geconstateerd is. Daarnaast hebben ze herhalingsactiviteiten voor personen die aan het hiervoor genoemde programma hebben deel genomen. Patiënten met overgewicht krijgen soms van hun huisarts of specialist medicijnen om af te vallen voorgeschreven.

Primary Care + Specialists + pharmacotherapy: vele mensen met obesitas en morbiditeit zijn onder behandeling bij een huisarts, alsook bij een specialist, voor ziektegerelateerde obesitas, bijvoorbeeld: internist, cardioloog, nefroloog, orthopaed, kinderarts.

Surgery: als er sprake is van morbide obesitas (BMI ≥ 40) en ernstige complicaties kunnen patiënten verwezen worden naar een specialist. In het uiterste geval kan een maagverkleinende operatie plaatsvinden. Op Curaçao vinden dergelijke operaties ook plaats.

Samenvattend: er zijn adhoc initiatieven en vele behandelingen maar er is nauwelijks tot geen samenhang en afstemming daartussen. Er is geen sprake van integrale aanpak. Op Curacao staat de 'Pyramide' op z'n kop. Er worden nauwelijks interventies uitgevoerd in de onderste lagen (health promotion) van de Pyramide, terwijl daar de meeste mensen te bereiken zijn en de meeste gezondheidswinst te behalen valt. Er worden vooral interventies uitgevoerd in de bovenste lagen van de 'Pyramide', als de mensen overgewicht hebben, obees of morbide obees zijn en een chronische ziekte hebben.

6.5 Symposium en Workshops

Ingevolge de Delphi methode (zie paragraaf 5.2.3) vond op 9 en 10 november 2007 een terugkoppeling naar de stakeholders plaats door middel van een symposium en workshops. Na plenaire presentaties inzake obesitas wereldwijd en in het bijzonder op Curacao, werden de

deelnemers onderverdeeld in vier werkgroepen die de volgende drie onderwerpen hebben behandeld:

1. Uitgangspunten bij de individuele aanpak van obesitas (een groep voor volwassenen en een groep voor kinderen)
2. Attitude- en gedragsverandering
3. Invloed van omgevingsfactoren

De verslagen van de workshops gaan als bijlage bij dit rapport.

Met de deelnemers aan de workshops is er een vervolg van het project afgesproken tot en met maart 2008, om te komen tot:

- Richtlijnen voor de professionals in de 1^e lijns gezondheidszorg: Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen.
- Signaleringsprotocol overgewicht binnen de jeugdgezondheidszorg.
- Een voorstel voor een demonstratieproject in een wijk, waar met alle betrokkenen een programma wordt gemaakt dat zich richt op de omgevingsfactoren die tot obesitas leiden.

In het voorstel voor een demonstratieproject zal ook een controle wijk worden opgenomen waar geen interventies zullen plaatsvinden. Succesvolle aanpak van overgewicht behoeft integrale samenwerking waarbij beleidsvelden/diensten volksgezondheid, wonen, werken, verkeer, sociale zaken en onderwijs gezamenlijk betrokken dienen te worden. Binnen gezondheidsbevordering is bekend dat het gezondheidseffect groter is indien wordt ingezet op meerdere invalshoeken. De mogelijkheden zijn: instrumenten op gebied van voorlichting en educatie, economische en juridische instrumenten en het creëren van een gezonde leefomgeving. In het demonstratieproject worden alle ideeën bijeen gebracht voor de ideaal typische wijk. Een essentieel onderdeel is een meting van de (gezondheids)situatie voor- en na de interventies.

In workshop 2, Attitude- en gedragsverandering, was het terugkerende thema: 'Hulpverlener begin bij jezelf' en de algemene boodschap was 'bombardeer de bevolking met informatie'. Er wordt nagegaan in hoeverre het mogelijk is met leden van workshop 2 een voorstel voor een 'awareness' campagne op te zetten, voorlichtingsmaterialen en voorlichtingsactiviteiten te ontwikkelen.

Voorafgaand aan het symposium en workshops was al een eerste awareness actie gehouden in samenwerking met de Fatum (zie 6.6).

6.6 Activiteiten

Gaandeweg dit project bleek dat het gebrek aan 'awareness' groot was en een veel gehoorde reactie/opmerking van de stakeholders was: 'Het blijft alleen bij praten, er wordt niets gedaan'. Om deze redenen zijn, vooruitlopend op de uitvoering in het vast te stellen obesitas preventie plan van aanpak, al enkele initiatieven ontplooid ter bevordering van 'awareness' (agendasetting en bewustwording).

1. Taillelint bij inschrijving Fatumloop

Uit onderzoek op Curaçao (2) blijkt dat de tailleomvang een belangrijke voorspeller is voor hypertensie en diabetes mellitus. Het is van belang dat de bevolking op Curaçao zich hiervan bewust is. Met behulp van een taillelint (meetlint) kan een ieder op eenvoudige manier nagaan of men te veel extra kilo's (vet) in en rondom de buik heeft.

Bij alle deelnemers die zich inschreven voor de Fatumloop is gevraagd of de tailleomvang gemeten mag worden. Het obesitas project team, vrijwilligers en enkele medewerkers van het Departamentu Salú Hubenil hebben in de week van 20 t/m 28 oktober deze pilot interventie gestalte gegeven. Er zijn ongeveer 2000 tailles gemeten, er is face-to-face een korte voorlichtingsboodschap gegeven, er is een 'health quiz' afgenomen waarbij de taillemaat genoteerd werd en de vraag werd gesteld of we hen na 3-4 maanden mogen benaderen om deze interventie te evalueren. De evaluatie van deze pilotinterventie zal in het eerste kwartaal van 2008 plaatsvinden. Alle deelnemers kregen een taillelint en de begeleidende flyer (zie bijlage 3) mee naar huis om er met familie, vrienden en burens over te praten. Ook tijdens de Fatumloop zelf d.d. 28 oktober 2007 waren leden van het obesitas projectteam met een stand met taillelinten en begeleidende flyers aanwezig.

2. Donderdag 8 november 2007 is er een bijeenkomst geweest met Jaap Seidell, gastspreker op het symposium 'Obesitas Preventie op Curaçao', medewerkers van BZV, SVB en FATUM en twee leden van het obesitas project team. De zorgverzekeraars geven duidelijk aan dat er een enorm gemis is aan algemene 'awareness', voorlichting en beleid vanuit de overheid voor wat betreft een gezonde levensstijl en primair preventie beleid. "De overheid laat het liggen" was de veel gehoorde opmerking. Er is gebrainstormd over de vraag of er voor de verzekeraars een rol is weggelegd binnen de primaire preventie. Daar staan ze niet onwelwillend tegenover. Als kanttkening wordt genoemd: 'Overheid ontwikkel preventie programma's met verschillende professionals en bewoners en breng het onder bij een stichting/instelling buiten de politiek.'
3. Donderdag 11 november 2007 was er de jaarlijkse open dag bij 'Sokudi'. Op verzoek van de voorzitter van Sokudi is een van de leden van het obesitas project team aanwezig geweest om tailles te meten, een korte voorlichtingsboodschap te geven waarna de bezoekers het taillelint en een begeleidende flyer meekregen.
4. Zaterdag 24 november 2007 was de officiële in gebruik name van de bus pa 'Promoshon di Salú'. Op verzoek van de GGD coördinator B. Mercera, zijn leden van het obesitas project team aanwezig geweest om de tailles van de bezoekers te meten op 24 november en 14 december 2007, face-to-face een korte voorlichtingsboodschap te geven en het taillelint en een begeleidende flyer mee te geven. Vervolgens is de bezoekers gevraagd een formulier in te vullen zodat deze interventie geëvalueerd kan worden. Deze evaluatie zal plaatsvinden in het eerste kwartaal van 2008.



7 CONCLUSIES

7.1 Angelo model

De obesogene factoren in de omgeving van de bevolking op Curaçao, op micro- en macroniveau, zijn weergegeven in het Angelo model. Hieruit blijkt dat zowel op micro- als op macroniveau er diverse barrières zijn om een gezonde leefstijl ten aanzien van voeding en beweging aan te nemen en dat de fysieke, economische, politieke en sociaalculturele omgeving geen positieve bijdrage leveren aan preventie van overgewicht. De sterk obesogene omgeving op Curaçao draagt eraan bij dat vele individuen overgewicht hebben, ontwikkelen of zullen ontwikkelen.

7.2 Verkregen informatie en observaties

Beleid

- Vanuit de eilandelijke en de landelijke overheid is er geen structureel obesitas preventie beleid en budget.
- Er zijn geen structurele awareness campagnes, preventie- en voorlichtingsprogramma's rondom obesitas/gezonde voeding en bewegen.
- Er is geen centraal informatiepunt en coördinator.

Stakeholders

- Doordat er geen gebruik wordt gemaakt van een protocol/richtlijnen is er geen uniformiteit in cutoffs, diagnostiek, groeicurves, meetinstrumenten, adviezen, behandeling, begeleiding, verwijzing en follow-up bij patiënten met overgewicht/obesitas.
- Binnen de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau, schoolgezondheidszorg) worden alle jongeren tijdens het PGO systematisch op overgewicht gescreend (lengte, gewicht en uitzetten in de groeicurve, dit valt binnen het protocol meten en wegen). Kinderartsen screenen tijdens een consult (lengte en gewicht en zetten dit uit in een groeicurve, niet iedere kinderarts gebruikt de groeicurve die de DSH gebruikt). Hier is sprake van vroegsignalering. Door het ontbreken van een protocol vinden follow-up en verwijzing binnen de jeugdgezondheidszorg niet uniform plaats.
- De meeste stakeholders in groep A (huisartsen, specialisten) hebben overgewicht/obesitas alleen ziektegerelateerd als aandachtspunt en screenen niet systematisch (lengte, gewicht, BMI en tailleomvang) op overgewicht. Met andere woorden er is geen sprake van primaire preventie of vroegsignalering.
- De paramedici bij stakeholders A (diëtisten, fysiotherapeuten/bewegingsspecialisten) krijgen meestal patiënten doorverwezen met al een bepaald ziektebeeld en overgewicht/obesitas. Primaire preventie en vroegsignalering met betrekking tot overgewicht is hier niet van toepassing.
- Follow-up voor overgewicht alleen vindt bijna niet plaats. Met uitzondering van de preventieve jeugdgezondheidszorg en een aantal diëtisten.
- Resultaat op korte termijn is redelijk, op de langere termijn daarentegen is er matig tot geen resultaat. Leefstijl verander je niet in een paar maanden. Gedragsverandering en gedragsbehoud vergen een lange tijd.
- Redenen voor uitblijven van succes worden bij de patiënt (motivatie, doorzettingsvermogen), de omgeving en de cultuur gezocht, niet bij de beroepsbeoefenaren zelf of het feit dat er geen educatie en bewustmaking plaatsvindt.
- Er is sprake van onderbemannig bij de afdeling Voeding en Diëtetiek van de GGD.

- Zorgverleners/stakeholders zijn onvoldoende van elkaars activiteiten op de hoogte. Het doorverwijzen en elkaar op de hoogte houden na verwijzing en/of ontslag laat te wensen over.

Verzekeraars

- Verzekeraars hebben nog geen duidelijk ontwikkeld preventiebeleid en een vergoedingssysteem voor preventie activiteiten ontbreekt.
- Er zijn weinig mogelijkheden voor verwijzing bij overgewicht alleen.
- Er bestaat geen multidisciplinaire behandeling en vergoeding voor overgewicht/obesitas in de vorm van een groepscursus.

Algemeen

Samenwerken is mogelijk maar niet makkelijk. Zorg voor enthousiaste stakeholders die bereid zijn samen te werken.

7.3 Pyramide

De vorm van de Pyramide geeft aan waar de meeste mensen worden bereikt. De onderste lagen van de Pyramide vormen de basis, ofwel de gehele populatie. Op Curaçao is de Pyramide topzwaar. Primaire structurele obesitas preventie activiteiten (health promotion) op populatie niveau, de onderste laag in de Pyramide, vinden nauwelijks plaats, terwijl daar het grootste bereik onder de gehele populatie is te bewerkstelligen en de grootste gezondheidswinst te behalen is. Secundaire preventie (early identification) vindt alleen plaats onder de jeugd door middel van periodieke geneeskundige onderzoeken (PGO's) op de consultatiebureau's en op de scholen. In de onderste lagen (primaire en secundaire preventie) zijn er lacunes in het beleid en het aanbod van overgewicht preventie activiteiten/interventies. Het is van groot belang dat deze lacunes worden opgevuld. Op Curaçao zijn er meerdere particuliere initiatieven die activiteiten rondom overgewicht/obesitas aanbieden waardoor sprake is van dubbelingen in het aanbod. Mensen met overgewicht/obesitas kunnen op eigen initiatief en eigen kosten naar een diëtist, gym, cursus, health & fitness day etc. gaan (self management).

Er worden vooral interventies uitgevoerd in de bovenste lagen van de Pyramide, als de mensen overgewicht hebben, obees (of morbide obees) zijn en een chronische ziekte hebben zoals diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Dat kost veel geld en zet op het geheel beschouwd geen zoden aan de dijk. Het is 'dweilen met de kraan open'.

Er zijn adhoc obesitas preventie initiatieven, activiteiten en behandelingen maar er is nauwelijks tot geen samenhang en afstemming daartussen. Er is geen sprake van integrale aanpak en er vindt geen structurele evaluatie en onderzoek plaats naar interventies rondom overgewicht en obesitas.

7.4 Symposium en workshops

De opkomst en belangstelling van het publiek bij het symposium en de workshops getuigt van enthousiasme en motivatie. Het is van uitermate belang de ingezette trajecten m.b.t. behandelingsrichtlijnen, een signaleringsprotocol voor de jeugd en wijkverbetering voort te zetten. Hiervoor is het eerste kwartaal 2008 uitgetrokken.

Er wordt op aangedrongen in de tussentijd concrete beslissingen te nemen t.a.v. de conclusies en aanbevelingen in dit rapport.

8. AANBEVELINGEN

Als hoogste prioriteit en rode draad die overal doorheen loopt en terugkomt:

Awareness

- Gezondheidsbevordering voor de gehele populatie is gericht op agendasetting, bewustwording en kennisoverdracht over de richtlijnen voor gezonde voeding en beweging en aandacht voor de gevolgen van overgewicht op de lange termijn. Start een massamediale campagne, met (schriftelijk) voorlichtingsmateriaal, bijvoorbeeld het taillelint, een caloriewijzer e.a. Zet de awareness campagne op, vanuit een centraal informatiepunt en een overgewicht coördinator, met inzet van stakeholders in het veld, waaronder professionals in de gezondheidszorg, de verzekeraars, het bedrijfsleven en betrokken overheidsdiensten, evt. in samenwerking met het Voedingscentrum in Nederland.
- Universele preventie richt zich op de gehele bevolking (massamediale campagne), dit dient een vervolg te krijgen in structurele selectieve preventie, gericht op subgroepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van overgewicht, groepen met een lage sociaal-economische status en doelgerichte preventie bij personen die reeds overgewicht hebben.

Infrastructuur

- Verbeteren van en meer aandacht voor de infrastructuur in oude en nieuwe wijken.
- Streef naar een integrale aanpak die mensen niet alleen persoonlijk op hun gedrag aanspreekt, maar die ook de fysieke en sociale omgeving zodanig wijzigt dat wenselijk gedrag zoveel mogelijk ondersteund wordt.

Beleid

- Een structureel beleid: beleidsplan met doelstellingen, sturing, coördinatie, evaluatie-onderzoek en specifiek budget voor obesitas preventie voor tenminste 5-10 jaar. Met als onderdelen: juridische-, economische- en communicatieve instrumenten en voorzieningen.
- Aan de hand van het beleidsplan een integraal meersporen en meerjaren obesitas preventie plan ofwel een actieprogramma preventie van overgewicht opstellen met preventieprogramma's. Het concretiseren van de doelstellingen naar activiteiten. Goede planning, continuïteit, wie krijgt wanneer welke taak, waar en hoe wordt het uitgevoerd en geëvalueerd. Een integrale aanpak ten aanzien van voeding en bewegen, waarin preventie activiteiten niet op zichzelf staan maar elkaar ondersteunen.
- Initieer een centraal informatiepunt (met telefoon, email, website) en stel een overgewichtcoördinator aan.
- Coördinator dient tijd ter beschikking te hebben, enthousiast en gemotiveerd te zijn.
- Zorg voor enthousiaste stakeholders die bereid zijn samen te werken.

***'Make the healthy choice
the easy choice'***

Coördinator overgewicht preventie, met name voor samenwerken en afstemming

Aanstellen van een coördinator overgewicht preventie kan bijdragen om overgewicht integraal aan te pakken. De coördinator kan zorg dragen voor een goede communicatie, samenwerking en afstemming tussen alle betrokken partijen waardoor een gerichte en effectieve aanpak mogelijk gemaakt wordt. De vraag is waar het centrale informatiepunt en de overgewicht coördinator het beste kan worden ondergebracht. Gezien de kritische opmerkingen van ongeveer 1/3 van de geïnterviewde stakeholders, 'dat ze geen geloof en vertrouwen in de GGD/overheid meer hebben', is het de vraag of het bij de GGD/overheid moet worden ondergebracht of elders.

De overheid heeft een regierol ten aanzien van de aanpak van overgewicht, een voorwaarden scheppende rol (bijvoorbeeld zorgen voor speelterreinen, fiets- en wandelpaden) en heeft tevens een taak als wetgever.

Discussiepunten zijn thema's als:

- 'Vettax' het heffen van belasting op ongezonde voeding vergelijkbaar met belastingheffing op alcohol en tabak;
- Sluiten van een convenant met de voedingsmiddelenindustrie;
- Prijsmaatregelen;
- Vergunningsbeleid voor wat betreft snacks en fastfoodketens;
- Reclamebeperkingen rondom ongezonde voeding en medicijnen om af te vallen.

Protocollering

- Richtlijnen diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen, voor de professionals in de 1^e lijns gezondheidszorg samen met de zorgverzekeraars waarin vergoedings- en verwijzingsmogelijkheden zijn opgenomen. Hier wordt reeds aan gewerkt.
- Signaleringsprotocol overgewicht binnen de jeugdgezondheidszorg. Hier wordt reeds aan gewerkt.

Deskundigheidsbevordering

- Deskundigheidsbevordering door (a) het houden van een congres, (b) het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal voor professionals en studenten in de gezondheidszorg, onderwijs, sport en recreatie over het signaleren en voorkomen van overgewicht, het belang van gezonde voeding en bewegen, en (c) het bevorderen van het vervullen van hun voorbeeldfunctie.
- Huisartsen kunnen hun preventieve functie optimaliseren en intensiveren.

Verzekeraars

Zorgverzekeraars moeten het probleem van overgewicht en obesitas erkennen, preventie beleid en activiteiten, waaronder een multidisciplinaire aanpak, hierop helpen ontwikkelen en vergoeden.

Primaire preventie van overgewicht onder de jeugd (deelproject 2)

- Structurele voedingseducatie op scholen, ontwikkelen van lesmateriaal en intensiveren van het bewegingsonderwijs en specifiek geschoolde docenten daarvoor en het erbij betrekken van ouders. Bijvoorbeeld op basis van het model 'De Gezonde School.'
- Meer bewegingsfaciliteiten bij naschoolse opvang/activiteiten.
- Gezinsaanpak is essentieel.

Bijna alle geïnterviewden geven aan dat ze geloven dat het zin heeft om op lange termijn te investeren in gewichtsvermindering door het ontwikkelen van structurele preventie activiteiten, met de jeugd als speerpunt, omdat daar de grootste gezondheidswinst is te behalen. Het Departamentu Salú Hubenil, afdeling Voeding en Diëtetiek van de GGD en de sectoren Onderwijs en Sport en Recreatie kunnen hier een grote rol in spelen. Het is van belang dat de afdeling Voeding & Diëtetiek ondersteuning krijgt, van binnen of buiten de GGD, om obesitas preventie activiteiten en voorlichtingsmaterialen te ontwikkelen. Voor de uitvoering kunnen bv. particulieren worden ingehuurd.

Overig

- GGD/NGO's: ontwikkel structurele obesitas preventie programma's die de zorgverzekeraars kunnen inkopen. Evaluatieonderzoek dient deel uit te maken van de preventie-programma's.
- Preventieprogramma's en interventies opstellen bijvoorbeeld aan de hand van McGuire's model van persuasieve communicatie (26), zie bijlage 4, voor de verschillende doelgroepen in de samenleving.

9 VOORSTEL VOOR ONTWIKKELEN VAN OBESITAS PREVENTIE BELEID

9.1 Noodzaak van preventie beleid en budget

De overheid op Curaçao heeft nog geen beleid en budget bepaald ten aanzien van overgewicht en obesitas preventie. Om deze reden is het op dit moment niet mogelijk een compleet integraal obesitas preventie plan ofwel lokaal actieprogramma preventie van overgewicht te ontwikkelen. Een eerste prioriteit is dat de overheid een structureel preventie beleid ontwikkelt, een specifiek obesitas preventie budget beschikbaar wordt gesteld en verzekeraars in gezond gedrag investeren. Als dit niet gebeurt blijft het bij adhoc activiteiten en initiatieven.

Gezien de toename van overgewicht, de negatieve gezondheidseffecten en het feit dat behandeling moeizaam is en vaak teleurstellende resultaten oplevert op langere termijn, is preventie enorm belangrijk. Volgens de Gezondheidsraad in Nederland voldoen kansrijke preventieprogramma's aan een viertal voorwaarden:

1. Ze zijn gericht op het gelijktijdig bevorderen van zowel gezonde voeding als voldoende beweging;
2. Universele preventie (bijvoorbeeld een voorlichtingscampagne gericht op de gehele bevolking) moet gecombineerd worden met selectieve preventie (gericht op subgroepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van overgewicht, bijvoorbeeld jonge kinderen) en doelgerichte preventie bij personen die reeds overgewicht hebben maar nog niet obees zijn;
3. De preventie van overgewicht is alleen kansrijk wanneer deze gecombineerd wordt met bijpassende veranderingen in de omgeving: de gezonde keuze moet makkelijker, aantrekkelijker en vanzelfsprekender worden gemaakt;
4. De activiteiten moeten zijn afgestemd op een goede analyse van de specifieke gedragsdeterminanten en omgevingsfactoren die ten grondslag liggen aan het risicogedrag.

9.2 Voorstel voor obesitas preventie beleid en budget

Voor de aanpak van overgewicht dient de lokale overheid een specifiek obesitas preventie budget beschikbaar te stellen en een doelstelling voor een bepaalde termijn te hebben. Als doelstelling voor de periode 2008 t/m 2013 kan worden gekozen dat:

- het percentage volwassenen met overgewicht mag niet toenemen (meetbaar percentage aan koppelen);
- het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (meetbaar percentage aan koppelen).

De jeugd en de bevolkingsgroepen met een laag inkomen en/of lage opleiding speciale aandacht krijgen.

Waarom krijgt de jeugd en mensen met een laag inkomen en/of lage opleiding speciale aandacht?

Recente gegevens (2006) van het Departamentu Salú Hubenil laten een toename van overgewicht zien bij jongeren. Op termijn valt grote (gezondheids)winst te behalen door nu te investeren in een gezonde jeugd: overgewicht op jonge leeftijd is namelijk een belangrijke voorspeller van overgewicht, ziekte en sterfte op volwassen leeftijd. Daarnaast geldt hoe jonger een kind, hoe groter de kans dat nieuwe voedings- en bewegingsgewoonten levenslang kunnen worden volgehouden. Ouders zijn en blijven de eerstverantwoordelijken voor de opvoeding van

hun kinderen. Zij vormen dus een hele belangrijke doelgroep als het gaat om de preventie van overgewicht.

Aangeleerd gedrag wordt een gewoonte en gewoonten zijn moeilijk te veranderen. Het is makkelijker kinderen een gezond eet- en beweeggedrag aan te leren dan op oudere leeftijd slechte gewoonten die reeds zijn ingeslepen af te leren. Daarom is het belangrijk gezond gedrag op jonge leeftijd aan te leren. Hier valt de meeste gezondheidswinst te halen. Het is van belang dat de jeugd meekrijgt dat 'een leven lang gezond' door met mate te eten en te drinken en veel te bewegen niet alleen leuk is, maar ook de norm. Een kind dat opgroeit maakt verschillende leeftijdsfasen door in verschillende leefomgevingen. Daarom is het van belang onderscheid te maken in verschillende leeftijdsdoelgroepen. Daarnaast is een meerjarige integrale aanpak essentieel. Ouders hebben een belangrijke invloed op de voedselinname en beweging van hun kinderen. Er bestaat een relatie tussen opvoeding en voeding en opvoeding en bewegen (27). Vandaar dat gezinsaanpak essentieel is in dit verband.

Uit de gegevens van de Curaçao Health Study blijkt verder dat op het vlak van overgewicht en obesitas een significante risicogroep wordt gevormd door mensen uit de lage sociaal economische klasse.

Beleidsinstrumenten

Hieronder worden concrete beleidsinstrumenten aangedragen die het Eilandgebied Curaçao kan inzetten ter preventie van overgewicht en obesitas. Er zijn vier typen beleidsinstrumenten: communicatief, juridisch, economisch of voorzieningen gericht (28).

- Communicatieve instrumenten: communicatiestrategieën gericht op gedrag en leefstijl en/of determinanten van gedrag zoals kennis, intentie, zelfmanagement e.d.;
- Juridische instrumenten: voorwaardelijke maatregelen om een interventie daadwerkelijk te realiseren en/of te continueren (overeenkomst, gebod, verbod);
- Economische instrumenten: hebben tot doel gezond gedrag dat overgewicht voorkomt financieel te ondersteunen en/of aan te moedigen;
- Voorzieningen gerichte instrumenten: zorgen dat iets beschikbaar komt.

Deze instrumenten kunnen op diverse beleidsterreinen worden ingezet, te weten Onderwijs, Sport & Recreatie, Ruimtelijke Ordening/ Verkeer & Vervoer en Zorg & Welzijn. De gedeputeerde volksgezondheid dient een coördinerende rol te hebben bij het betrekken van de hierboven genoemde beleidsterreinen op Curaçao bij de aanpak van overgewicht.

Beleidssterrein Onderwijs

<i>Type</i>	<i>Instrument</i>
<i>Voorzieningen</i>	Meer bewegingsfaciliteiten voor, tijdens en na schooltijd. Meer gymlessen, sport op het schoolplein/veld onder toezicht van een professional, sportclinics op school door sportclubs en het koppelen van het aanbod van sportclubs aan naschoolse opvang.
<i>Communicatief</i>	Deskundigheidsbevordering van leerkrachten t.a.v. signaleren en voorkomen van overgewicht, gezonde voeding en beweging, schoolgezondheidsbeleid (de gezonde school).
<i>Economisch</i>	Subsidiëren van preventieprojecten in de setting school. Stimulerings-/waarderingssubsidies voor schoolkantines die kunnen aantonen dat zij met name gezonde producten verkopen.

Beleidssterrein Sport & Recreatie

Type	Instrument
Voorzieningen	Organiseren van sportieve en recreatieve evenementen. Zorgen voor voldoende en onderhouden sportvelden in alle wijken met professional voor sportbegeleiding.
Economisch	Gratis of gereduceerde tarieven voor sport voor bepaalde groepen wijkbewoners/jeugd/minima, via bijvoorbeeld een 'sportpas'.
Communicatief	Actieve reclame voor sport kennismakingslessen in wijken waar veel bewegingsarmoede is. Deskundigheidsbevordering van medewerkers in de sport en recreatie (b.v. Sedreko) t.a.v. signaleren en voorkomen van overgewicht, gezonde voeding en beweging.

Beleidssterrein Ruimtelijke Ordening/Verkeer & Vervoer

Type	Instrument
Voorzieningen	Bij de inrichting van de openbare ruimte voorrang geven aan maatregelen die lichamelijke (laagdrempelige) activiteit bevorderen. Bijvoorbeeld geen auto's in de omgeving van scholen toestaan, aanleg van voldoende en veilige wandel- en fietspaden en sportvelden in alle wijken en onderhoud daarvan.
Juridisch	Verbod van honden op speel- en sportvelden en controle op naleving Het niet verlenen van vergunningen voor een snack naast scholen/ buurthuizen Formuleren van richtlijnen t.a.v. lokale reclame en media t.a.v. (on)gezonde voeding in de wijk .
Economisch	Waarderingsubsidies voor sport-, bedrijfs- en schoolkantines die kunnen aantonen dat zij met name gezonde producten verkopen.

Beleidssterrein Zorg & Welzijn

Type	Instrument
Voorzieningen	Realiseren van een aanbod aan cliënten gericht op gezonde voeding en beweging. Gebruik van opgestelde richtlijnen voor de signalering, advisering en hulpverlening aan kinderen met overgewicht en obesitas door de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Stimuleren dat zorgverzekeraars in gezond gedrag investeren.
Economisch	Subsidiëren van projecten waarbij sportclubs en buurtwerk samenwerken met Thuiszorg en GGD.
Communicatief	Deskundigheidsbevordering onder zorgaanbieders op het gebied van signalering en voorkomen van overgewicht. Ontwikkelen van gezondheidsbevorderende projecten: individuele, groepscursussen, massamediaal.

De setting als uitgangspunt: school, wijk of zorg

Hierboven zijn vanuit verschillende beleidssterreinen suggesties gedaan voor de aanpak van overgewicht. Naast een beleidssterrein is het goed mogelijk een 'setting' als uitgangspunt te nemen, bijvoorbeeld het onderwijs, de zorg of de wijk om van daaruit activiteiten te organiseren. Het voordeel van een setting is dat deze vaak al toegerust zijn met structuren en routines. De school lijkt een goede ingang voor het bereiken van jongeren en hun ouders. Voor meer individueel gerichte preventie is de (jeugdgezondheids)zorg de aangewezen instantie. Wanneer de wijk als setting wordt gekozen is het mede mogelijk structurele oplossingen in de fysieke omgeving te bieden.

10 INTEGRAAL OBESITAS PREVENTIE PLAN (OFWEL ACTIEPROGRAMMA PREVENTIE VAN OVERGEWICHT)

Als de overheid een preventie beleid heeft opgesteld kan aan de hand van dit preventie beleidsplan een meerjaren actieprogramma preventie van overgewicht opgesteld worden, waarin beleidsdoelstellingen geconcretiseerd worden in activiteiten. Binnen dit programma wordt een pakket aan maatregelen op het gebied van voeding en beweging ingezet, gericht op zowel het individu als de omgeving. Naast de sector Volksgezondheid dienen ook de sectoren: Onderwijs, Sport&Recreatie, Ruimtelijke Ordening, Verkeer&Vervoer en Zorg & Welzijn betrokken te worden bij het opzetten van het actieprogramma.

Doelstelling 1c: Structureren van de activiteiten door middel van het opstellen van een integraal obesitas preventie plan.

Ondanks dat er nu nog geen beleid en budget is voor overgewicht en obesitas preventie willen we ervoor pleiten door te gaan met het ontwikkelen van activiteiten. Als eerste aanzet voor het integrale obesitas preventie plan/actieprogramma preventie van overgewicht stellen we voor:

- Coördinator overgewicht preventie en centraal informatiepunt instellen.
- 'Awareness' campagne (universele preventie) initiëren en vervolg geven in structurele selectieve preventie.
- Primaire preventie van overgewicht onder de jeugd. Gezinsaanpak is hier essentieel. Bijvoorbeeld: 'De gezonde school', sport en spel faciliteiten, voedingseducatie, intensiveren van bewegingsonderwijs, aandacht voor voedingsaanbod in kantine- en traktatiebeleid etc.
- Opstellen van richtlijnen diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen voor professionals in de 1^e lijnsgezondheidszorg samen met de zorgverzekeraars waarin vergoedings- en verwijzingsmogelijkheden zijn opgenomen (is reeds gestart).
- Opstellen van een signaleringsprotocol overgewicht binnen de jeugdgezondheidszorg (is reeds gestart).
- Ontwikkelen van een voorstel voor een demonstratieproject: 'De gezonde wijk' (is reeds gestart) daarna financieren, uitvoeren en evalueren. Dit project kan dienen als pilot voor integrale aanpak van obesitas preventie.
- Infrastructuur in oude en nieuwe wijken verbeteren.
- Deskundigheidsbevordering door (a) het houden van een congres, (b) het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal voor professionals en studenten in de Gezondheidszorg, Onderwijs, Sport en Recreatie over het signaleren en voorkomen van overgewicht, het belang van gezonde voeding en bewegen, en (c) het bevorderen van het vervullen van hun voorbeeldfunctie.

De resultaten van de uitvoering van het actieprogramma preventie van overgewicht dienen gemonitord en voor aanvang en aan het einde van de interventies gemeten te worden.

Randvoorwaarden

In het plan van aanpak dienen per activiteit de volgende afspraken worden vastgelegd:

- De doelstelling
- Het concreet beoogde resultaat
- De gekozen werkwijze
- Welke instantie is de eindverantwoordelijke, wie is de trekker, wie is de procesbewaker
- Welke instanties zijn partners in de activiteit
- Tijdsplanning en tijdstip(pen) en wijze van rapportage over de voortgang

- Verantwoordelijke voor monitoring en evaluatie

Om doelstellingen goed te kunnen toetsen kunnen deze bijvoorbeeld volgens de SMART-methode worden geformuleerd:

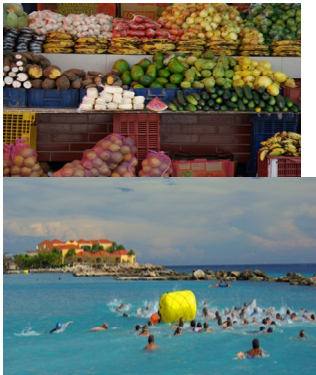
Specifiek	Is duidelijk om welke doelstelling het precies gaat?
Meetbaar	Kan het al dan niet behalen van de doelstelling geëvalueerd worden?
Acceptabel	Is de doelstelling acceptabel voor relevante partners?
Realistisch	Is de doelstelling haalbaar met het oog op de mogelijkheden?
Tijdsgebonden	Is het duidelijk wanneer de doelstelling behaald moet zijn?

Slot:

In de loop van dit project is duidelijk geworden dat als eerste aan algemene 'awareness' (agendasetting en bewustwording) gewerkt dient te worden ten aanzien van gezonde voeding en bewegen. Daarom wordt ervoor gepleit zo spoedig mogelijk een brede 'awareness' campagne op te zetten, eventueel in samenwerking met het Voedingscentrum Nederland, en een overgewicht coördinator aan te stellen. Op basis van de uitkomsten van de evaluatie van de pilotinterventie met de taillelinten kan een keus gemaakt worden of het taillelint in een 'awareness' campagne breed wordt ingezet. Verder is in de aanbevelingen primaire preventie van overgewicht onder de jeugd opgenomen. Dit valt onder deelproject 2: 'Voedingseducatie binnen het funderend onderwijs'. Naast voedingseducatie is intensiveren van bewegingsonderwijs van groot belang en het erbij betrekken van ouders en leerkrachten. Het advies is na te gaan of het model 'De Gezonde School' hiervoor geschikt is.

OBESITAS PREVENTIE PLAN

- Prioriteit overheid, verzekeraars, iedereen
- Specifiek budget preventie voor tenminste 5-10 jaar
- Visie, beleid, proactief handelen en daadkrachtig optreden



11. LITERATUUR

- 1 Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, on behalf of the Interheart Study Investigators. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27000 participants from 52 countries: a case-control study. *The Lancet* 2005, 366 :1640-1649.
- 2 Grievink L, Alberts JF, O'Niel J, Gerstenbluth I, 2004: Waist circumference as a measurement of obesity in the Netherlands Antilles; associations with hypertension and diabetes mellitus. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2004, 58, 1159-1165.
- 3 Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ & Johnson CL, 1998: Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. *Int.J.Obes.Relat.Metab.Disord.* 22, 39-47.
- 4 Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL & Johnson CL, 2002: Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 288, 1723-1727.
- 5 Visscher TLS & Seidell JC, 2001: The public health impact of obesity. *Annu. Rev. Public Health* 22, 355-375.
- 6 Manson JE, Skerrett PJ, Greenland P & VanItallie TB, 2004: The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: a call to action for clinicians. *Arch.Intern.Med.* 164, 249-258.
- 7 Seidell JC and Visscher TLS, 2000: Body weight and weight change and their health implications for the elderly. *Eur. J. Clin. Nutr.* 54, Suppl., 3 S33-S39.
- 8 Müller MJ, Mast M, Asbeck I, Langnase K & Grund A, 2001: Prevention of obesity-is it possible? *Obes.Rev.* 2, 15-28.
- 9 Carraro R & Garcia Cebrian M, 2003 : Role of prevention in the contention of the obesity epidemic. *Eur.J.Clin.Nutr.* 57, Suppl., S94-S96.
- 10 Nijboer, C, 2004: Lokaal ingedikt en uitgediept. Nationaal Instituut voor gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).
- 11 Grol MEC, Eimers JM, Alberts JF, Bouter LM, Gerstenbluth I, Halabi Y, van Sonderen E and van den Heuvel WJA, 1997: Alarmingly high prevalence of obesity in Curaçao: data from an interview survey stratified for socioeconomic status. *Int. J. Obes.* 21,1002-1009.
- 12 Alberts JF, Gerstenbluth I, Halabi YT, Koopmans PC, O'Niel J and Heuvel van den WJA, 1996: The Curacao Health Study, methodology and main results. Assen: Van Gorcum.
- 13 Grievink L, Fuchs G, O'Niel J, Sonderen van E, Gerstenbluth I, Alberts JF, 2002^a. The Bonaire Health Study, methodology and main results. Curaçao: ISOG.
- 14 Grievink L, Fuchs G, O'Niel J, Sonderen van E, Gerstenbluth I, Alberts JF, 2002^b. The St Eustatius Health Study, methodology and main results. Curaçao: ISOG.
- 15 Grievink L, Fuchs G, O'Niel J, Sonderen van E, Gerstenbluth I, Alberts JF, 2002^c. The Saba Health Study, methodology and main results. Curaçao: ISOG.
- 16 Fuchs G, Grievink L, O'Niel J, Sonderen van E, Gerstenbluth I, Alberts JF, 2002. *The St Maarten Health Study, methodology and main results.* Curaçao: ISOG.
- 17 Hooijkaas H, Presentaties tijdens het NASHKO symposium: 'The Obesity Epidemic', October 20-22,2005, World Trade Center Curaçao.
- 18 RIVM. Ons eten gemeten; Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. RIVM, 2004; rapportnr: 270555007, ISBN: 90-313-4411-7.
- 19 RVZ. Gezondheid en gedrag. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Zoetermeer 2002, publicatienr. 02/14.
- 20 Sluiter AC, Diabetes Mellitus type II, trends en risicoprofiel op Curaçao, juni 1999.
- 21 Marapin S, 2006: Een observationeel onderzoek naar overgewicht bij kinderen tussen 4-12 jaar gerelateerd aan hun woonomgeving. Curaçao: Stichting ISOG i.s.m. afdeling Epidemiologie & Onderzoek GGD Curaçao.
- 22 Rabbae D, 2006: Barrières voor het aannemen van een gezonde leefstijl op scholen voor kinderen van 4-12 jaar op Curaçao. Stichting ISOG i.s.m. afdeling Epidemiologie & Onderzoek GGD Curaçao.
- 23 Vyth J, 2006: Invloed van thuissituatie op eet- en beweeggedrag van kinderen van 4-12 jaar op Curaçao. Stichting ISOG i.s.m. afdeling Epidemiologie & Onderzoek GGD Curaçao.
- 24 Swinburn B, Egger G & Raza F, 1999: Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine* 29, 563-570.
- 25 Visscher TLS en Renders CM, 2005: Wetenschappelijk Onderzoeksprogramma Preventiecentrum Overgewicht Zwolle.
- 26 McGuire, WJ, 1985: Attitudes and attitude change. In G.Lindsay & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology*, Volume 2, pp. 233-346. New York: Random House.
- 27 Maffeis C, 2000: Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur. J. pediatr.* 159, Suppl.1, S35-S44.
- 28 Voedingscentrum: Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid, Den Haag 2007.

Internetsites: - <http://www.Overgewicht.org>

- <http://www.voedingscentrum.nl>

- BIJLAGE 1 PROGRAMMA SYMPOSIUM EN WORKSHOPS 9 EN 10 NOVEMBER 2007**
- BIJLAGE 2 VERSLAGEN VAN DE WORKSHOPS**
- BIJLAGE 3 INFORMATIE FLYER BIJ HET TAILLELINT: 'BASTA BO SINTURA TA NA ÒRDU'**
- BIJLAGE 4 ACHTERGROND INFORMATIE VOORLICHTINGSTHEORIE MC GUIRE**

ISOG

Stichting ter bevordering van
Internationale Samenwerking en
Onderzoek op het gebied van Gezondheidszorg



SYMPOSIUM: “OBESITAS PREVENTIE OP CURAÇAO”

Plaats: World Trade Center

VRIJDAGAVOND 9 NOVEMBER 2007

18.30-19.00	Registratie	
19.00-19.05	Welkomswoord	I. Gerstenbluth
19.05-19.20	Opening	H. Davelaar, gedeputeerde van Volksgezondheid & Sociale Zaken
19.20-19.40	Obesitas onderzoekslijn Curacao	T. Alberts
19.45-20.10	Inventarisatie Onderzoek Obesitas Preventie	D. Eshuis
20.15-20.45	Obesitas: wat zijn bewezen en effectieve interventies & wat is er mogelijk op Curacao	J. Seidell
20.50-21.10	Paneldiscussie	Alberts, Eshuis, Seidell, H. Hooijkaas, M. de Lanoy
21.30	Afsluiting	I. Gerstenbluth

ZATERDAGOGHTEND 10 NOVEMBER 2007

08.00-08.30	Registratie	
08.30-09.00	Integrale aanpak van obesitas op Curacao. Wat is er nodig?	J. Seidell
09.05-09.15	Introductie workshops	I. Gerstenbluth
09.15-10.45	Parallel-workshops	
	1 Uitgangspunten bij de individuele aanpak van obesitas	
	2 Attitude- en gedragsverandering	
	3 Invloed van omgevingsfactoren	
10.45-11.15	Pauze	
11.15-11.45	Aanbevelingen uit de workshops	
11.45-12.15	Ingrediënten voor succesvolle obesitas preventieprogramma's	J. Seidell
12.15-12.30	Conclusies en afsluiting	I. Gerstenbluth

HUISARTSEN-ACCREDITATIE NR. A 07.041

***Inschrijving vooraf voor de workshops is van belang vanwege het beperkte aantal plaatsen
per workshop***

***Informatie & Registratie: symposium.obesitas@hotmail.com
Of per fax # 4325868, afd. Epidemiologie & Onderzoek, GGD***

VERSLAG OBESITY WORKSHOP 1A : ADULT OBESITY DIAGNOSIS AND MANAGEMENT DD 10 NOV. 2007

Aan de workshop hebben (huis)artsen, een beleidsmedewerker, diëtisten, voeding- & bewegingsdeskundigen, fysiotherapeuten, en een technicus deelgenomen.

Overeenstemming is bereikt voor de volgende uitgangspunten:

- Er zal systematische case-finding naar overgewicht moeten gebeuren.
- Overgewicht gedefinieerd als Body Mass Index (BMI) tussen 25 en 29,9 en of Waist Circumference (WC, taille-omvang) bij ♀♀ tussen 80 en 87,9 cm bij ♂♂ tussen 94 en 101,9 cm. De keuze voor overgewicht is gebaseerd op het doel van primaire preventie.
- De huisarts is in onze zorgsysteem de meest voor de hand liggende hulpverlener om deze systematische case-finding te doen. Er moet nog nagegaan worden of er eerst aan bepaalde randvoorwaarden zoals een aparte vergoeding en ondersteuning van bv een praktijkondersteuner moet worden voldaan.
- Voor de case-finding zal gebruik worden gemaakt van de BMI en de WC.
- Er moet een protocol komen voor het uniform handelen na het opsporen van de cases.
- Voor overgewicht zal de interventie gericht zijn op voorlichting, opvoeding, verhogen van awareness etc. De overheid cq de GGD is de proces verantwoordelijke en moet zorg dragen voor de randvoorwaarden en invulling. Te denken valt aan 1 speciale afdeling binnen de GGD die belast is met zowel individuele informatie en begeleiding en ook massamediale campagnes etc. De toegang tot deze service moet laagdrempelig en vrij voor iedereen zijn.
- Voor obesitas zal een behandel protocol moeten worden afgesproken. De Taskforce die uit deze workshop wordt gevormd zal zich hierover buigen. Het protocol van prof. Seidell en evt andere zullen bestudeerd moeten worden op hun bruikbaarheid en toepasbaarheid alhier. Uit deze workshop is een sterk pleidooi gekomen om reeds bij een BMI van 27 intensief te gaan behandelen, omdat de perceptie is dat eerder ingrijpen mogelijk meer winst zal opleveren. De taskforce zal moeten onderzoeken of er evidence is voor deze strategie. De huisarts zal in ieder geval elke patiënt met een BMI ≥ 30 en of een WC ≥ 88 cq 102 cm in het behandel protocol opnemen. Dit omdat behandeling op dit moment verzekeringstechnisch en wettelijk alleen bij deze cutoff wordt vergoed.

Uit de workshop is een Taskforce gevormd die de hierboven gesignaleerde punten zal uitwerken en een implementatie plan opstellen dat vervolgens aan alle stakeholders gepresenteerd dient te worden.

SAMENVATTING WORKSHOP 1B OBESITAS-KIDS DD 10 NOV 2007 WTC

1. Awareness voorop

- a. van kinderen en ouders maar ook van professionals en professionele opvoeders
- b. via school, media etc: moet nog verder uitgewerkt worden

2. Systematische casefinding:

Stelling: Evaluatie en observatie van overgewicht en obesitas bij kinderen kan aangepakt worden als ouders het aangeven, maar ook als het niet door hen als een probleem wordt aangekaart en/of als ze bij voor een ander probleem bij u als professional komen.

a Huisarts

- i. Zou eigenlijk moeten bij elke eerste consult en daarna jaarlijks bij alle kinderen
- ii. Bij gewichtsprobleem eventueel nieuwe afspraak plannen

b JGZ

- i. Alle kinderen worden bij bezoek aan JGZ gemeten en gewogen en dit wordt geregistreerd in het dossier van het kind. Van aantal groepen op registratieformulieren.
- ii. In geval overgewicht advies of verwijzing
- iii. Interventie vindt niet altijd plaats
- iv. Bij kinderen Speciaal Onderwijs (risicogroep volgens Seidell) wordt gemeten en gewogen en geregistreerd maar gegevens zijn tot nu toe niet apart bewerkt. Adolescenten: op dit moment wordt er alleen structurele metingen gedaan bij adolescenten van het voortgezet speciaal onderwijs met registraties zowel in dossier als op registratieformulier

c Diëtist

- i. Kinderen komen bij hun via verwijzing
- ii. Ouders komen ook zelf (zonder verwijzing)
- iii. Willen graag meer gegevens (ingevulde groeicurve)
- iv. Vaak afhaken tijdens behandeling
- v. Groepsbehandeling blijkt betere resultaten te geven

d fysiotherapeut

- i. Als overgewicht geconstateerd wordt terugverwijzing naar verwijzing: weet niet of dat advies dan ook opgevolgd wordt
- ii. Gebruikt haar vertrouwensband voor awareness

e Kinderarts

- i. Bij elk consult wordt er gewogen en gemeten
- ii. Er worden verschillende groeicurven gebruikt
- iii. vraag naar groeiboekje (groeigegevens) bij elk consult mn < 4 jr
- iv. tzt onderzoeksopzet: poli multidisciplinair & verschillende interventies

f Niet professional

- i. Communicatie en duidelijke uitleg van belang

Opmerking 1: onderzoek (bijvoorbeeld door student)verrichten naar verwijzingen met aantal vragen, die beantwoord moeten worden.

- komen kinderen terecht bij verwijzer?
- als ze daar terecht komen blijven ze dan ook in zorg?
- terugrapportage?

Opmerking 2: Eigenlijk zouden er ook structureel metingen moeten plaatsvinden bij adolescenten. Op dit moment zijn de periodieke momenten in JGZ: zuigelingen en peuterperiode heel regelmatig, schoolleeftijd: kinderen 5 en 10 jaar. Daarnaast kinderen speciaal onderwijs 3-19 jaar.

3. Groeicurven en cutoff Point

1. Verschillende groeicurven in omloop voor 0-4 jarigen. Van belang op eiland **één** curve te gebruiken door alle professionals die met kinderen werken
2. Voorstel: groeicurve JGZ voor 0-4 jaar: groeicurve gebruiken, die op dit moment door de JGZ gebruikt wordt.
3. Voor 5-19 jarigen discussie BMI-curve versus groeicurve. Voorstel BMI-curve gaan gebruiken voor 5-19 jaar.
4. Voorstel: verspreiding éénduidige curven door JGZ.
5. Implicaties andere curve:
 - a. Scholing van professionals
 - b. Kennisoverdracht
 - c. Deskundigheidsbevordering
 - d. Coördinatie en planning: wanneer?
 - e. Internationale toetsing

Concluderend:

1. Awareness voorop
2. Gemêleerde groep van mensen en expertisen
3. Moeilijk te prioriteren punten, allemaal lijken ze even belangrijk toch wordt het belangrijk een stappenplan hierin aan te brengen
4. Grotere groep belanghebbenden zijn hierbij betrokken, niet alleen professionals maar ook scholen, verzekeraars en overheid
5. 1 taal-1 lijn is essentieel in het welslagen bij de opsporing, preventie en behandeling van obesitas
6. Systematische case finding is een must: anders gemiste kans
7. Overleg en aanname 1 groeicurve voor 0-5 jarigen en 5-19 jarigen is een must serieus te kunnen verwijzen/overleggen; verspreiding via JGZ

SAMENVATTING WORKSHOP 2: WELKE ACTIES KUNNEN LEIDEN TOT ATTITUDEVERANDERING BINNEN ONZE BEVOLKINGSGROEP?

Wat zijn de weerstanden

- Ignorance / kennisgebrek
- Niet verantwoordelijkheid willen dragen
- Druk van omgeving
- Experts zonder expertise
- Schaarste aan info
- Gebrek vastberadenheid
- Gezinsstructuur
- Eetcultuur
- Mogelijk eetverslaving
- Professionals niet op 1 lijn!
- Geldgebrek / kan niet budgetteren

Het gaat over mij!

- Elke hulpverlener zet het als eerste stap. Hier gaan we mee door.
- Alle media gebruiken om gezonde levensstijl te bevorderen
- Maak gebruik van sensatie (leuke activiteiten met centraal thema)
- Hulpverleners maken gebruik van persberichten en ingezonden stukken
- Hulpverlener begint met zichzelf
- Een commissie van barrierebrekers.
- Bedrijven doen dingen op dit gebied.

Hoe pakken we het aan?

- Bombarderen met info (starten bij jezelf)
- Op een leuke manier
- Biedt uitzicht op een haalbare oplossing
- Laat mensen kennismaken met het onbekende
- Motivatie: er moet een intrinsieke bevrediging in zitten
- Correcte info verspreiden
- Lotgenoten contact
- Info sessies in barios; kooklessen op scholen SMSjes naar de jeugd (→ naar de mensen toe)
- Professionele massamediale campagnes
- Shockerende / confronterende voorlichting
- Langdurige campagnes, min 3 jr
- Mannen: inspelen op machismo

VERSLAG WORKSHOP 3: DE INVLOED VAN OMGEVINGSFACTOREN OP OBESITAS

Uitgebreide inventarisatie van naar voren gebrachte aandachtspunten:

- Beleidskaders integreren
- De gezondheidsproblematiek op de politieke agenda plaatsen.
- Interne verbetering van de overheidsorganisatie aan de hand van de BRUHO keten.
- Integrale wijkontwikkeling stimuleren en aan integrale wijkverbetering doen.
- De samenwerking tussen wijkorganisaties stimuleren.
- Het aanpassen van de infrastructuur in wijken en die richten op veiligheid, gezondheid en educatie.
- Het vergroten van recreatiemogelijkheden voor alle leeftijden in wijken en ook de opvang van kinderen ivm. de alleenstaande moeders.
- De wijk benaderen door de bewoners centraal te stellen en diverse zaken aan de orde stellen (milieu, energie, afval). Daarbij de mensen stimuleren in wat zij zelf kunnen doen (zelfredzaamheid). Gewaakt moet worden voor politieke interventies die initiatieven uit de wijk doodslaan. Er moet gezocht worden naar goede voorbeeldfiguren (rolmodellen).
- De binding van jongeren en hun wijk verbeteren door het bieden van betere recreatiemogelijkheden en het kunnen fietsen naar school.
- Opzetten van een programma voor het in gebruik gaan nemen van ongebruikte sportvelden met de jongeren en ouders in elke wijk.
- Samenwerkingsverbanden van ambtelijke diensten en organisaties opzetten in de wijk aan de hand van concrete vraagstukken.
- De normering van de benodigde wijkvoorzieningen aanscherpen en vaststellen en doorvoeren in integrale wijkverbeteringsplannen en die ook daadwerkelijk uitvoeren.
- Verdergaande regulering van de vestiging van commerciële voorzieningen in de wijk, met name restaurants en snacks; het zijn er nu te veel en ze zijn te dichtbij waardoor het te gemakkelijk is ongezond voedsel te kopen.
- De consequenties van de stijgende olieprijs bestuderen (op mobiliteit, inflatie, kosten van het levensonderhoud en met name voeding).
- Het aanpassen van de prijsbeschermingswetgeving en accijnzen die nu gezonde voedingsmiddelen duurder maken dan ongezonde.
- Er is een juridisch kader nodig voor de verkoop van voedingswaren op scholen en de sponsoring van evenementen ed. door voedselaanbieders en –producenten.
- Het beter afstemmen van school- en werktijden zodat ouders meer tijd hebben tussen de middag om een gezonde maaltijd te bereiden voor hun kinderen.
- Reguleren van het aanbod en de voedselverkoop in de school en in de omgeving en educatie van ouders over gezonde voeding.
- Informatiecampagnes met gebruik van diverse media.
- De relatie tussen obesitas en de armoedeproblematiek bestuderen, de armoedeproblematiek op de politieke agenda zetten.
- Het toetsen van de aankopen in een supermarkt door een diëtiste en het geven van 10% korting als de voedselkeuze gezond is (samenwerking met supermarkts).
- Gezonde voeding en de obesitasproblematiek opnemen in onderwijs- en leerplannen.
- Het opzetten van een integraal schoolplan gericht op ouders en kinderen.
- Het opzetten van een programma “De gezonde school”, gericht op de leerlingen en onderwijzend personeel dat ook vaak te dik is.
- Beweging onderdeel maken van een gezonde levensstijl en dat in de training en opleiding van sportleiders en trainers opnemen en in onderwijs- en leerplannen.

- Het opzetten van een structuur binnen de gezondheidszorg om initiatieven te kanaliseren zodat betere samenwerking buiten de gezondheidszorg met andere sectoren mogelijk wordt; de gezondheidsproblematiek op de agenda van andere beleidskaders en sectoren krijgen.
- Het bijhouden van het gewicht van politici en hen tot afvallen aanzetten (voorbeeldfunctie).
- Werken met voorlichting, voorzieningen en voorschriften (wet- en regelgeving).
- Een betere samenwerking tussen de GGD en scholen waarbij de GGD over voldoende middelen beschikt (tijd, mensen).
- Voedselveiligheid gaan reguleren (hygiëne, bederf, houdbaarheid etc.) en de beschikbaarheid van voedsel op lange termijn bekijken.
- Het opzetten van een programma voor persoonlijke aanpak (informatie geven, steun indien nodig).

Hieruit zijn de volgende voorstellen gekozen om op korte termijn uit te voeren:

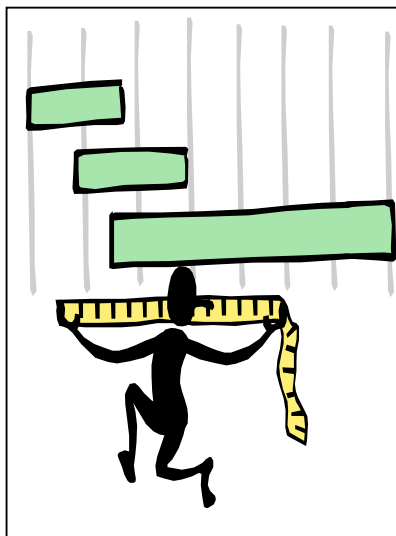
1. Opstellen actiepuntenlijst, uitwerken organisatie, opstellen indicatoren.
2. Een campagne opzetten met een persoonlijke aanpak van probleemgevallen (met steun, informatie, bewustwording) en hieromheen de nodige publiciteit.
3. Opzetten en uitvoeren van bewegingsonderwijs.
4. Bestaande relevante wetgeving implementeren en beginnen met de formulering van nieuwe.
5. Een wijkbureau/organisatie en bemensing.
6. Het benaderen van schoolbesturen voor een programma “De gezonde school” met aandacht voor het voedselaanbod en gewicht van het personeel.
7. Een lijst met gezondheid- en voedingstips verspreiden.
8. Een verbod op transfats introduceren.
9. Introduceren van 15 min. bewegen tijdens elke schooldag.
10. Alle huisartsen besteden iets meer tijd per patiënt en praten over gezonde voeding.
11. Een programma voor benutting van lege sportvelden in de wijken.
12. Starten van een maatschappelijke discussie over obesitas, voeding en gezondheid.
13. Het respecteren van bestaande structuren.

Voor het vervolg is het van belang om in een plenaire vergadering naar de volgende vragen te kijken:

A. Het idee om een demonstratieproject op te zetten in een bepaalde wijk waar met alle betrokkenen een programma wordt gemaakt dat zicht richt op de omgevingsfactoren die tot obesitas leiden, dus een project gericht integrale wijkverbetering en preventieve gezondheidszorg.

Hierin worden alle ideeën bijeen gebracht voor de ideaaltypische wijk. Een essentieel onderdeel is een meting van de (gezondheids)situatie voor- en na het programma.

B. Het vraagstuk hoe we primaire preventie tot stand kunnen krijgen en tot geïntegreerd beleid kunnen komen. Dit is het verhaal richting het Bestuurscollege en moet leiden tot meerjarenprogramma's en meerjarige begrotingen met geoordeelde middelen.



ALS JE TAILLE MAAR IN ORDE IS

Een tailletest voor 18 - 60 jarigen

De riem die ineens een gaatje losser moet. De favoriete broek/rok die plotseling te strak zit. Geniet van de goede dingen in het leven maar voorkom dat er ieder jaar een paar kilo's bijkomen. Het hebben en behouden van een gezond gewicht is belangrijk. Een gezond gewicht heeft te maken met niet méér eten dan je nodig hebt en voldoende beweging. Om zelf te beoordelen in welke mate je gezondheid een risico loopt is de volgende test erg handig en makkelijk zelf uit te voeren.

MEET JE TAILLE

Met behulp van het taillelint (een meetlint) kun je op een eenvoudige manier nagaan of er bij jou veel extra kilo's (vet) in en rondom de buik zitten, als dat het geval is, is de kans op gezondheidsproblemen verhoogd. Vrouwen met een taille meer dan 88 cm en mannen met een taille meer

dan 102 cm hebben een grotere kans op het ontwikkelen van gezondheidsproblemen, zoals diabetes, een verhoogd cholesterolgehalte, hoge bloeddruk, hartinfarct, dicht geslibde slagaderen, hartfalen en kortademigheid.

WAAR MEET JE? Je taille zit op het middelpunt tussen de onderkant van de onderste rib en de bovenkant van het bekken. Op dat middelpunt meet je met het lint. Trek het taillelint niet te strak aan. Kijk in de onderstaande tabel waar je uitkomt.

- Hoe dichter je de grens van het verhoogde risico nadert, hoe belangrijker het wordt om niet meer aan te komen. Verbeter dan je eetpatroon en ga meer bewegen.
- Bij een verhoogd risico is het aan te raden om af te vallen. Vraag de hulp van je arts of een diëtist en ga bewegen. Laat het liever niet zover komen en houd je gewicht in balans.

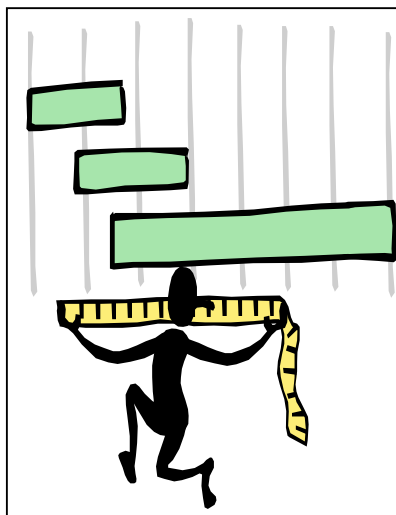
Vrouwen:	kleur op het lint
Minder dan 80 cm: geen verhoogd risico, blijf op gewicht	Groen
80 – 88 cm: je nadert de risicogrens; zorg dat je niet meer aankomt	Oranje
88 cm of meer: verhoogd risico, probeer af te vallen	Roze/rood
Mannen:	
Minder dan 94 cm: geen verhoogd risico; blijf op gewicht	Groen
94 – 102 cm: je nadert de risicogrens; zorg dat je niet meer aankomt	Oranje
102 cm of meer: verhoogd risico; probeer af te vallen	Roze/rood
<i>Het taillelint is niet geschikt voor ouderen boven 60 jaar of jongeren die nog in de groei zijn</i>	

VOORKOMEN IS BETER DAN AFVALLEN

- Probeer minder te eten en te drinken van calorierijke producten (met veel vet en suiker) zoals snacks, bolo, koekjes, kaas, vet vlees, chips, pastechi en frisdrank.
 - Probeer méér calorie-arme producten te eten en te drinken, zoals groente en fruit, drink wat vaker thee, water of light frisdrank en ga bewegen, bijvoorbeeld zwemmen, wandelen en dansen.
 - Eet kleinere porties bij je maaltijden.
- Als je dat een periode gedaan hebt, meet dan weer eens je taille.

HET TAILLELINT IS EEN HANDIG MIDDEL OM MET JE EIGEN OPLOSSING BEZIG TE ZIJN. MEET OOK EENS JE FAMILIE, VRIENDEN, COLLEGA'S EN BUREN EN PRAAT EROVER MET ELKAAR.

Info: www.voedingscentrum.nl
Email: obesitas.curacao@hotmail.com



BASTA BO SINTURA TA NA ÒRDU!

Un tèst pa midi sintura di hende di 18 pa 60 aña

Di repente bo mester los bo faha un tiki?!
 Di repente bo karson òf saya favorito ta pèrtá?!
 Disfrutá di e kosnan bon den bida, pero evitá ku kada aña bo ta subi poko kilo. Ta importante pa bo tin i mantené un peso salú. No kome mas ku bo kurpa tin mester i move sufisiente. Pa bo mes husga te kon leu bo salú ta kore riesgo, e siguiente tèst ta masha útil:

MIDI BO SINTURA

Ku e sinta speshal pa midi sintura bo por chèk si bo tin di mas kilo (vèt) denter òf rònt di bo barika; si esei ta e kaso bo ta kore mas riesgo pa desaroyá problemanan di salú manera malu di suku, kolesteròl haltu, preshon di sanger haltu, ataka di kurason, ader será, i rosea kòrtiku. Hende muhé ku un sintura mas grandi ku 88 cm i hende hòMBER ku un sintura mas grandi ku 102 cm ta kore mas riesgo.

UNDA TA MIDI? Bo sintura ta e punto meimei entre bo delaster repchi i bo wesu di hep. Einan bo tin ku midi ku e sinta. No hala e sinta muchu pèrtá. Den e tabèl akibou bo por wak si bo ta kore riesgo si òf nò.

- Mas serka bo ta na e sifra di riesgo elevá, mas importante ta pa bo no subi mas peso. Mehorá bo manera di kome i kuminsá move mas.
- Si bo riesgo ta elevá bo tin ku baha peso. Pidi ayudo di bo dòkter òf di un dietista i bai move.

HENDE MUHÉ: si bo sintura ta

Ménos ku 80 cm: no tin riesgo elevá, mantené e peso aktual
 80-88 cm: bo ta aserkando e sifra di riesgo; sòru pa bo no subi mas peso
 88 cm òf mas: bo riesgo ta elevá; purba baha peso

koló riba e sinta

bèrdè
 Oraño
 ros/kòrá

HENDE HÒMBER: si bo sintura ta

Ménos ku 94 cm: no tin riesgo elevá, mantené e peso aktual
 94-102 cm: bo ta aserkando e sifra di riesgo; sòru pa bo no subi mas peso
 102 cm òf mas: bo riesgo ta elevá; purba baha peso

Bèrdè
 Oraño
 ros/kòrá

E tèst di sintura no ta pa hende grandi riba 60 aña di edat, ni pa hòbennan ku ainda ta kresiendo

MIHÓ PREVENÍ KU BAHÀ PESO

- Purba kome i bebe ménos kos ku hopi kaloria (vèt i suku) manera snacks, bolo, kuki, keshi, karni vèt, chips, pastechi i limonada.
 - Purba kome mas produkto ku no tin hopi kaloria manera berdura i fruta; bebe te, awa òf limonada “light” i bai move: landa, kana keiru, baila.
 - Moderá e porshon di bo otro kumindanan.
- Despues di algun tempu, midi bo sintura di nobo.

E SINTA TA ÚTIL PA YUDA KU BO SOLUSHON. US'É SERKA BO FAMILA, AMIGU, BISIÑA I KOLEGANAN I KONSIENTISÁ NAN.

Mas informashon: www.voedingscentrum.nl
 Email: obesitas.curacao@hotmail.com

ACHTERGROND INFORMATIE VOORLICHTINGSTHEORIE MC GUIRE

Het is van belang dat er een structureel integraal gezondheidsbevorderend beleid komt met een daaraan gekoppeld vast budget voor tenminste 5-10 jaar waarbij interventies onder de jeugd een speerpunt is en interventies volgens de voorlichtingstheorie van McGuire (26) gevolgd kunnen worden:

Aandacht (agendasetting, selectiviteit, risicoperceptie)

Begrip en kennisoverdracht (compatibiliteit, actief leren, bewustwording)

Attitude (angst & dreiging, uitkomstverwachtingen, discrepantie, emotionele reactie)

Sociale steun (sociale vergelijking, weerstand tegen druk, minderheidsinvloed)

Eigen effectiviteit (sociale leertheorie, modeling)

Gedragsverandering (feedback, goal setting, commitments)

Gedragsbehoud (attributie, relapse prevention)

Aandacht

Een voorlichtingsboodschap kan alleen effect hebben als de doelgroep eraan blootgesteld wordt en er aandacht aan besteedt. Interesse in het bericht heeft ook te maken met persoonlijke risicoperceptie. Mensen hebben de neiging tot onrealistisch optimisme: ze onderschatten systematisch hun eigen persoonlijk risico in vergelijking met risico van anderen. Vanwege dit onrealistisch optimisme nemen ze vaak onvoldoende maatregelen om zich tegen het risico te beschermen. De belangrijkste oorzaken voor dit optimisme zijn waarschijnlijk dat ze onderschatten wat anderen doen om zich te beschermen en bovendien dat ze een stereotiep idee hebben over mensen die veel risico lopen. Een meer realistisch risicoperceptie leidt niet automatisch tot meer preventief gedrag: risicoperceptie is slechts een eerste stap op weg naar volledige gedragsverandering.

Begrip

Het begrip ('compatibiliteit/compatibility') is de mate waarin de voorlichting aansluit bij de doelgroep. Voorlichting moet zorgvuldig afgestemd worden op de doelgroepen in termen van hun taalgebruik, prioriteiten, de geloofwaardigheid en attractiviteit van de bron en het bericht, de begrijpelijkheid van het begrip en de 'compatibility' met normen, waarden en ervaringen. Om voorlichtingsmaterialen succesvol af te stemmen op de doelgroepen is het belangrijk altijd het voorlichtingsmateriaal te pretesten. Alle materialen worden dan achtereenvolgens becommentarieerd door inhouds- en communicatiedeskundigen en vertegenwoordigers uit de doelgroep. Het voorlichtingsbericht dient helder te zijn en meerdere keren in verschillende settings herhaald te worden. Methodieken binnen voorlichtingsprogramma's om informatieverstrekking te stimuleren zijn: 'actief leren' en 'participatie', vaak in combinatie met elkaar.

Attitudeverandering

Het kan best zijn dat mensen op de hoogte zijn van de ernst van een probleem, zoals bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, kanker en aids, maar dat ze denken zelf een dergelijke ziekte niet te zullen krijgen. Ze zien de ernst ('severity') van het probleem, maar niet hun eigen vatbaarheid ('susceptibility'). Deze twee begrippen zijn onderdelen van theorieën, zoals het *Health Belief Model* (Janz & Becker, 1984), het *Protectie-Motivatie Model* (R.Rogers, 1983) en het *Emotie Model* (Leventhal, 1984) op het terrein van risicoperceptie en angstaanjagende voorlichting. Deze geven alle aan dat angst en dreiging als resultante van ernst en kans, mensen kan motiveren tot actie. Echter, welke vorm deze actie aanneemt hangt sterk af van de zogenaamde uitkomstverwachtingen ('outcome expectations'; Bandura, 1986), n.l. 'wat gebeurt er als ik dit zou doen?' en de eigen effectiviteitsverwachtingen, n.l. 'zou het met lukken om dit te doen?'. Voorlichting over hart- en vaatziekten, kanker en aids is vaak als zodanig al angstaanjagend genoeg. Voorlichtingsprogramma's zouden veel eerder moeten proberen mensen te overtuigen van het nut van preventie (uitkomstverwachting) en hun eigen-effectiviteit met betrekking tot het preventieve gedrag te verhogen. Hoge angst in combinatie met lage eigen-effectiviteit leidt tot dysfunctioneel gedrag, zoals bijvoorbeeld ontkenning van eigen risico.

Een attitude wordt gevormd door de afweging van alle relevante voor- en nadelen (uitkomsten) van het gewenste én het ongewenste gedrag. Daar komt nog bij dat mensen over het algemeen meer gevoelig zijn voor overwegingen op korte termijn en minder voor overweging op langere termijn (McGuire, 1985). Discrepantie is een van de andere variabelen die invloed heeft op attitudeverandering. De voorlichtingsboodschap is bijvoorbeeld dat door adolescenten altijd condoms gebruikt moeten worden, terwijl een adolescent dat zelf overbodig acht. Hierbij is er sprake van discrepantie tussen de bron en het bericht enerzijds en de ontvanger anderzijds. Tenslotte zijn bij attitudevorming en

attitudeverandering emotionele of affectieve aspecten van groot belang. Het is belangrijk dat de eerste emotionele reactie van mensen op de voorlichting positief is.

Sociale steun

De sociale vergelijkingstheorie ('social comparison'; Suls&Wills, 1991; Meertens, 1992) stelt dat mensen graag gelijk willen zijn aan anderen met betrekking tot opvattingen en graag iets beter willen zijn dan anderen met betrekking tot vaardigheden. Die anderen moeten dan wel z.g. referentiepersonen zijn. Mensen hebben de neiging zichzelf en anderen in te delen in categorieën waarbij ze zich vergelijken met groepen waarvan ze lid (zouden willen) zijn, terwijl ze zich afzetten tegen groepen waarvan ze geen lid (zouden willen) zijn (Turner, 1991). Sociale vergelijking is met name van belang wanneer objectieve informatie ontbreekt of schaars is; in zo'n geval hebben mensen de neiging zich te conformeren aan referentie-andere. Voorbeeld: iemand die zich had voorgenomen geen taart te eten tijdens een feestje, kan daarvan juist weerhouden worden door de opvattingen en het gedrag van anderen tijdens dat feestje.

Verhoging eigen-effectiviteit

Bandura's (1986) *Sociale Leer Theorie* beschouwt gedragsverandering als een vorm van leren en wel als het resultaat van observerend leren en oefenen. Door observatie van anderen leert men vaardigheden en nieuwe gedrag patronen. Door het gedrag uit te proberen leert men van de gevolgen van het gedrag. Het meeste gedrag wordt geleerd door een combinatie van observeren en doen, ondersteund door feedback en beloning. Bij het aanleren van vaardigheden is modeling, bijvoorbeeld 'verhalen' van anderen op video of in brochures/folders, een bruikbare en effectieve strategie.

Gedragsverandering

De overgang van het verhogen van eigen-effectiviteit naar gedragsverandering is niet scherp te onderscheiden. Een probleem in veel gezondheidsvoorlichting is dat positieve feedback moeilijk te geven is (Seijts e.a., 1992). Vaak zijn de uitkomsten van het gewenste gedrag nuttig op lange termijn, maar is er weinig positiefs te merken op korte termijn. Positieve feedback is echter een belangrijke beloning mensen tot gewenst gedrag aan te zetten en het ze vol te laten houden. Daarnaast is het stellen van een doel, goal setting theorie (Locke&Latham, 1991; Seijts e.a., 1992) belangrijk. Locke toont aan dat het stellen van een uitdagend doel, moeilijk maar wel haalbaar, resulteert in een betere prestatie dan het stellen van een gemakkelijk of geen doel. In voorlichtingsprogramma's die met name gericht zijn op gedragsverandering kunnen zogenaamde commitment-technieken worden gebruikt. Het gaat hier om duidelijke zichtbare stellingnames, zoals bijvoorbeeld een publiekelijk afspraak of het publiekelijk vertonen van het gewenste gedrag.

Gedragsbehoud

Gedragsbehoud is essentieel voor gezondheidsvoorlichting. Bijna alle gedragsveranderingen zijn alleen zinvol als ze gecontinueerd worden. Mensen die nieuw gedrag vertonen kunnen negatieve feedback uit de omgeving krijgen en kunnen terugvallen in hun vroegere, ongewenste gedrag. Relapse Prevention (Marlatt & Gordon, 1985) is van belang; mensen leren omgaan hoe ze het nieuwe gedrag kunnen volhouden en terugval kunnen voorkomen alsook leren omgaan met fouten ('lapses') Omdat mensen uit de doelgroep in verschillende fasen van verandering kunnen zijn, is het belangrijk om voorlichting te continueren en te herhalen (Flay e.a., 1989).

Bron:

Damoiseaux V, van der Molen HT, Kok GJ, 1993: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: 223-235, ISBN 90-232-2749-2.