



Overgewicht binnen Trajectum Hoeve Boschoord

R.G. Wolters
1-6-2010

Overgewicht binnen de instelling.

Een onderzoek naar overgewicht binnen de instelling en een manier om er voor te zorgen dat deze tot stilstand komt of wordt verminderd.

Door:	Robert G. Wolters
Werkplek:	Trajectum, stichting Hoeve Boschoord
Begeleidende docent:	Jos Hagen
Praktijkbegeleider:	Alex Loby

Voorwoord:

Binnen Nederland is er in toenemende mate veel aandacht voor overgewicht en obesitas (obesitas is een ernstig overgewicht). In Nederland heeft inmiddels veertig procent van de bevolking een overgewicht en een kleine tien procent van de bevolking heeft obesitas.¹

Binnen Hoeve Boschoord is er ook overgewicht. Volgens de laatst bekende cijfers (2007) heeft ongeveer achtenveertig procent van de cliënten een overgewicht. Dat is bijna de helft van de cliënten die op Boschoord verblijft. Dit is op zich zorgelijk, omdat de cliënten binnen onze instelling klaar gemaakt worden voor terugkeer in de maatschappij. Ze zouden moeten weten wat een goede leefstijl is.

Maar hoe komt het dat de cliënten binnen de instelling net zo ongezond leven als buiten de instelling. Of ligt het toch ergens anders aan? Hoe komen de cliënten aan een overgewicht? Dit terwijl er meer dan voldoende professioneel personeel aanwezig is, dat hierbij kan ondersteunen.

Waar komt het overgewicht binnen Hoeve Boschoord vandaan? Kunnen we het verminderen? En kan die vermindering blijvend zijn? Dit en meer is te lezen in dit verslag.

¹ (WHO, 2004 verslag over overgewicht en obesitas in de wereld)

Inhoudsopgave

Voorwoord:	3
Inhoudsopgave.....	4
Hoofdstuk 1: Inleiding.....	6
Hoofdstuk 2: Methode van werken.	7
Hoofdstuk 3: Theoretisch kader.....	8
§3.1 De instelling.....	8
§ 3.2De doelgroep.....	11
§ 3.3 Wat is overgewicht.....	13
§ 3.4 Welke aanpak is al eerder ingezet en met welke resultaat?	14
§3.5 Hoeveel cliënten hebben overgewicht?	15
§3.6 Welke factoren zorgen voor het ontstaan overgewicht binnen de instelling?	16
§3.7 Welke afvalmethoden er zijn en welke methode past bij de cliëntgroep?	19
§ 3.8 Op welke manier kunnen de disciplines, binnen Hoeve Boschoord, ondersteunen? ...	20
§3.9 Hoe kan er zorg voor worden gedragen dat het gewichtsverlies ook blijvend is?	22
Hoofdstuk 4: Resultaten.	23
§4.1 Resultaten naar aanleiding van de literatuurstudie.	23
§ 4.2 Resultaten naar aanleiding van de interviews:	23
§ 4.3 Resultaten naar aanleiding van de enquêtes:.....	24

Hoofdstuk 5: Conclusie	25
§5.1 Sociotherapie.	26
§5.2 Medische dienst.	27
§5.3 Sport.	28
§ 5.4 Overige disciplines.	28
§ 5.4.1 Psychiaters:	28
§ 5.4.2 Behandelverantwoordelijken:	28
hoofdstuk 6: Aanbevelingen	29
§ 6. 1 Project groep	29
§ 6.2 Investeren in disciplines:	30
§ 6.2.1 Sociotherapie:	30
§ 6.2.2 Sport:	31
§ 6.2.3 Medische dienst:	31
§ 6.2.4 Keuken:	31
§ 6.2.5 Winkel / sosjaalcafe:	31
Literatuurlijst	32
Praktijkbronnen:	33
Bijlagen	34
Bijlage 1; Samenvatting gesprek Medische dienst.	34
bijlage 2; Samenvatting gesprek met psychiater	36
Bijlage3; over zicht enquête	38
Bijlage 4; Uitkomst enquêtes	41

Hoofdstuk 1: Inleiding.

Zoals in het voorwoord ook al is gezegd, is er veel aandacht voor overgewicht in het algemeen. Maar ook binnen onze instelling is er overgewicht. Op veel plekken wordt het door veel mensen wel gezien dat cliënten een overgewicht ontwikkelen, echter een effectieve aanpak hiervoor is nog niet gevonden. Daarom ga ik in dit onderzoek kijken naar de volgende onderzoeksvraag:

Welke aanpak is geschikt om binnen Hoeve Boschoord het probleem van overgewicht bij cliënten zo aan te pakken dat cliënten afvallen en op een gezonder BMI uitkomen, of op zijn minst de groei van het overgewicht tot stilstand wordt gebracht.

De opdrachtgever voor dit onderzoek is dan ook Hoeve Boschoord.

Om deze vraag te beantwoorden, ga ik de volgende deelvragen beantwoorden:

- Wat is overgewicht?
- Welke aanpak is al eerder ingezet en met welke resultaat?
- Hoeveel cliënten hebben overgewicht?
- Waar ontstaat overgewicht binnen de instelling?
- Welke afvalmethoden er zijn en welke methode past bij de cliëntgroep?
- Op welke manier kunnen deze disciplines, binnen Hoeve Boschoord, ondersteunen?
- Hoe kan er zorg voor worden gedragen dat het gewichtverlies ook blijvend is?

In hoofdstuk twee, methode van werken, benoem ik op welke manier ik aan de verschillende onderzoeken heb gewerkt.

In het derde hoofdstuk, het theoretisch kader, ga ik de deelvragen, zoals eerder beschreven, beantwoorden om een helder beeld te krijgen van de huidige situatie.

Hoofdstuk vier, dat resultaten is genoemd, ga ik de antwoorden van hoofdstuk 2 gebruiken om een methode te ontwikkelen die passend bij de instelling en de doelgroep is, om te gaan met het overgewicht.

In hoofdstuk vijf wordt de conclusie getrokken aan de hand van alle informatie die aan bod is gekomen in de voorgaande hoofdstukken

Tot slot een aanbeveling aan de opdrachtgever in hoofdstuk zes, de aanbeveling. Hierin wordt een aanbeveling aan de opdrachtgever gepresenteerd.

Hoofdstuk 2: Methode van werken.

Voor het onderzoek naar overgewicht heb ik de volgende methodes gebruikt.

Voor het onderzoek naar de methodes van afvallen heb ik een literatuuronderzoek gedaan. Dit is een kwalitatief onderzoek. Ik ben via de bibliotheek en via internet op zoek gegaan naar de meest gangbare methodes om af te vallen. Ik heb hierbij gekeken of de methode geschikt is voor de doelgroep en of deze geschikt is om uit te voeren binnen een instelling

Ik heb verder ook een literatuuronderzoek gedaan naar gedragsveranderingen bij mensen met een SGLVG² probleem. Ik heb hiervoor naast de openbare bibliotheek ook de interne Boschoord bibliotheek gebruikt.

Daarnaast heb ik een aantal open interviews gehouden met verschillende mensen. Ik heb gekozen voor een open interview, omdat ik het belangrijk vind dat niet alleen de vragen die op papier geformuleerd worden, worden beantwoord, maar dat er ook zijstraten ingegaan kunnen worden om op die manier een ander inzicht in de vraag te krijgen of om een antwoord verhelderd te krijgen.

Dit is een kwalitatief onderzoek, omdat ik een aantal specifieke mensen die op een specifiek gebied ergens verstand van heeft heb geïnterviewd.

Daarnaast heb ik ook een kwantitatieve³ enquête gehouden onder sociotherapeuten. Dit heb ik gedaan door een online enquête te sturen naar alle woonafdelingen. Vervolgens heb ik deze resultaten meegenomen in mijn onderzoek.

² Zie pagina 11 voor de beschrijving van SGLVG.

³ Veel onderzoekseenheden en relatief weinig kennis per onderzoekseenheid

Hoofdstuk 3: Theoretisch kader.

Binnen het theoretisch kader ga ik de volgende punten langs. We starten met het beschrijven van de instelling. Dit, zodat duidelijk is op wat voor werkplek ik op dit moment werkzaam ben.

Daarop volgend is er een beschrijving van de doelgroep. Omdat de doelgroep waar Hoeve Boschoord mee werkt toch wel een aparte doelgroep is waar zeker rekening mee gehouden moet worden. Vervolgens ga ik de deelvragen die ik opgesteld heb beantwoorden. Het zijn de volgende deelvragen:

- Wat is overgewicht?
- Welke aanpak is al eerder ingezet en met welk resultaat?
- Hoeveel cliënten hebben overgewicht?
- Waar ontstaat overgewicht binnen de instelling?
- Welke afvalmethoden zijn er en welke methode past bij de cliëntgroep?
- Op welke manier kunnen deze disciplines, binnen Hoeve Boschoord, ondersteunen?
- Hoe kan er zorg voor worden gedragen dat het gewichtverlies ook blijvend is?

§3.1 De instelling.

De instelling waar dit onderzoek voor gemaakt is, is Hoeve Boschoord: Hoeve Boschoord is een uniek behandelcentrum op het grensvlak van gehandicaptenzorg, psychiatrie en justitie.

Hoeve Boschoord bestaat uit het forensisch psychiatrisch centrum “de Beuken” en het orthopedagogisch behandelcentrum “t Wold”. Er worden licht verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsstoornissen en psychiatrische stoornissen behandeld. In de praktijk is Hoeve Boschoord vooral het ‘dorp’ waar de tijdelijke bewoners zich thuis voelen. Een kleine samenleving op zich, met alles wat daarbij hoort. Met rechten en plichten, duidelijke regels en vrijheden. Om samen op een verantwoorde en toekomstgerichte manier te wonen, werken en leven

Stilzitten is er niet bij op Hoeve Boschoord. Herstel komt niet vanzelf; wie wat van zijn of haar leven wil maken moet er zelf hard aan werken. Investeer in cliënten en ondersteund door een team van betrokken specialisten. Psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers, orthopedagogen, psychomotore, creatieve- en dramatherapeuten, persoonlijk begeleiders, arbeidstherapeuten en leerkrachten. Hoeve Boschoord biedt zorg, rust en regelmaat en verwacht van de cliënt vooral positieve inzet terug.⁴

Overgewicht binnen de instelling,

Er wordt gewerkt met vijf verschillende fases

Fase één: Wennen

Het valt niet mee, in een nieuwe omgeving met vreemde mensen. Er wordt rustig de tijd genomen de cliënt te laten wennen aan Hoeve Boschoord en Hoeve Boschoord leert in deze tijd de cliënt kennen. Dit zodat de cliënt ook vertrouwen krijgt in zijn begeleiders. Probleemgedrag wordt in deze periode langdurig en nauwkeurig geobserveerd en in teamverband besproken. Pas daarna wordt een diagnose gesteld. Hoe verder met deze cliënt? Over die vraag buigen specialisten zich samen, elk vanuit hun eigen vakgebied. Cliënten stromen van fase één door naar fase twee. Dit zijn afdelingen die ieder een eigen specialisatie hebben. Er wordt dus een afdeling gezocht die het beste aansluit op het probleemgedrag van de cliënt.

Fase twee: Deelnemen

Horen dat het anders moet is iets anders dan er zelf van overtuigd zijn. Zonder betrokkenheid en deelname van cliënten werkt geen therapie. Daarom leren cliënten in deze fase de noodzaak en het nut in te zien van hun behandeling en, heel belangrijk, zich daar ook voor in te zetten. Motivatie is een pré voor succes. De cliënt komt in de leefgroep die bij hem of haar aansluit, met een behandelprogramma op maat.

Fase drie: Presteren

Leren en presteren staan centraal in deze periode. Elke cliënt heeft zijn eigen therapeutische leerdoelen en werkt eraan om die te realiseren. In eigen tempo, voor onbepaalde duur. Doel is niet alleen persoonlijke vaardigheden te vergroten, maar ook eigen beperkingen en negatieve gevoelens te leren accepteren.

Fase vier: Toetsen

Op de drempel van een nieuw begin leert de cliënt oefenen. Nieuw aangeleerde vaardigheden worden in praktijk gebracht in de buitenwereld. Resocialisatie en terugkeer naar de maatschappij worden zo, stap voor stap, voorbereid en begeleid. Niet alle cliënten bereiken dit stadium, zij blijven aangewezen op hulp van Hoeve Boschoord. Gezocht wordt dan naar een toekomstige, beschermde woonomgeving zoals een zorgvoorziening. ⁴

Fase vijf: Nazorg

Niemand wordt zomaar in het diepe gegooid. Hoeve Boschoord laat cliënten beslist niet aan hun lot over, als ze Hoeve Boschoord hebben verlaten. In goed overleg en naar behoefte blijft Hoeve Boschoord ook na de opname volgen en ondersteunen. Bovendien biedt Hoeve Boschoord een vierentwintiguurs heropnamegarantie. Ook dat hoort bij de afspraak.

De eerste twee fasen worden gevolgd op de Beuken. Ook wel bekend als het gesloten gedeelte. Hier zitten de deuren op slot en kan de cliënt niet zonder toestemming uit het gebouw.

Fase drie en vier vindt plaats op de Wolden ook wel de besloten (half open) afdelingen. Hier zit in fase drie en vier de buiten deur op slot, maar mag de cliënt met toestemming (al dan wel of niet begeleid) het terrein op.

Fase vijf wordt buiten Hoeve Boschoord gerealiseerd.

Verder beschikt Hoeve Boschoord over een aantal gespecialiseerde woon- en therapievormen, uitgerust voor de doelgroep die er is gehuisvest. De diverse afdelingen variëren van gesloten tot halfopen.⁴

⁴ (Trajectum, 2010 hoofdpagina)

§ 3.2De doelgroep.

De doelgroep waar Trajectum Hoeve Boschoord mee werkt zijn de zogenaamde SGLVG cliënten. SGLVG staat voor Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt. Om dit uit te leggen delen we de naam even in tweeën op, namelijk de SG en de LVG.

LVG:

Om tot de diagnose van LVG te komen moeten er aan een aantal eisen voldaan worden. De eerst betreft het IQ. Deze moet tussen de 50 en 85 zijn. Bij een hoger IQ zijn cliënten zwakbegaafd en bij een lager IQ dan zijn de cliënten MVG (Matig Verstandelijk Gehandicapt) zie onderstaand tabel.

Graad van de ernst	IQ
Diep	0 -20/25
Ernstig	20/25 – 35/40
Matig	35/40 – 50/55
Licht	50/55 – 70/75
Zwakbegaafd	70/75 -90

5

Het is lastig om exact te zeggen waar de grens tussen licht en zwak begaafd ligt, vandaar dat de graad van ernst elkaar overlapt. Het ligt ook vooral aan hoe de persoon is en op welke vlakken van het IQ er uitschieters zijn.

⁵ (Verhulst, 2003 P. 27)

Daarnaast heeft iemand die als LVG gediagnosticeerd wordt nog last van een aantal bijkomende factoren. Kraijer ⁷ heeft gesteld dat naast het IQ nog twee andere eisen worden gesteld namelijk:

- De sociale redzaamheid valt beneden de door de maatschappij verwachte norm van functioneren.
- De tekorten dienen zich voor de achttiende verjaardag geopenbaard te hebben. ⁶

Als een cliënt aan deze drie eisen voldoet, dan kan men zeggen dat er een LVG problematiek bij de cliënt is.

SG:

Het stukje SG in SGLVG staat voor sterk gedragsgestoord. Maar wat houdt dit nu in? In het boek "SGLVG: een ongekend probleem" wordt een goede opsomming gegeven van gedrag wat zichtbaar is bij een SGLVG cliënt. Het gaat dan om de volgende opsomming:

- ernstige vormen van storend gedrag,
- ernstige lichamelijke agressie tegen personen (schoppen, bijten, slaan, krabben, vechten c.q. verwondingen toebrengen),
- dwangmatigheid,
- ernstige verbale agressie (gillen, schreeuwen, schelden),
- extreem manipuleren of benadelen van de omgeving (bedreigen, uitspelen),
- ernstig destructief gedrag (vernielingen, gooien),
- zichzelf pijn doen en/of verwonden (suïcidepogingen, automutilatie),
- zeer ontremde seksualiteit (aanranding, verkrachting, pedofilie, incest),
- extreem teruggetrokken of vreemd gedrag,
- verslaving (alcohol-, drugs-, gok-),
- criminaliteit (stelen, brandstichting),
- onhanteerbaar zwerfgedrag,
- zich geheel onttrekken aan begeleiding. ⁷

⁶ (Kraijer D en Kraijer, 1995 p. 21 e.v.)

⁷ (Lege, 1993 p. 11)

§ 3.3 Wat is overgewicht.

Hoe definiëren we obesitas en overgewicht?

Overgewicht of obesitas wordt door de gezondheidsraad van Nederland als volgt gedefinieerd:

De prevalentie van overgewicht en obesitas wordt algemeen beoordeeld met behulp van body mass index (BMI), gedefinieerd als het gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters (kg/m^2). Een BMI van meer dan 25 kg/m^2 wordt gedefinieerd als overgewicht en een BMI van meer dan 30 kg/m^2 als zwaarlijvig. Deze markers voorzien gemeenschappelijke maatstaven voor de beoordeling.

Volwassen gemiddelde BMI van $22\text{-}23 \text{ kg/m}^2$ niveaus worden gevonden in Afrika en Azië, terwijl het niveau van $25\text{-}27 \text{ kg/m}^2$ heersen in Noord-Amerika, Europa, en in sommige Latijns-Amerikaanse, Noord-Afrikaanse en de Stille Oceaan-landen. BMI stijgt onder middelbare leeftijd en ouderen het meeste, die het grootste risico van de gezondheid complicaties hebben. Overvoeding gaat vaak gepaard met ondervoeding. Mensen met een BMI onder de $18,5 \text{ kg/m}^2$ hebben meestal ondergewicht.

De verdeling van de BMI is een verschuiving naar boven in tal van populaties. Recente studies hebben aangetoond dat mensen die ondervoed waren in het begin van het leven en op volwassen leeftijd met obesitas te maken krijgen, de neiging hebben om op oudere leeftijd en in ernstiger vormen ziektebeelden zoals hoge bloeddruk, hart-en vaatziekten en diabetes te ontwikkelen dan degenen die nooit ondervoed zijn geweest.⁸

⁸ (Gezondheidsraad Nederland. 2003.)

Overgewicht binnen de instelling,

§ 3.4 Welke aanpak is al eerder ingezet en met welke resultaat?

In 2007 is er begonnen met het project “bestrijding overgewicht” in hoeve Boschoord. Duidelijke resultaten van dit project ontbreken, omdat er geen cijfers bekend zijn van na het project. Wel is er de indruk (zie bijlage interview met medische dienst) dat er nog steeds veel overgewicht binnen de instelling is. Wel zijn er een aantal verbeteringen doorgevoerd. Zo zijn vooral de maaltijden iets gezonder geworden, doordat er nu niet iedere dag soep en een toetje geserveerd wordt. Tegenwoordig wordt dit afgewisseld. Dus de ene dag soep en de andere dag een toetje. Verder wordt er om de dag fruit voor de afdeling meegenomen.

In 2009 is gestart met een voedingscontroleprogramma. Dit is op verwijzing van de medische dienst en is vrijblijvend. Dit heeft tot resultaat gehad dat de mensen die gemotiveerd zijn om af te vallen hier aan mee kunnen doen op vrijwillige basis. Echter, als de cliënt het nut er niet van inziet dan hoeft deze weinig te doen met zijn overgewicht. Het wordt vooral overgelaten aan de cliënt en de begeleiding om gemotiveerd te raken.

§3.5 Hoeveel cliënten hebben overgewicht?

Exacte cijfers over hoeveel cliënten er op dit moment, 2010, zijn er niet. De getallen hierover staan allemaal in individuele elektronische documenten. Het is hierbij niet mogelijk om een hoeve Boschoord breed cijfer uit te halen. De meeste recente cijfers hierover zijn uit 2007.

Als we gaan kijken naar het overgewicht binnen hoeve Boschoord dan was dat in 2007 als volgt verdeeld:

- ongeveer 4% van de cliëntenpopulatie van Hoeve Boschoord lijdt aan zeer ernstige obesitas, BMI 40 – 70,
- ongeveer 15 % is lijdende aan een ernstige obesitas,
- 30% is lijdende aan overgewicht,
- ruim 50% van de cliëntenpopulatie heeft een gezond gewicht, BMI 19 – 25,
- ongeveer 2% van de cliëntenpopulatie is lijdende aan ondergewicht, 10 – 19 BMI.

De cijfers komen uit het jaar 2007. Een exact onderzoek is er niet, maar dit zijn cijfers die in verschillende documenten uit die tijd zijn gevonden.

Bij de afdeling onderzoek zijn geen recentere cijfers dan deze bekend. Wel beginnen ze in het najaar met een project om de middelomtrek van de cliënten te onderzoeken. Maar concrete plannen zijn er nog niet.

Bij de medische dienst, zie ook de samenvatting van het gesprek met hen in de bijlage, zijn op dit moment ook geen gegevens bekend over de gehele instelling. Wel zijn er individuele cijfers bekend. Deze staan in de patiëntdossiers, echter deze kunnen niet aan elkaar gekoppeld worden door een programma, zodat er een instellingsbreed cijfer uit komt.

§3.6 Welke factoren zorgen voor het ontstaan overgewicht binnen de instelling?

Volgens onderzoek, van: “ project bestrijding overgewicht in hoeve Boschoord”, zijn er een drietal factoren die meespelen met het ontwikkelen van overgewicht. Volgens dit project zijn dat de volgende drie factoren:

- ca. 70% van de cliënten gebruikt psychofarmaca die toename van gewicht als bijwerking hebben,
- het eetpatroon van de cliënten is van dien aard dat dit mede overgewicht veroorzaakt,
- in het bijzonder op de gesloten afdelingen hebben cliënten te weinig beweging en doen ze te weinig aan sport (“zap-cultuur”).

§3.6.1 Psychofarmaca:

Psychofarmaca is het innemen van medicatie. Dit werkt op de volgende manier:

De atypische antipsychotica of de moderne antipsychotica, maar ook antidepressiva en stemmingsstabilisatoren hebben als bijwerking het veroorzaken van overgewicht.

De bekendste antipsychotica die deze bijwerking hebben zijn:

- Zyprexa
- Clozapine

Deze middelen geven een verhoogde kans op het zogenaamde metabool syndroom. Onder dit syndroom vallen een aantal ziektebeelden welke tegelijkertijd of apart kunnen optreden. Het gaat dan om de volgende ziektebeelden:

- een hoge bloeddruk,
- verhoogd cholesterol,
- diabetes mellitus (suikerziekte)
- overgewicht,
- beenmergdepressie, vooral bij clozapine,
- verminderde zin in seks (= libidoafname) en verminderd orgasme.

Als mensen de bijwerking van overgewicht hebben dan komen ze soms in een week tijd twee tot vier kilo aan. Dit gebeurt vooral in de eerste paar weken. Na verloop van tijd stopt de gewichtstoename ook weer en stabiliseert het gewicht. Het overgewicht concentreert zich voornamelijk op de buikvetten. Wat een extra risico met zich meebrengt met de kans op hart- en vaatziekten.

Hoe dat precies komt is niet precies bekend. Wel weten we dat het te maken heeft met de huishouding in de hersenen. Antipsychotica en ook antidepressiva en stemmingsstabilisatoren hebben invloed in de hoeveelheid Dopamine en Serotonine die vrijkomt in de hersenen. Dopamine en Serotonine zijn stoffen die vrijkomen in de hersenen als onderdeel van het beloning- en bevredigingssysteem.

Het is wel bekend dat deze stoffen ook werken in het opwekken van de eetlust en er voor zorgen dat je na de maaltijd een bevredigd gevoel hebt. Mogelijk verstoort de atypische antipsychotica deze huishouding waardoor een hongergevoel wordt opgewekt. Maar hoe het precies werkt is nog niet onderzocht.

Ook hebben sommige atypische antipsychotica als bijwerking dat je een droge mond krijgt. Als gevolg hiervan gaan mensen die deze middelen innemen meer drinken dan normaal. Dus als je in plaats van water frisdrank gaat drinken, krijgt je lichaam veel suikers binnen waardoor je de symptomen ook kan ontwikkelen.⁹

In tijdschrift voor de psychiatrie staat dit goed omschreven in een artikel. In dit artikel worden de bijwerkingen van de klassieke en de moderne antipsychotica tegen elkaar afgewogen. Door het artikel zijn we ook te weten gekomen dat medicatie bij het overgewicht wel een rol speelt, maar dat deze rol niet simpel te verhelpen is door ervoor te kiezen over te stappen naar een andere medicatie. Door over te stappen naar een andere medicatie is de cliënt misschien wel minder vatbaar voor overgewicht, maar loopt hij weer andere risico's. Je komt dan in een ethische discussie terecht. Dit is op zich niet verkeerd, omdat dat inhoudt dat er goed nagedacht wordt over de voor- en nadelen van de medicatie. Echter de conclusie zal vaak zijn dat de medicatie hetzelfde blijft.¹⁰

⁹ Informatie uit een vraag gesprek met psychiater ziet: bijlage 2

¹⁰ (nieuwe versus oude antipsychotica; weinig voordelen in echte wereld, 2010)

§3.6.2 Eetpatroon:

Cliënten zijn op de instelling aardig vrij in wat ze met de maaltijd opscheppen. Er zijn geen instellingsbrede afspraken hierover, alleen afdelingsafspraken. Deze houden vaak in dat cliënten maximaal twee keer mogen opscheppen en dat het redelijke porties moeten zijn. Daarnaast krijgen de cliënten een bedrag aan zakgeld dat ze drie keer per week mogen besteden in een winkeltje op het terrein. Het winkeltje biedt voornamelijk veel snoepwaren (koek, snoep en chips) en fris (cola etc.) aan. Er is een klein hoekje met gezonde etenswaren, maar snoep en frisdranken vinden toch de grootste aftrek. Dit heeft tot gevolg dat cliënten naast hun dagelijkse maaltijden vaak ook nog een portie koek en chips binnen krijgen. Dit is een probleem dat voornamelijk op het gesloten blok speelt en hangt voor een deel samen met de derde factor. Cliënten zitten veel op hun kamer en gaan zich hier vervelen en dan is het gemakkelijk om even die zak chips of dat pak koekjes op te maken.

§3.6.3 Beweging:

Binnen de instelling is er maar een beperkte mate van beweging mogelijk. Dit heeft voornamelijk te maken met de capaciteit van sportfaciliteiten. Alle cliënten kunnen gemiddeld 1 uur per week sporten. Op zich is dit geen groot probleem op het besloten terrein. Mensen hebben hier vrijheden en kunnen zelf een blokje op het terrein lopen of gaan lopend van en naar het werk. Ze komen op die manier wel aan hun beweging. Echter op het gesloten blok zijn de afstanden van en naar het werk behoorlijk korter. Cliënten zijn binnen twee minuten wel op hun werkplek. Daarnaast hebben we alleen een binnenplaats waarvan drie keer een uur per dag per afdeling gebruik gemaakt mag worden. Niet alle cliënten maken hier gebruik van. Dit heeft tot resultaat dat de cliënten veelvuldig op de afdeling of kamer blijven. Er wordt dus minder bewogen. Dit terwijl de voedselinname wel degelijk goed is. En dan krijg je al snel het probleem dat het lichaam meer calorieën binnen krijgt dan het verbrandt en alles wat niet verbrand wordt, wordt omgezet in vet. Of met andere woorden: er wordt een overgewicht ontwikkeld.

Het is zelfs zo dat als je iedere dag 500 calorieën te veel binnen krijgt je per week 500 gram aankomt.¹¹

¹¹ (CalorieCalculator, 2008)

§3.7 Welke afvalmethoden er zijn en welke methode past bij de cliëntgroep?

Er is een veelheid aan afvalmethodes. Als je bij Google “afvallen” intypt dan krijg je alleen al 782.000 resultaten. Als je er “methodes” bijvoegt dan krijg je 7.230 resultaten. Nu zullen dit lang niet allemaal afvalmethodes zijn, maar het geeft wel aan hoeveel mensen er mee bezig zijn. Zeker de afgelopen paar jaar was afvallen veel in de publiciteit. Iedereen wilde afvallen en er waren veel mensen die er bekend mee zijn geworden. Om er een paar te noemen: Sonja Bakker, Atkins, South beach dieet, weight watchers. De lijst is bijna eindeloos. En de te volgen methode is bij iedereen anders.

Om een dergelijk dieet in te voeren in een instelling is niet handig. Je zou dan voor 250 mensen speciaal moeten koken. Dan krijgen de mensen die niet hoeven af te vallen hetzelfde dieet waarbij ze waarschijnlijk ook gaan afvallen. Maar om nu twee potjes te gaan koken is ook erg onhandig. Zeker omdat het eten nu in een warmhoudkar naar de afdeling gebracht wordt. Dan moet je dus met twee karren gaan lopen. Ook voor het keukenpersoneel is dat niet handig, omdat er dan extra veel voorbereiding nodig is. Daarnaast speelt ook het probleem van te weinig bewegen mee. Cliënten zouden dus gestimuleerd moeten worden om extra te bewegen.

In het boek “obesitas en overgewicht” wordt naast een beschrijving van het probleem en de mogelijke risico’s van obesitas en overgewicht ook een stuk behandeling van beide problemen gegeven. Volgens Zelissen(2001)¹² is afvallen niet alleen een kwestie van je voedingspatroon aanpassen, maar ook een kwestie van beweging en gedragsaanpassing.

Je moet je voedingspatroon voor de rest van je leven aanpassen. Gebeurt dit niet dan zal het overgewicht weer terugkomen, met alle risico’s die dat met zich meebrengt. Beweging is vooral belangrijk bij het vasthouden van je streef gewicht. Het is wel af te raden om, als je overgewicht hebt in één keer een uur lang intensief te sporten. Men kan dit beter langzaam maar gestaag opbouwen. Op deze manier kan het lichaam er aan wennen en heb je minder kans op blessures. Ook kun je met kleine aanpassingen al meer beweging krijgen. In het boek wordt dan genoemd: traplopen in plaats van de lift nemen of op de fiets naar de supermarkt in plaats van met de auto. Nu speelt dat niet echt mee voor de cliënten van onze instelling. Je kunt dit echter wel toepassen door cliënten als ze naar therapie gaan bijvoorbeeld een extra rondje te laten lopen.¹³

Er moet dus een methode ontwikkeld worden waarbij de cliënten die niet hoeven af te vallen niet afvallen en de cliënten die wel moeten afvallen wel afvallen. De cliënten moeten daarnaast ook meer beweging krijgen. En cliënten moeten gemotiveerd zijn om beide, dieet en beweging, te doen.

¹² (Zelissen, 2001 p. 53 e.v.)

¹³ (Zelissen, 2001 p. 70 e.v.)

§ 3.8 Op welke manier kunnen de disciplines, binnen Hoeve Boschoord, ondersteunen?

Als ik kijk naar de verschillende disciplines die aan bod zijn gekomen tijdens de interviews dan denk ik dat er een paar disciplines overblijven die kunnen ondersteunen.

En dat zijn de volgende: de medische dienst, Sociotherapie en Sport.

§3.8.1 Medische dienst

De medische dienst kan, en wil, op de volgende manier ondersteunen. Ze hebben een centrale functie in gegevens verzamelen en deze verwerken. Iedere cliënt gaat wel naar de medische dienst. De ene keer omdat ze ziek zijn en een andere keer omdat ze voor de jaarlijkse controle worden opgeroepen.

Even op de weegschaal staan of de middelomtrek meten is maar een kleine moeite meer. Deze gegevens kunnen verwerkt worden in een programma. Op deze manier worden alle gegevens gebundeld en krijg je ook een instellingsbreed inzicht in het gewicht en of de middelomtrek. Deze cijfers kunnen ook gebruikt worden om de effectiviteit van de voortgang van afvallen, zowel individueel als instelling breed, te meten.

Verder heeft de medische dienst naast het verzamelen van de gegevens ook nog een informatieve taak. De medische dienst is binnen de instelling de expert op medisch gebied. Cliënten nemen vaak eerder iets aan van een expert dan van de groepsleiding. Zij kunnen dus de cliënten, en ook Sociotherapie, van informatie voorzien over overgewicht. Men moet dan denken aan medische gevolgen en risico's van overgewicht. Als cliënten zich hier bewust van worden kunnen zij mogelijk gemotiveerder raken om af te vallen.

Daarnaast zou de medische dienst ook informatie moeten verschaffen over de eventuele bijwerkingen van medicatie aan zowel de cliënt als aan Sociotherapie. Dit omdat ze van de psychiaters de medicatie wijzigingen doorkrijgen en de medicatie uitzetten voor de afdelingen binnen de instellingen. Ook zal hier een gedeelde taak liggen samen met de psychiaters.¹⁴

¹⁴ Informatie uit een vraag gesprek met de medische dienst van hoeve Boschoord. Voor samenvatting van dat gesprek ziet bijlage 1

§3.8.2 Sociotherapie:

Sociotherapie kan de cliënten vooral ondersteunen door ze te motiveren en te activeren. Voor het motiveren is motiverende gespreksvoering een goede methode. Motiverende gespreksvoering heeft zich al op tal van gebieden bewezen.¹⁵

Bij motiverende gespreksvoering is een gesprekstijl die ervoor zorgt dat de cliënt gaat nadenken over zijn huidige situatie en daar actief verandering in wil brengen. De cliënt wil veranderen en de sociotherapeut ondersteunt hem daarbij met verschillende technieken. Het is niet de bedoeling dat de sociotherapeut de cliënt gaat dwingen om te veranderen. Dit heeft te maken met externe en interne motivatie. Als een cliënt extern gemotiveerd raakt, dat wil zeggen dat hij wil veranderen voor een ander, dan zal er sneller terugval zijn naar het oude gedrag in vergelijking tot interne motivatie, waarbij de cliënt zelf tot de conclusie komt dat hij moet veranderen.

Onderdeel van motiverende gespreksvoering is niet alleen de cliënt van informatie, over bijvoorbeeld gezondheidsrisico's en maatschappelijke acceptatie, te voorzien maar ook onvoorwaardelijke acceptatie, inleving vermogen (of empathie tonen) en uitlokken van verandertaal.

Belangrijk bij de motiverende gespreksvoering zijn de cirkels van Prochaska en DiClemente. Deze cirkels geven aan in welke fase de cliënt zich bevindt zit. Als je dit weet kan je adequaat hierop insteken met je gespreksvoering.¹⁶

§3.8.3 Sport:

Zoals al eerder gezegd, is het belangrijk dat cliënten meer in beweging komen.¹⁷ Ook volgens de collega's van de sportafdeling is het van belang dat cliënten meer in beweging komen. Zij zouden wel graag willen dat cliënten meer aan sport toekomen maar in de praktijk blijkt dat toch er moeilijk te zijn vanwege de sportfaciliteiten die de meeste dagen volgeboekt zijn. Sportinstructeurs zouden wel kunnen voorzien in het maken van schema's voor bewegingsopbouw, zodat de cliënten op een gezonde manier met minimale kans op blessures weer tot een gezonde beweging komen

¹⁵ (Miller en Rollnick, 2005)

¹⁶ (Mens en samenleving, 2006) website geef een goede uitleg over de cirkels.

¹⁷ (Zelissen, 2001). Zie eerdere verwijzingen

§3.9 Hoe kan er zorg voor worden gedragen dat het gewichtsverlies ook blijvend is?

Om er voor te zorgen dat het gewichtsverlies bij cliënten ook blijvend is, is het vooral belangrijk dat alle voorgaande punten blijvend zijn. Zo moeten cliënten periodiek gewogen worden om de vooruitgang bij te houden. Cliënten zullen moeten blijven bewegen en sporten. Ook de voeding moet aangepast worden aan de energiebehoefte van het lichaam.¹⁸

Cliënten zullen verder gemotiveerd blijven om geen overgewicht te ontwikkelen. Hun gedragsverandering moet blijvend worden. Dit is vooral een taak van Sociotherapie. Motiverende gespreksvoering kan hier goed bij ondersteunen.

¹⁸ (Zelissen, 2001 p. 39)

Hoofdstuk 4: Resultaten.

In dit hoofdstuk wordt naast de resultaten van het vorige hoofdstuk, waar de deelvragen worden beantwoord, ook de verschillende andere onderzoeken meegenomen, zoals de interviews met verschillende mensen en de enquête onder de Sociotherapie

§4.1 Resultaten naar aanleiding van de literatuurstudie.

Één van de resultaten die aan het licht kwam naar aanleiding van het beantwoorden van de deelvragen, is dat er geen gegevens bekend zijn over het huidige overgewicht binnen de instelling. Dit terwijl er wel verschillende projectgroepen zijn geweest die met het probleem van overgewicht aan de slag zijn geweest.

Het is bijna onmogelijk om te kijken of een methode goed werkt als er geen cijfers over de resultaten bekend zijn.

Wat ook naar voren kwam was dat een dieet alleen niet voldoende is om je gewicht te verminderen en er voor te zorgen dat dit gewichtverlies blijvend is. Ook belangrijk daarin is het meer gaan bewegen. En als je gaat bewegen dan moet je niet in één keer gaan bewegen maar je moet langzaam opbouwen.

§ 4.2 Resultaten naar aanleiding van de interviews:

Iets wat vooral uit de interviews blijkt is dat de meeste disciplines wel zien dat er overgewicht is bij de cliënten en dat de groep cliënten met overgewicht ook groeiende is, maar er wordt niet actief iets aan gedaan. Er zijn wel diverse projectgroepen opgezet maar deze zijn allemaal doodgebloed.

Iets positiefs is dat de wil om hier aan te werken er wel degelijk is. Tijdens de interviews kreeg ik vaak positieve reacties over het aanpakken van deze problematiek. Ook dachten de mensen die ik heb geïnterviewd actief mee in wat hun aandeel in de verandering zou kunnen zijn. Dit heeft mij wel een realistisch beeld opgeleverd van wat wel en wat niet mogelijk is.

Door het interview zijn we ook te weten gekomen dat medicatie bij het overgewicht wel een rol speelt, maar dat deze rol niet simpel te verhelpen is door ervoor te kiezen over te stappen naar een andere medicatie. Door over te stappen naar een andere medicatie is de cliënt misschien wel minder vatbaar voor overgewicht, maar loopt hij weer andere risico's. Je komt dan in een ethische discussie terecht. Dit is op zich niet verkeerd, omdat dat inhoudt dat er goed nagedacht wordt over de voor- en nadelen van de medicatie. Echter de conclusie zal vaak zijn dat de medicatie hetzelfde blijft.

Overgewicht binnen de instelling,

§ 4.3 Resultaten naar aanleiding van de enquêtes:

Als je kijkt naar de resultaten die uit de enquêtes komen dan zie je dat de score goed verdeeld is qua medewerkers uit het gesloten en het besloten gedeelte. Ook de verdeling tussen de verschillende functies is evenredig verdeeld.

De meeste afdelingen hebben plek voor acht cliënten. Als je dan kijkt naar wat de sociotherapeuten hebben gescoord op de vraag: “hoeveel cliënten met overgewicht zitten er op de afdeling?” Dan zie je dat het merendeel vindt dat er twee tot vier cliënten zijn met overgewicht. Maar het is soms wel lastig om in te schatten wie er wel of wie er geen overgewicht heeft. Zeker bij de mensen waar het niet goed zichtbaar is.

Een ander ding wat opvallend is aan de resultaten is dat respectievelijk 97% en 84% van de mensen vindt dat het overgewicht het gevolg is van ongezond eten en te weinig bewegen. Je zou dan verwachten dat men dan hier ook het meeste aan doet.

Alleen slechts 55% en 34% van de ondervraagden geeft aan actief iets te doen aan het reguleren van de hoeveelheid eten en het stimuleren tot bewegen. Wel geeft 59% van de ondervraagden aan dat ze dit wel meer willen gaan doen. 34% van de ondervraagden zou graag meer gezonde maaltijden uit de keuken ontvangen en 30% geeft aan dat ze meer gezonde dingen in het sociaalcafé en de winkel willen.

Schokkende resultaten zijn dat 11% van de ondervraagden aangeeft weinig te doen aan cliënten met een overgewicht. Daarnaast vind 55% van de ondervraagden het de schuld van de cliënt zelf dat hij een overgewicht heeft.

Hoofdstuk 5: Conclusie

In dit hoofdstuk wordt naar aanleiding van hoofdstuk 3, waarin de deelvragen beantwoord zijn, en van hoofdstuk 4, waarin resultaten worden gegeven, een conclusie getrokken uit alle informatie die is verzameld.

De opdrachtgever had de volgende vraag:

“Welke aanpak is geschikt om binnen Hoeve Boschoord om het probleem van overgewicht bij cliënten zo aan te pakken dat cliënten afvallen en op een gezonder BMI uitkomen, of op zijn minst de groei van het overgewicht tot stilstand wordt gebracht.”

Om de conclusie van dit gehele rapport overzichtelijk te maken, heb ik deze opgedeeld in vier onderdelen. De eerste drie disciplines nemen het grootste deel van de conclusie in beslag. Het laatste punt is er een voor de andere disciplines die aan bod kunnen komen bij het beperken van overgewicht. Ik ben tot de volgende vier punten gekomen:

1. Sociotherapie.
2. Medische dienst.
3. Sport.
4. Overige disciplines.

§5.1 Sociotherapie.

Dit is waarschijnlijk de belangrijkste factor binnen het hele vraagstuk. De sociotherapeut heeft dagelijks te maken met de cliënten waar het om gaat. Zij hebben dus ook invloed op de meest belangrijke factor bij de behandeling van overgewicht, namelijk de motivatie. Zonder deze motivatie is het moeilijk om ervoor te zorgen dat de cliënt wil afvallen en een gezond BMI wil behouden. Dat wordt dus een kerntaak van sociotherapie: het motiveren en gemotiveerd houden van de cliënten.

Het gemotiveerd houden van cliënten kan mijns inziens het beste door motiverende gespreksvoering. Er moeten dus trainingen binnen de instelling komen om ervoor te zorgen dat een deel van de Sociotherapie hierin is geschoold en het ook kan toepassen. Motiverende gespreksvoering is daarnaast ook goed toepasbaar in tal van andere situaties die een sociotherapeut tegenkomt op de werkvloer.

De sociotherapeut is ook de spil vanuit het oogpunt van de cliënt. De sociotherapeut geeft informatie vanuit andere disciplines door en zorgt ervoor dat deze informatie ook binnen de afdeling doorgevoerd wordt.

§5.2 Medische dienst.

De medische dienst is vanuit de organisatie gezien de spil. Alle cliënten komen wel bij de medische dienst, hierdoor zijn zij ideaal als centrale post.

Er is voor de medische dienst een aantal taken binnen deze aanbeveling weggelegd. Zij krijgen de centrale functie. Zij zorgen ervoor dat cliënten periodiek gewogen en/of gemeten worden. Deze afspraken communiceren zij met de sociotherapeut. Daarnaast zorgen zij voor verwerking van deze gegevens in een programma. In dit programma staan alle gegevens die nodig zijn voor een evaluatie van het programma. Dat houdt in dat er niet alleen periodieke gegevens van één cliënt in staan maar dat ook de gegevens instellingsbreed bekeken kunnen worden. De gegevens die in dit programma staan moeten ook ingezien kunnen worden door andere disciplines die te maken hebben met de probleemstelling.

Naast de periodieke controle van cliënten en de verwerking van deze gegevens krijgt de medische dienst nog een andere taak. Deze taak is om zowel de cliënt als de sociotherapeut te voorzien van informatie over overgewicht. Dit houdt in dat de medische dienst voorlichting geeft op cliëntniveau over overgewicht en obesitas, dus vertelt wat de risico's en gevaren hiervan inhouden.

Daarnaast houden zij een voorlichting voor sociotherapeuten, zodat zij die informatie kunnen gebruiken bij de motiverende gespreksvoering.

Ook kan de medische dienst voorlichting geven over, en eventueel voorzien in, een goed dieet, waarin wordt gekeken naar de hoeveelheid energie die een cliënt nodig heeft. Deze voorlichting kan zowel aan cliënten zijn, als aan sociotherapeuten.

§5.3 Sport.

Sport heeft hierin de taak om er voor te zorgen dat cliënten met een overgewicht een vaker per week kunnen sporten. Ook kunnen ze advies geven over meer bewegen.

Advies zou ook kunnen inhouden dat ze sociotherapeuten instructies geven, zodat zij buiten kantooruren gebruik kunnen maken van de sportzaal, waardoor cliënten meer en vaker kunnen bewegen.

Daarnaast zou Sport een opbouwschema voor cliënten met overgewicht moeten opstellen, zodat deze langzaam maar zeker weer goed aan beweging toekomen.

§ 5.4 Overige disciplines.

Onder overige disciplines kan een aantal groepen mensen verstaan worden die zijdelings te maken hebben met cliënten. Ondanks dat ze zijdelings met de cliënten te maken hebben, is het wel belangrijk dat ze ook invloed hebben op de cliënt.

§ 5.4.1 Psychiaters:

Psychiaters zouden goede voorlichting over medicatie en hun bijwerkingen moeten geven aan sociotherapeuten, zodat er gezamenlijk over de voor- en nadelen van de bijwerkingen gesproken kan worden.

Daarnaast zouden de psychiaters goed moeten communiceren met de medische dienst, zodat zij weten dat een cliënt medicatie krijgt voorgeschreven die als mogelijke bijwerking het metabool syndroom heeft. Zodoende kan de betreffende cliënt extra in de gaten gehouden worden en de cliënt op lijst voor periodieke controles komt te staan.

Ook moet de psychiater bij het voorschrijven van medicatie aan de cliënt vertellen wat de bijwerkingen zijn en op welke manier de medische dienst en sociotherapeuten ervoor gaat zorgen dat de cliënt hier zo min mogelijk last van heeft.

§ 5.4.2 Behandelverantwoordelijken:

Behandelverantwoordelijken stellen de doelen voor behandeling vast. Zij zouden hierin meer aandacht kunnen geven aan het geval van een cliënt met overgewicht. Ze zouden dit kunnen doen door een behandelgoal er op vast te zetten. Op deze manier worden sociotherapeuten en cliënten ook min of meer gedwongen om hier aan te werken.

hoofdstuk 6: Aanbevelingen

In het vorige hoofdstuk zijn er aan de hand van alle voorgaande hoofdstukken conclusies getrokken. Nu moeten de conclusies omgezet worden naar een werkend concept plan. Dit gebeurt in het komende hoofdstuk.

We hebben nu van verschillende disciplines vastgesteld wat zij zouden kunnen betekenen in het beperken van overgewicht. Alleen als iedereen weer op zijn eilandje gaat werken dan is het van weinig nut om iets op te zetten, want dan gebeurt er wat er met de voorgaande projecten over overgewicht ook gebeurd is. Het zal langzaam uitdoven. Dit terwijl het wel van belang is om deze problematiek actueel te houden.

§ 6. 1 Project groep

Als er met dit project wel succes geboekt wil worden, dan zal er een periodieke samenkomst moet komen van alle betrokken partijen. Iedere betrokken partij zal een evenredig deel moeten leveren aan het project. Dit houdt in dat er de volgende personen aanwezig zouden moeten zijn:

- **Sociotherapie:**
De sociotherapeuten zijn de belangrijkste schakel in het project. Ze zitten namelijk naast de cliënten die het betreft en hebben een duidelijk inzicht in wat wel of wat niet effectief werkt met de doelgroep. Er zullen van de verschillende onderdelen, de Beuken, 't Wold en de resocialisatie afdelingen, sociotherapeuten aanwezig moeten zijn, omdat ieder onderdeel zijn specifieke begeleidingspunten heeft.
- **De medische dienst:**
De medische dienst verzamelt alle cijfers over de cliënten met overgewicht. Zij kunnen dus feedback geven over hoe effectief het project werkt.
Daarnaast is de medische dienst op de hoogte van medische kennis van zaken van overgewicht.
- **Sport:**
Sport kan aangeven welke methodes effectief zijn op het gebied van sport. Ook kunnen zij advies geven aan Sociotherapie over hoe men het beste in beweging kan komen.
- **Keuken/winkel/ sosjaalcafe:**
De keuken Keuken/winkel/ sosjaalcafe kan samen met de overige disciplines vaststellen wat er nodig is qua voeding om er voor te zorgen dat het overgewicht naar beneden gaat.
- **Overige:**
Daarnaast kunnen op indicatie natuurlijk verschillende andere disciplines uitgenodigd worden om te vertellen over hun kennis van en of visie op overgewicht. Met kan dan denken aan een diëtiste of een behandelverantwoordelijke.

De samenkomsten zullen periodiek zijn. Dit houdt in dat er om de twee maanden een bijeenkomst is. Om de twee maanden is een goede tijdsspanne, omdat men nu niet kan verwachten dat er binnen een maand concrete resultaten zijn. Wel kan in de opstartfase vaker afgesproken worden om er zorg voor te dragen dat het gehele project soepel verloopt. In deze bijeenkomst is ruimte om de resultaten tot nu toe te bespreken en hoe de resultaten verbeterd kunnen worden. Daarnaast kan er in de bijeenkomst ook een casus besproken worden welke ingebracht wordt door één van de samenwerkende disciplines over bijvoorbeeld een moeilijk te motiveren cliënt.

De projectgroep staat onderleiding van een voorzitter. De voorzitter zal een operationeel manager zijn. De voorzitter heeft als taak dat, de bijeenkomsten gepland worden en moet de structuur waarborgen.

Daarnaast zal er een notulist aanwezig zijn die niet zelf aan de projectgroep deelneemt. De notulist houdt zich alleen bezig met het notuleren van de bijeenkomst. Op deze manier kunnen alle deelnemers van de bijeenkomst zich concentreren op de kernpunten van de bijeenkomst en zijn ze er met hun volle aandacht bij.

De projectgroep legt verantwoording af naar de raad van bestuur over behaalde resultaten. Met de resultaten die bijgehouden worden kan gekeken worden hoe effectief de projectgroep is.

§ 6.2 Investeren in disciplines:

Daarnaast zal er bij de verschillende disciplines geïnvesteerd moeten worden.

§ 6.2.1 Sociotherapie:

Om er voor te zorgen dat cliënten gemotiveerd raken, voor het werken aan hun overgewicht en daarna om er voor te zorgen dat cliënten hun gewicht ook behouden, zal Sociotherapie een grote rol spelen. Sociotherapie kan hier adequaat ondersteund worden als ze getraind worden in motiverende gespreksvoering. Binnen de Sociotherapie zal de nadruk van deze training op de persoonlijk begeleiders gelegd kunnen worden, omdat deze over het algemeen goede behandel relaties onderhouden met hun cliënt.

§ 6.2.2 Sport:

Om er voor te zorgen dat de cliënten met overgewicht kunnen bewegen onder professioneel toezicht, zal er geïnvesteerd moeten worden in de sportfaciliteiten. Dit houdt in dat er een sportinstructeur aangetrokken wordt die ervaring heeft met het laten bewegen van cliënten met een overgewicht. Daarnaast zal er ook geïnvesteerd moeten worden in sportruimte, dit omdat de huidige sportruimtes bijna allemaal volledig volgeboekt zijn en er dus weinig tot geen plek is om onder professionele begeleiding te bewegen.

§ 6.2.3 Medische dienst:

Bij de medische dienst moet een programma komen waar de gegevens die zij verzamelen in verwerkt kunnen worden. Hetzij een programma welke gekoppeld is aan het patiëntdossier en die de gegevens hier uit haalt. Of anders een apart programma waar deze gegevens in verwerkt worden. Dit is een belangrijk punt, omdat men aan de hand aan deze gegevens het succes van het project kan vast stellen.

Daarnaast zal er geïnvesteerd moeten worden in middelen om deze gegevens te verzamelen.

§ 6.2.4 Keuken:

Men zou in de keuken moeten kijken naar de porties die naar de afdelingen gaan. Men zal dit beter kunnen afstemmen op de behoefte van de cliënten. Ook zou er gezonder gekookt kunnen worden.

§ 6.2.5 Winkel / sosjaalcafe:

Men zal hier moeten investeren in het aanbod. Meer gezondere producten en minder ongezonde producten.

Literatuurlijst

CalorieCalculator. 2008. caloriecalculator. <http://www.caloriecalculator.nl/calorieen-verbranden/>. [Online] caloriecalculator, 2008. <http://www.caloriecalculator.nl/calorieen-verbranden/>.

gezondheidsraadNederland. 2003. *overgewicht en obesitas*. Den Haag: gezondheidsraad, 2003.

Kraijer D en Kraijer, D.W. 1995. *Handboek autismespectrumstoornissen en verstandelijke beperking*. 1995. 90 2651 7440 .

Lege, Peter Koedoot Wietse de. 1993. *SGLVG: een ongekend probleem*. Utrecht : Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1993. 9052530939.

Mens en samenleving 2006. Cirkelfasen van gedragsverandering prochaska en DiClemente. *mens en samenleving*. [Online] mens en samenleving, 2006. <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/diversen/34923-cirkelfasen-van-gedragsverandering-prochaska-en-diclemente.html>.

nieuwe versus oude antipsychotica; weinig voordelen in echte wereld. **P.F.J. Schulte, J.P.A.M Bogers, A. Steenhoek. 2010.** 2010/3, Zoetermeer : de tijdstroom, 2010, Vol. 52. 03037339.

Rollnick, W.R. Miller en S. 2005. *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem : Uitgeverij Ekklesia, 2005. 9075569394.

Trajectum. 2010. Hoeve Boschoord. *Trajectum, Hoeve Boschoord*. [Online] Trajectum, Hoeve Boschoord, 01 01 2010. [Citaat van: 1 3 2010.] <http://www.hoeveboschoord.nl/boschoord/index.php>.

Verhulst, Frank C. 2003. *inleiding in de kinder en jeugd psychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2003. 9023228359.

WHO. 2004. WHO obesity facts. *Word Health Organsastion*. [Online] Word Health Organsastion, 2004. http://translate.google.nl/translate?js=y&prev=_t&hl=nl&ie=UTF-8&layout=1&eotf=1&u=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdietphysicalactivity%2Fpublications%2Ffacts%2Fobesity%2Fen%2F&sl=en&tl=nl.

Zelissen, Pierre M.J. 2001. *Obesitas en overgewicht*. Wormer : Inmerc bv, 2001. 9066110872.

Praktijkbronnen:

Medische dienst hoeve Boschoord, verpleegkundigen:	N. Schutgens, A. Bel, I. Veldhuis en N. Vellinga
Psychiater / arts:	P. de Mon
Sociotherapie:	Diverse Persoonlijkbegeleiders en (assistent)groepsleiders. (door middel van een enquête)

Bijlagen

Bijlage 1; Samenvatting gesprek Medische dienst.

Ik ben bij de medische dienst geweest om hen te interviewen over hoe zij denken over overgewicht, wat zij er op dit moment aan doen en wat zij er graag in de toekomst aan willen doen. Bij dit gesprek waren aanwezig als verpleegkundige Noël, Agnes en Irene.

1. Hoe denkt de medische dienst over overgewicht?

De verpleegkundigen van de medische dienst zien overgewicht bij cliënten een steeds groter probleem worden. Er zijn steeds meer cliënten die een overgewicht hebben. Het is voor hen best frustrerend dat er in verhouding te weinig aandacht aan besteed wordt binnen de instelling. Ook zijn niet alle cliënten en begeleiding op de hoogte van de mogelijke risico's van overgewicht.

Niet alle cliënten en begeleiders zijn gemotiveerd om af te vallen.

2. Wat doet de medische dienst op dit moment aan overgewicht?

Op dit moment wordt er bij de opname van een cliënt een soort van nulmeting gehouden. De lengte, het gewicht en de buikomvang worden opgemeten om op die manier een inzicht te krijgen in een eventueel overgewicht. Als deze gegevens niet in een risicofactor vallen, wordt er voor de rest weinig mee gedaan. Het wordt dan in het patiëntdossier neer gezet. Mocht een cliënt in een risicofactor vallen, doordat hij of zij bijvoorbeeld een hoge BMI heeft, een grote buikomvang of diabetes is, dan wordt er een controleprogramma opgezet. Daarbij moet de cliënt iedere drie à vier weken terugkomen bij de medische dienst om de gegevens bij te werken. Ook worden er dan tips gegeven om af te vallen. Als de cliënt gemotiveerd is dan kan hij of zij een voedingsprogramma krijgen. Dit houdt in dat een cliënt een voorbeeld krijgt van wat hij per dag op welk moment mag eten en de cliënt krijgt dan een aangepast dieet vanuit de keuken.

Er zijn geen recente gegevens bekend over het gemiddelde gewicht of gebundelde gegevens van cliënten. Alles staat in patiëntdossiers.

Wel wordt er op dit moment gewerkt aan een screeningsprogramma waarbij alle cliënten bij de medische dienst moeten komen om te kijken of de gegevens van de nulmeting bij opname nog kloppen en of er eventueel een overgewicht of andere klachten ontwikkeld zijn.

3. Op welke manier zou de medische dienst in de toekomst willen ondersteunen bij de bestrijding van overgewicht?

De medische dienst zou wel graag meer willen doen in de bestrijding van overgewicht. Zij zouden dit willen doen door voorlichting te geven aan cliënten en begeleiding over de gevaren van overgewicht. Ze willen een betere informatievoorziening op de medische dienst richting de cliënten en begeleiding.

Ook zouden zij graag de psychiaters willen ondersteunen met goede voorlichting en er voor zorgen dat ze in sommige gevallen, bij cliënten met dikmakende medicatie, het overgewicht voor kunnen zijn.

Ze willen dus meer preventief werken door het overgewicht voor te zijn.

Ze zouden ook graag een beter inzicht hebben in de overige disciplines als bijvoorbeeld sport, om te zien wat zij aan de behandeling van overgewicht doen. En hoe de medische dienst hen kan ondersteunen en visa versa.

Ze zouden verder graag wat meer middelen voor handen hebben om een eventueel overgewicht te constateren. Men moet dan denken aan een vetmeter. Wat ze ook belangrijk vinden is dat er een centraal programma komt waarin niet alleen per cliënt het gewicht, lengte, buikomvang en eventueel vet percentage komt te staan maar dat dit ook Boschoord breed bekeken kan worden. Een programma waar de voortgang van cliënten, zowel individueel als instellingsbreed, bekeken kan worden. Op deze manier kunnen ze dan ook zien of de methodes die ze gebruiken effectief zijn. Dit programma zou dan ook door de medewerkende disciplines ingekeken en bewerkt moeten worden. Op deze manier kan er gezamenlijk aan een cliënt en aan het overgewicht binnen de instelling gewerkt worden.

bijlage 2; Samenvatting gesprek met psychiater

Ik ben bij de psychiater van onze afdeling, Petra de Mon, geweest. Om met haar te praten over mogelijke medicamenteuze bijwerkingen die overgewicht veroorzaken.

Zijn er medicatie die overgewicht als bijwerking hebben?

Ja, deze die zijn er. Dit zijn voornamelijk de atypische antipsychotica of de moderne antipsychotica. Maar ook antidepressiva en stemmingsstabilisatoren hebben deze bijwerkingen. De bekendste antipsychotica die deze bijwerking hebben zijn:

- Zyprexa ,
- Clozapine.

Deze middelen geven een verhoogde kans op het zogenaamde metabool syndroom. Onder dit syndroom valt een aantal ziektebeelden welke tegelijkertijd of apart kunnen optreden. Het gaat dan om de volgende ziektebeelden:

- een hoge bloeddruk,
- verhoogd cholesterol,
- diabetes mellitus (suikerziekte) en
- overgewicht,
- beenmergdepressie, in het bijzonder bij clozapine,
- verminderde zin in seks (= libidoafname) en verminderd orgasme.

Als mensen de bijwerking van overgewicht hebben dan komen ze soms in een week tijd twee tot vier kilo aan. Dit gebeurt vooral in de eerste paar weken. Na verloop van tijd stopt de gewichtstoename en stabiliseert het gewicht. Het overgewicht concentreert zich voornamelijk op de buikvetten, wat een extra risico met zich meebrengt in de kans op hart- en vaat ziekten.

Hoe komt het dat deze middelen deze symptomen geven?

Hoe dat precies komt, is niet precies bekend. Wel weten we dat het te maken heeft met de huishouding in de hersenen. Antipsychotica en ook antidepressiva en stemmingsstabilisatoren hebben invloed in de hoeveelheid Dopamine en Serotonine die vrijkomt in de hersenen. Dopamine en Serotonine zijn stoffen die vrijkomen in de hersenen als onderdeel van het belonings- en bevredigingssysteem.

Het is wel bekend dat deze stoffen ook werken in het opwekken van de eetlust en er voor zorgen dat je na de maaltijd een bevredigd gevoel hebt.

Mogelijk verstoort de atypische antipsychotica deze huishouding waardoor een hongergevoel wordt opgewekt. Maar hoe het precies werkt is nog niet onderzocht.

Ook hebben sommige atypische antipsychotica als bijwerking dat je een droge mond krijgt. Als gevolg hiervan gaan mensen die deze middelen innemen meer drinken dan normaal. Dus als je in plaats van water frisdrank gaat drinken krijgt je lichaam veel suikers binnen, waardoor je de symptomen ook kan ontwikkelen.

Overgewicht binnen de instelling,

Als de atypische antipsychotica deze bijwerkingen hebben waarom stappen we dan niet weer terug naar de klassieke antipsychotica?

Dat is een lastige vraag. Bij deze vraag kom je in een ethisch dilemma.

Om te beginnen eerst wat over het verschil met normale mensen en schizofrene cliënten. Deze mensen hebben een verhoogd sterftcijfer van ongeveer 20%. Wat inhoudt dat 20% van de mensen met schizofrenie vroeger overlijdt dan de gemiddelde persoon. Daarbij komt dat iemand met schizofrenie ook leeft als iemand die twintig jaar ouder is, met de daarbij behorende risico's. Iemand van veertig jaar met schizofrenie heeft dus eigenlijk de lichamelijke leeftijd van iemand van zestig en de daarbij behorende lichamelijke risico's.

De atypische antipsychotica hebben dus, zoals we net hebben beschreven, bijwerkingen. Maar deze atypische antipsychotica zijn indertijd ontwikkeld, omdat de klassieke antipsychotica ook bijwerkingen hadden. Deze bijwerkingen zijn:

- abnormale bewegingen (= dyskinesie), ook van lippen en tong,
- tardieve dyskinesie (na langdurig gebruik: abnormale bewegingen in het gelaat, waaronder smakkende en kauwende bewegingen.),
- spierkramp,
- spierstijfheid,
- rusteloosheid (= akathisie),
- hormonale aandoeningen door verhoging van het prolactine gehalte van het bloed: o.a. borstvergroting en melkafgifte (ook bij mannen); verstoorde/onderdrukte menstruatie,
- verminderde zin in seks (= libidoafname) en verminderd klaarkomen.

Omdat deze bijwerkingen toch wel zeer ernstig zijn en voor erg veel ongemak zorgen voor de gebruiker, werd er op zoek gegaan naar antipsychotica die minder bijwerkingen hebben. Uit dit onderzoek kwam de atypische antipsychotica of moderne atypische antipsychotica. Later bleek dat deze ook bijwerkingen had, maar dan op een ander gebied.

Bij beide types antipsychotica heb je dus bijwerkingen. Het is dan de vraag waar je voor gaat kiezen. Daarbij moet gezegd worden dat iedereen anders reageert op medicatie. De een reageert beter op klassieke en de ander reageert beter op atypische antipsychotica.

Een feit is wel dat ondanks dat de bijwerkingen van beide types antipsychotica men vaak beter af is met de medicatie dan zonder de medicatie en dat je moet kijken naar welke bijwerkingen voor de gebruiker het minst erg zijn.

Bijlage3; over zicht enquête

Overgewicht binnen de instelling

Binnen Nederland is er in toenemende mate veel aandacht voor overgewicht en obesitas (obesitas is een ernstig overgewicht). In Nederland heeft inmiddels veertig procent van de bevolking een overgewicht en een kleine tien procent van de bevolking heeft obesitas. (WHO, 2004)

Ook binnen de instelling is er overgewicht. Volgens de laatste bekende cijfers (2007) heeft ongeveer achtenveertig procent van de cliënten binnen Hoeve Boschoord een overgewicht. Dat is bijna de helft van de cliënten die op Boschoord verblijft. Dit is op zich zorgelijk, omdat de cliënten binnen onze instelling klaar gemaakt worden voor terug keer in de maatschappij. Ze zouden moeten weten wat een goede leefstijl is. Maar hoe komt het dat de cliënten binnen de instelling net zo ongezond leven als buiten de instelling. Of ligt het toch ergens anders aan? Hoe komen de cliënten aan een overgewicht? Dit terwijl er meer dan voldoende professioneel personeel aanwezig dat hier bij kan ondersteunen.

Start

Pagina: 2

Overgewicht binnen de instelling



1.

Op welke locatie binnen Hoeve Boschoord bent u werkzaam *



De Beuken (gesloten blok)



't wold (besloten blok)



Overgewicht binnen de instelling,



2.

Welke functie heeft u binnen uw afdeling? *

- ☐ Persoonlijk begeleider
- ☐ Groepsleider
- ☐ Assistent-groepsleider



3.

Als u kijkt naar de Cliënten die op uw afdeling verblijven. Hoeveel van deze cliënten hebben een overgewicht? *

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9



Overgewicht binnen de instelling,

4.

Op welke manier ondersteund u op dit moment bij het verminderen van overgewicht bij cliënten? *



5.

Op welke manier zou u cliënten willen ondersteunen bij het verminderen van overgewicht? (u kunt hier ook middelen die u wilt gebruiken neer zetten) *



6.

Wat is volgens u de mogelijke oorzaak van overgewicht van cliënten?

- ☐ Medicatie.
- ☐ Te veel ongezond eten.
- ☐ Te weinig beweging.
- ☐ Aanleg tot dik worden.



7.

Wie is er volgens u verantwoordelijk voor het (eventuele) overgewicht van cliënten? *

- ☐ De Instelling (in zijn geheel)
- ☐ De Afdeling (of het personeel van de afdeling)
- ☐ De Cliënt zelf

Bijlage 4; Uitkomst enquêtes

De meerkeuze antwoorden:

Op welke locatie binnen Hoeve Boschoord bent u werkzaam?

Keuze:

De Beuken (gesloten blok)



percentage

23 (53.3 %)

't Wold (besloten blok)



21 (47.7 %)

n = 44

44

Welke functie heeft u binnen uw afdeling?

Keuze:

Persoonlijk begeleider



percentage

24 (54.55 %)

Groepsleider



18 (40.91 %)

Assistent-groepsleider

2 (4.55 %)

n = 44

44

Als u kijkt naar de Cliënten die op uw afdeling verblijven. Hoeveel van uw cliënten heeft een overgewicht?

keuze:

1



percentage

4 (9.09 %)

2



8 (18.18 %)

3



15 (34.09 %)

4



8 (18.18 %)

5



4 (9.09 %)

6



1 (2.27 %)

7



4 (9.09 %)

8



0 (0 %)

9



0 (0 %)

n = 44

44

Wat is volgens u de mogelijke oorzaak van overgewicht van cliënten?
(meerkeuze antwoord)

keuze:

Medicatie.



percentage

28 (63.64 %)

Te veel ongezond eten.



43 (97.73 %)

Te weinig beweging.



37 (84.09 %)

Aanleg tot dik worden.



9 (20.45 %)

n = 44

117

Wie is er volgens u verantwoordelijk voor het (eventuele) overgewicht van cliënten?

keuze:

De Instelling (in zijn geheel)		percentage 14 (31.82 %)
De Afdeling (of het personeel van de afdeling)		6 (13.64 %)
De Cliënt zelf		24 (54.55 %)

n = 44
44

Resultaten van de open vragen:

(Antwoorden met de zelfde strekking zijn gebundeld)

Op welke manier ondersteunt u op dit moment bij het verminderen van overgewicht bij cliënten op uw afdeling?

antwoord	aantal keer gegeven	
porties van eten reguleren	24	55%
wijzen op gezonde alternatieven	13	30%
stimuleren tot bewegen	15	34%
motiveren tot gezonder eten	4	9%
niks	5	11%
adviseren	10	23%

n = 44
44

Op welke manier zou u cliënten willen ondersteunen bij het verminderen van overgewicht bij cliënten op uw afdeling?

antwoord	aantal keer gegeven	
meer sporten / bewegen	26	59%
meer aanbod van gezonde spullen in winkel / sosjaalcafe	13	30%
bewuster maken van ongezonde leefstijl	4	9%
gezondere maaltijden van uit de keuken	15	34%
hulp van een diëtiste	1	2%
cliënten meer motiveren	6	14%
niks	2	5%
vaker controle op gewicht	1	2%

n = 44
44

Legenda:

n = aantal respondenten dat de vraag heeft gezien

= aantal ontvangen antwoorden

Overgewicht binnen de instelling,

