

ADVIESRAPPORT

*Integrale aanpak bij kinderen en jongeren met overgewicht,
in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar*



**PRAKTIJK VOOR WELZIJN,
MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING EN THERAPIE**



ADVIESRAPPORT

Advies bij het opzetten van een integrale aanpak, bij kinderen en jongeren met overgewicht, in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar

Lisette van Mourik

Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Willianne van Os

Maatschappelijk Werk- en Dienstverlening

Stichting Elan

Opdrachtgevers: Margreet van Dongen en Tom van den Belt

Christelijke Hogeschool Ede

Afstudeerbegeleider: Timo Jansen

Eerste beoordelaar: Annemiek Stam-Hoogstrate

Inleverdatum:

30 juni 2015

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag waaruit een integrale aanpak moet komen te bestaan, om overgewicht bij kinderen en jongeren in Barneveld in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen. Dit onderzoeksverslag is geschreven in het kader van ons afstuderen van de opleidingen Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) en Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) aan de Christelijke Hogeschool te Ede. Vanaf 18 februari 2015 tot en met 30 juni 2015 zijn wij bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van dit onderzoeksverslag.

Ons onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van Stichting Elan. Deze Stichting is werkzaam in Barneveld. Stichting Elan is een christelijke praktijk voor welzijn, maatschappelijk dienstverlening en therapie. Elan heeft een breed en gevarieerd aanbod en kan bij een breed scala aan hulpvragen ondersteuning bieden, zonder te verwijzen naar andere instellingen of organisaties. Van sociale vaardigheidstraining aan jongeren tot opvoedingsondersteuning, van een gespreksgroep rouw tot hulp bij relatieproblemen, van individuele begeleiding tot outreachende hulp.

In samenwerking met onze opdrachtgevers en onze coach vanuit school, zijn de vraagstellingen tot stand gekomen. Wij hebben verschillende professionals in Barneveld geïnterviewd, om zicht te krijgen op de behoeften van professionals als het gaat om het opzetten van een integrale aanpak en het handelen vanuit hun functie, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar, met overgewicht. Vervolgens hebben we ouders geïnterviewd, om te kijken waar hun behoeften liggen als het gaat om het reduceren en voorkomen van overgewicht van hun kind.

Overgewicht is de laatste jaren een actueel thema dat in verschillende media ter sprake gebracht wordt. Zowel landelijk als gemeentelijk, zoals binnen de gemeente Barneveld, wordt overgewicht gezien als een groeiend gezondheidsprobleem. De stijgende lijn van kinderen en jongeren met overgewicht wordt door verschillende instanties en professionals in Barneveld signaleerd, wat ertoe geleid heeft dat er behoefte is aan een integrale aanpak, om overgewicht te reduceren en te voorkomen. Dit vormt de aanleiding voor ons afstudeeronderzoek. Met oog op onze minoren Pedagogiek en Jeugdzorg en onze persoonlijke interesses, hebben wij dit onderzoek uitgevoerd.

Dit verslag is tot stand gekomen met de medewerking van verschillende personen. Onze dank gaat uit naar de professionals en de ouders. Wij willen hen bedanken voor hun open houding. Hierdoor hebben wij veel relevante informatie verkregen voor dit onderzoek. Tevens bedanken wij onze opdrachtgevers vanuit Stichting Elan, Tom van den Belt en Margreet van Dongen, voor hun positieve en opbouwende feedback, begeleiding en positieve houding. Als laatste gaat onze dank uit naar Timo Jansen, onze afstudeerbegeleider vanuit de Christelijke Hogeschool Ede. Wij danken hem voor zijn kritische blik op ons werk en opbouwende feedback ter verbetering van het onderzoek.

Wij hopen dat dit onderzoeksverslag jullie nieuwe inzichten zal geven.

Lisette van Mourik en Willianne van Os

Waardenburg, 30 juni 2015.

Samenvatting

In dit onderzoeksverslag zijn we ingegaan op de vraag waaruit een integrale aanpak moet komen te bestaan, die Stichting Elan in samenwerking met andere organisaties in Barneveld en omgeving in kan zetten, om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar, te reduceren en te voorkomen. Het onderzoeksverslag begint met een methodologische deel waarin de verantwoording van de context wordt weergegeven.

Vervolgens hebben we onderzocht wat er al bekend is over overgewicht, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Allereerst wordt er een definiëring van overgewicht gegeven. Vervolgens zijn we ingegaan op de methode om te bepalen wanneer er sprake van overgewicht is, namelijk de Body Mass Index (BMI). We hebben gekeken naar de factoren die een rol kunnen spelen, bij het ontstaan van overgewicht. Het gaat om de volgende factoren: psychologische factoren, perinatale factoren (rondom de geboorte), erfelijke factoren, omgevingsfactoren (risicofactoren op het niveau van ouders en het gezin, honger en verzadiging en risicofactoren op het niveau van de omgeving), socio-demografische factoren (sociaaleconomische positie en diversiteit in eetculturen), medische factoren, weinig slapen en beweging. Ook zijn we ingegaan op de gezondheidsrisico's en de psychosociale gevolgen, die het hebben van overgewicht zowel op korte- als op lange termijn, met zich mee kan brengen.

Kinderen kunnen erg gepest worden vanwege hun overgewicht. Ze kunnen hierdoor onzeker worden, verminderd zelfvertrouwen krijgen en zelfs depressief worden. Het is daarom van groot belang om overgewicht op jonge leeftijd te voorkomen en te reduceren bij kinderen die al overgewicht ontwikkeld hebben. Dit preventieve gedachtegoed is terug te zien in de middelen en interventies die ontwikkeld zijn om overgewicht bij kinderen en jongeren, te reduceren en te voorkomen. Er is een overzicht te vinden van de al ontwikkelde interventies en middelen. Daarnaast zijn we ingegaan op maatschappelijke initiatieven zoals het 'Convenant Gezond Gewicht', wat later doorgegaan is als 'Stichting Jongeren Op Gezond Gewicht' (JOGG). Andere maatschappelijk ontwikkelde initiatieven die er vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gestart zijn, zijn: de interventie 'Hallo Wereld', de 'Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid', het 'Partnerschap Overgewicht Nederland' en diverse landelijke campagnes als 'de Balansdag' van het Voedingscentrum. Verder wordt er ingegaan op het onderscheid wat er in interventies te maken valt (preventieve en curatieve interventies) en worden er enkele behandelprincipes weergegeven.

[BETROKKENHEID VAN OUDERS IS VAN ESSENTIEEL BELANG BIJ DE BEHANDELING]

Door middel van diepte-interviews hebben we onderzocht waar professionals behoefte aan hebben, als het gaat om het opzetten van een integrale aanpak. Deze aanpak moet minimaal bestaan uit drie componenten: een diëtist(e), een orthopedagoog of psycholoog en een kinderfysiotherapeut. Uit onderzoek is gebleken dat de samenwerking van deze drie disciplines de meest succesvolle aanpak is. Daarnaast ligt er een belangrijke signaleringsrol weggelegd voor een huisarts en schoolarts of jeugdverpleegkundige. Ouders geven aan behoefte te hebben aan praktische tips en adviezen om overgewicht bij hun kind aan te pakken. Het is belangrijk dat er ruimte is voor de ideeën van ouders en dat er op een serieuze manier omgegaan wordt met het overgewicht van hun kind. Dit zorgt ervoor dat ouders sneller intrinsiek gemotiveerd raken, wat vervolgens de kans op een succesvolle afloop van een behandelprogramma vergroot.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Hoofdstuk 1: het methodologische deel.....	7
Inleiding	7
1.1 Onderwerp en instelling.....	7
1.2 Vraagstelling en richtgevende onderzoeksvragen	9
1.3 Doelstelling.....	9
1.4 Doelgroep	10
1.5 Resultaten.....	10
1.6 Type onderzoek	10
1.6.1 Dataverzameling.....	11
1.6.2 Risico's dataverzameling	11
1.7 Interviews	12
1.7.1 Werkwijze interviews	12
1.7.2 Uitvoering interviews	12
1.8 Conclusies en aanbevelingen	13
Hoofdstuk 2: Wat is er bekend over overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar?	14
Inleiding	14
2.1 Definitie van overgewicht en obesitas	14
2.2 Percentages overgewicht	14
2.3 Methoden om overgewicht te bepalen.....	16
2.4 Mogelijke oorzaken voor het ontstaan van overgewicht.....	17
2.4.1 Psychologische factoren	17
2.4.2 Perinatale factoren.....	19
2.4.3 Erfelijke factoren	19
2.4.4 Omgevingsfactoren	20
2.4.5 Sociaal-demografische factoren.....	21
2.4.6 Medische factoren.....	22
2.4.7 Weinig slapen	23
2.4.8 Beweging	23
2.5 Mogelijke gevolgen van overgewicht.....	24
2.5.1 Gezondheidsrisico's.....	24
2.5.2 Psychosociale gevolgen	24

2.5.3 Economische en maatschappelijke gevolgen	25
2.6 Samenvatting	25
Hoofdstuk 3: Welke middelen zijn er al ontwikkeld om overgewicht te reduceren en te voorkomen?	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Maatschappelijke initiatieven	27
3.3 Preventieve en curatieve interventies	28
3.3.1 Preventief ingrijpen	28
3.3.2 Behandelprincipes	29
3.3.3 Apps	29
3.4 Specifieke interventies	29
3.5 Conclusie	33
Hoofdstuk 4: Waar hebben de professionals behoefte aan als het gaat om het opzetten van een integrale aanpak en hoe handelen zij vanuit hun functie, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar met overgewicht?	34
Inleiding	34
4.1 Interviews	34
4.1.1 Kinderarts ziekenhuis Gelderse Vallei	34
4.1.2 Zorgcoördinator praktijkonderwijs	37
4.1.3 Kinderfysiotherapeut	38
4.1.4 Diëtist(e)	40
4.1.5 Huisarts	41
4.1.6 Schoolmaatschappelijk werker speciaal onderwijs	42
4.1.7 Schoolmaatschappelijk werker middelbare scholen	43
4.1.8 Sociaal verpleegkundige Jeugdgezondheidszorg	43
4.1.9 Intern begeleider basisschool	44
4.2 Conclusie	44
Hoofdstuk 5: Waar hebben ouders van kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar behoefte aan, als het gaat om het reduceren en voorkomen van overgewicht?	46
Inleiding	46
5.1 Interviews	46
5.1.1 Eerste contact en aanpak	47
5.1.2 Eetgedrag	48
5.1.3 Bewegen	49
5.1.4 Medische klachten	49
5.1.5 Behoeften	50
5.1.6 Omgang	51

5.1.7 Behandelprogramma.....	52
5.1.8 Beleving	52
5.1.9 Advies	52
5.2 Conclusie	53
Hoofdstuk 6: Welke organisaties moeten er op gemeentelijk niveau betrokken worden bij het ontwikkelen van een integrale aanpak?	55
Inleiding	55
6.1 Integrale aanpak.....	55
6.1.1 Drie componenten.....	55
6.1.2 Participatie van de betrokkenen	56
6.2 Organisaties integrale aanpak	57
6.2.1 Vier belangrijkste disciplines	57
6.2.2 Vertaalslag naar Barneveld.....	58
6.2.3 Oppakken regisseursrol.....	59
6.3 Conclusie en aanbevelingen	60
Hoofdstuk 7: Conclusie en aanbevelingen	62
Inleiding	62
7.1 Conclusie	62
7.2 Aanbevelingen	64
Hoofdstuk 8: Evaluatie en discussie	66
Inleiding	66
8.1 Evaluatie	66
8.1.1 Productevaluatie	66
8.1.2 Procesevaluatie	67
8.2 Discussie	68
Bibliografie	70
Bijlage 1: Indeling interviews professionals	77
Bijlage 2: Interviewprotocol professionals	78
Bijlage 3: Indeling interviews ouders	79
Bijlage 4: Interviewprotocol ouders	80
Bijlage 5: Topiclijst diepte-interviews	81
Bijlage 6: Labelsysteem professionals en ouders.....	83
Bijlage 7: Begrippenlijst	86

Hoofdstuk 1: het methodologische deel

Inleiding

Het eerste hoofdstuk bestaat uit het methodologische deel. Hierin beschrijven wij de verantwoording van de context. In dit hoofdstuk introduceren we onze opdrachtgever en wordt duidelijk met welk afstudeeronderwerp we aan de slag gaan. We zullen ingaan op de vraagstelling en de daarbij horende richtinggevendende onderzoeksvragen. Tevens worden de doelstellingen, de doelgroep, de resultaten, de beschrijving en verantwoording van de onderzoeksmethoden weergegeven.

1.1 Onderwerp en instelling

Overgewicht wordt wereldwijd gedefinieerd als een sterk groeiend gezondheidsprobleem. Overgewicht brengt een aantal risico's met zich mee. Uit onderzoek is gebleken dat kinderen met overgewicht relatief vaak als volwassenen overgewicht zullen behouden. Het vergroot door overbelasting van de gewrichten het risico op artrose, diabetes, hart- en vaatziekten en gewrichtsproblemen. Maar ook psychische problemen kunnen het gevolg zijn van overgewicht. Kinderen kunnen erg gepest worden. Ze kunnen hierdoor erg onzeker worden, last krijgen van weinig zelfvertrouwen en zelfs depressief worden (*Vos, z.d.*). Het is daarom van groot belang om overgewicht op jonge leeftijd te voorkomen en te reduceren bij kinderen die al overgewicht ontwikkeld hebben (*Vos, & van der Wolde, 2012, p. 7*). Het is daarom van belang dat dit probleem word aangepakt. De vraag is hoe dit gerealiseerd kan worden. Dit is de vraag waar we voor Stichting Elan mee aan de slag zijn gegaan en deze vraag vormt ook de hoofdvraag van ons afstudeeronderzoek.

In Barneveld komen steeds meer kinderen en jongeren bij de huisarts die problemen ondervinden van hun overgewicht (zie: interview Dianne Jaspers, huisarts). In dit gesprek kwam naar voren dat er centrale coördinatie nodig is. Dat is de reden dat Stichting Elan begin februari het project 'Taskforce overgewicht onder kinderen en jongeren' heeft opgezet. De aanpak kan in eerste instantie in de vorm van een taskforce plaatsvinden. Inventarisatie van problematiek, toekomstverkenning en samenbrengen van alle betrokken organisaties. Stichting Elan is een christelijke praktijk voor welzijn, maatschappelijk dienstverlening en therapie. Elan heeft een breed, gevarieerd aanbod en kan bij een breed scala aan hulpvragen ondersteuning bieden, zonder te verwijzen naar andere instellingen of organisaties. Dat gaat van sociale vaardigheidstraining aan jongeren tot opvoedingsondersteuning, van hulp bij relatieproblemen tot een gespreksgroep rouw, van individuele begeleiding tot outreachende hulp (*Stichting Elan, z.d.*). Het brede hulpverleningsaanbod en het grote netwerk met een verscheidenheid aan organisaties maakt Stichting Elan de aangewezen organisatie om de integrale aanpak op te zetten. Door het opzetten van dit project kan Stichting Elan zich goed op de kaart zetten bij de gemeente omdat overgewicht een punt is wat hoog op de gemeentelijke agenda staat. Onder meer omdat overgewicht vele medische kosten met zich mee brengt en de gemeente hier sinds 1 januari 2015 vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), verantwoordelijk voor is.

[OVERGEWICHT IS EEN PROBLEEM MET HOGE URGENTIE]

Overgewicht wordt door gemeentes gezien als een probleem met hoge urgentie (*Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering, 2006, p. 4*). Het adviesrapport wat we gaan schrijven zal aan de wethouder van zorg en welzijn worden voorgelegd. Zo krijgt hij duidelijkheid welke zorgsoort een organisatie aanbied en eventueel kan verstrekken. Doordat de zorg vanuit de WMO wordt

gefinancierd, heeft de gemeente de taak om het geld onder de zorgaanbieders te verdelen. Door in kaart te brengen welke organisatie wat doet, kan de gemeente hier op inspelen. Daarnaast zullen wij ons eindproduct presenteren aan alle zorgaanbieders, zodat zij weten waar hun mogelijkheden liggen.

Overgewicht wordt niet alleen gemeentelijk, maar ook landelijk gezien als een groeiend probleem (*Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering, 2006, p. 3*) Daarom is het van belang dat dit probleem word aangepakt. Door middel van ons afstudeeronderzoek willen wij adviseren wat er nodig is voor een *integrale aanpak*¹, om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en op lange termijn te voorkomen. Met een integrale aanpak bedoelen we een multidisciplinair samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties, met als doel overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen. Waar organisaties nu veelal hun eigen weg gaan, wordt er gestreefd naar een situatie waarin er samengewerkt word en iedere organisatie een gedeelte oppakt in de strijd tegen overgewicht. Wij gaan hiervoor met verschillende partijen in gesprek om te kijken welke hulp de organisaties aanbieden en op welk gebied er mogelijkheden liggen voor een integrale aanpak. Het belang van een integrale aanpak willen we verduidelijken aan de hand van het volgende voorbeeld. De gemeente Veenendaal en Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede werken samen in het programma 'Aan Tafel!' voor kinderen met overgewicht in bepaalde wijken van Veenendaal. Het programma is een behandelmethode die gebruik maakt van groepsbijeenkomsten te Veenendaal in combinatie met een multimediatraining: film en internet. De kinderen en ouders kunnen dicht bij huis hun voeding- en beweegprogramma volgen. Het blijkt een succesvolle methode te zijn om de leefstijl van het kind en het hele gezin te bevorderen. Het programma is door de kinderartsen van Ziekenhuis Gelderse Vallei ontwikkeld, in samenwerking met een kinderdiëtist, kinderpsycholoog, kinderfysiotherapeut (*Ziekenhuis Gelderse Vallei, 2013*).

Bovengenoemd voorbeeld geeft het belang aan van het opzetten van een integrale aanpak. Bij het advies wat wij gaan geven voor het opzetten van een integrale aanpak, willen we dit vormgeven door met de verschillende *partijen*, die rondom het kind of de jongere staan, in gesprek te gaan en te kijken hoe de onderlinge samenwerking tot *synergie* kan leiden. Zo willen wij in gesprek gaan met de ouders² van kinderen en jongeren die al overgewicht ontwikkeld hebben, maar ook met scholen, de kinderarts, de kinderfysiotherapeut, de diëtist(e), de huisarts, jeugdverpleegkundige, een orthopedagoog/psycholoog, het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) en schoolmaatschappelijk werk (SMW). Aan de hand van interviews willen we in kaart brengen welke middelen worden ingezet en wat er nog nodig is om overgewicht te reduceren en op lange termijn te voorkomen. Door te adviseren wat nodig is voor een integrale aanpak willen we ervoor zorgen dat dit probleem op verschillende niveaus word aangepakt. Op microniveau willen we kijken waar het kind of de jongere met overgewicht en de ouders aangeven behoefte aan te hebben, om overgewicht te reduceren en te voorkomen. Op mesoniveau willen we kijken waar de professionals die om het gezin met het kind of de jongere met overgewicht heen staan, behoefte aan hebben bij het opzetten van een integrale aanpak om overgewicht tegen te gaan. Op macroniveau willen we kijken wat de zienswijze van de gemeente en de samenleving is op overgewicht. In het adviesrapport komen onderstaande hoofd- en deelvragen aan bod.

¹ De schuingedrukte woorden in dit onderzoeksverslag zijn terug te vinden in de begrippenlijst. Deze is te vinden in bijlage 7.

² Wanneer we in dit onderzoeksverslag over ouders spreken, doelen we op ouders/verzorgers. Dit tenzij er gesproken wordt over erfelijke factoren.

1.2 Vraagstelling en richtgevende onderzoeksvragen

Hoofdvraag: Waaruit bestaat een integrale aanpak, die Stichting Elan in samenwerking met andere zorgorganisaties in kan zetten, om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen?

Deelvragen

Deelvraag 1: Wat is er bekend over overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar?

Deelvraag 2: Welke middelen zijn er al ontwikkeld om overgewicht te reduceren en te voorkomen?

Deelvraag 3: Waar hebben ouders van kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar behoefte aan, als het gaat om het reduceren en voorkomen van overgewicht?

Deelvraag 4: Waar hebben de professionals behoefte aan als het gaat om het opzetten van een integrale aanpak en hoe handelen zij vanuit hun functie, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar met overgewicht?

Deelvraag 5: Welke organisaties moeten er op gemeentelijk niveau betrokken worden bij het ontwikkelen van een integrale aanpak?

1.3 Doelstelling

De doelstelling van ons onderzoek is als volgt:

- *Begin juli 2015 advies geven aan Stichting Elan waaruit een integrale aanpak moet bestaan zodat ze deze in kunnen zetten onder de deelnemende organisaties.*

Stichting Elan, de opdrachtgever van het project, ziet de noodzaak in het ontwikkelen van een aanpak om de stijging van overgewicht te reduceren en te voorkomen bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Waar nu organisaties veelal hun eigen weg banen, streeft onze opdrachtgever naar een integrale aanpak waarin verschillende disciplines samenwerken. Door middel van dit onderzoek willen wij adviseren waaruit deze integrale aanpak moet bestaan. Het uiteindelijke doel is dat de gezondheid van kinderen en jongeren verbetert. Door het doen van onderzoek willen we door preventief te werk te gaan hier een bijdrage aan leveren.

De stappen die nodig zijn om dit eindresultaat te behalen zijn als volgt. Allereerst hebben we een literatuuronderzoek gedaan naar wat er bekend is over overgewicht en het reduceren en voorkomen hiervan bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Dit vormt de basis van ons onderzoek. Aan de hand van deze gegevens hebben we een topiclijst en vervolgens interviewvragen opgesteld. Deze interviews hebben we afgenomen bij de ouders van de kinderen en jongeren die al overgewicht ontwikkeld hebben. Zo willen we duidelijk krijgen waar ouders aangeven baat bij te hebben in de aanpak tegen overgewicht. We willen duidelijk krijgen wat wel en niet helpend is.

Daarnaast hebben we de partijen geïnterviewd die om het kind of jongere heen staan. Deze partijen zijn: speciaal onderwijs, basisonderwijs, middelbaar onderwijs, praktijkonderwijs, een jeugdverpleegkundige, SMW, CJG, een kinderarts, een huisarts, een diëtist(e) en een kinderfysiotherapeut. Het doel van het afnemen van deze interviews was om zicht te krijgen op welke middelen er nu al worden ingezet en wat er nog nodig is om overgewicht te reduceren en op lange termijn te voorkomen.

Kortom, we willen Stichting Elan advies geven waaruit een integrale aanpak moet bestaan. Door het gebruiken van verschillende disciplines willen we een integrale aanpak ontwikkelen. Als we vanuit de contextuele benadering kijken, wordt een kind of een jongere niet als een op zichzelf staand individu gezien maar als iemand binnen zijn eigen context (*Ieperen-Schelhaas, 2011, p. 97*). Willen we daadwerkelijk een verandering doorvoeren, dan is het van belang om rekening te houden met deze

context omdat het geheel in wisselwerking met elkaar staat en invloed heeft op de delen, oftewel op het individu.

De pilot van dit project zal gestart worden in Barneveld. Bij positieve effecten kan het project verder over Nederland verspreid worden.

1.4 Doelgroep

Het advies wat we geven is bedoeld voor Stichting Elan en de deelnemende organisaties waaruit de integrale aanpak gaat ontstaan. Tevens wordt het adviesrapport wat we gaan schrijven aan de wethouder van zorg en welzijn voorgelegd.

1.5 Resultaten

We schrijven een adviesrapport voor Stichting Elan waaruit een integrale aanpak moet bestaan. In dit rapport staat welke partijen samen kunnen werken en wat ieders rol hierin is. We gaan kijken naar wat er al gedaan wordt in de aanpak van overgewicht en daarnaast geven we adviezen over wat er nog ingezet kan worden. Het doel van dit rapport is dat Stichting Elan weet waaruit een integrale aanpak moet bestaan, zodat overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar kan worden gereduceerd en op lange termijn voorkomen. Dit advies schrijven we in de eerste plaats voor onze opdrachtgever Stichting Elan. Tom van den Belt is onze begeleider op managementniveau en Margreet van Dongen werkt namens Elan op uitvoeringsniveau. De integrale aanpak kan Stichting Elan in de praktijk uitzetten onder de deelnemende organisaties. De integrale aanpak biedt handvatten in de praktijk voor de deelnemende organisaties om overgewicht bij kinderen en jongeren te reduceren en te voorkomen. Elan kan bij deze aanpak mogelijk de voortrekkersfunctie en coördinerende rol vervullen. Deze organisatie werkt reeds vanuit de diverse activiteiten samen met de deelnemende organisaties en heeft geen directe uitvoeringsactiviteiten met betrekking tot deze problematiek. Bij positieve resultaten kan het project in andere gemeenten uitgezet worden.

1.6 Type onderzoek

Ons afstudeerproject bestaat voor een groot deel uit het doen van onderzoek. Als we over onderzoek spreken, doelen we hiermee op een zoekproces gebaseerd op denken, intuïtie en creativiteit. Hierin worden op een systematische manier gegevens verkregen, gebruikt en geanalyseerd met als doel kennis te verzamelen (*Migchelbrink, 2008, p. 16*). We hebben gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksvorm. Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is het gebruik van verschillende databronnen en de nadruk op het 'begrijpen' of doorgronden van individuele mensen, groepen of sollicitaties (*Baarda, Goede, & Teunissen, 2009, p. 19*). Kwalitatief onderzoek is gericht op het verkrijgen van informatie over wat er leeft in een bepaalde doelgroep en waarom. Daarnaast zal het onderzoekstype wat we uitvoeren, bestaan uit een beschrijvende onderzoeksvraag. Dit type onderzoek beschrijft of benoemt de aard of de kenmerken van de onderzoeksverschijnselen en meestal vindt er ook een inventarisatie of categorisatie van de verschijnselen plaats (*Baarda et al., 2009, p. 93*). Wanneer er een onderzoek gedaan wordt, kun je niet om onderzoeksontwerpen heen. Het kwalitatieve onderzoeksontwerp waar wij tijdens ons onderzoek gebruik van maken, is een survey-onderzoek. Door middel van het onderzoek willen we een inventarisatie doen van wat er al allemaal over ons onderzoeksverschijnsel bekend is en wat er nodig is. Dit is een typerende eigenschap van een survey-onderzoek. Het kenmerkende van kwalitatieve survey-onderzoeken is dat de dataverzameling over het algemeen ongestructureerd of semi-gestructureerd is (*Baarda et al., 2009, p. 128*). Zo hebben wij voordat we interviews afgenomen hebben een topiclijst³ met

³ De topiclijst die we gebruikt hebben voor de diepte-interviews met ouders en de professionals, is te vinden in bijlage 5.

onderwerpen die aan bod moeten komen samengesteld. We hebben vragen gesteld zonder vaste antwoordalternatieven te geven. Om ervoor te zorgen dat we alle stappen doorlopen tijdens het afnemen van een interview, hebben we daarnaast een interviewprotocol⁴ opgesteld.

1.6.1 Dataverzameling

Wat kenmerkend is voor een kwalitatief onderzoek is dat niet alle beoogde gegevens verzameld worden en daarna geanalyseerd gaan worden. Dataverzameling en data-analyse zijn geïntegreerd en wisselen elkaar af (*Baarda et al., 2009, p. 171*). Het eindproduct bestaat uit acht hoofdstukken. De inhoud van deze hoofdstukken wordt in de opbouw en leeswijzer behandeld. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek.

Allereerst zijn we aan de slag gegaan met een literatuuronderzoek. In dit literatuuronderzoek hebben we gekeken naar wat er bekend is over overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Dit literatuuronderzoek is noodzakelijk voor het vervolg van ons onderzoek. Aan de hand van dit literatuuronderzoek hebben we een topiclijst gemaakt en onze interviewvragen samengesteld. Daarna zijn we doorgegaan naar de volgende fase: het praktijkonderzoek. Door middel van het afnemen van interviews hebben we onderzocht wat er in de praktijk speelt. Deze gegevens hebben we vervolgens geanalyseerd⁵ en aan de hand van deze gegevens hebben we ook weer nieuwe informatie verzameld. Bij de methoden die we gebruiken, is het belangrijk dat we in staat zijn om de onderzoekssituatie te beschrijven en te interpreteren, maar vooral ook het begrijpen van de onderzoekssituatie. In het algemeen gaat het om dataverzamelingsmethoden die een open en flexibel karakter hebben (*Baarda et al., 2009, p. 183-184*). Het verzamelen van gegevens wilden we vanuit verschillende invalshoeken doen, (triangulatie) zodat we tot een volledig beeld van de situatie komen en door deze verscheidenheid aan bronnen de betrouwbaarheid van ons onderzoek vergroten. Zo hebben we gebruik gemaakt van mondelinge interviews, bestaande gegevens en ook zijn we op zoek gegaan naar nieuwe informatie.

1.6.2 Risico's dataverzameling

Wanneer er onderzoek gedaan wordt, geldt dat er risico's kunnen optreden. De risico's van ons onderzoek liggen vooral op het gebied van de dataverzameling. Een belangrijk risico om rekening mee te houden, is een gebrek aan respons. Een gebrek aan respons bij ouders wilden we beperken door op tijd te beginnen met interviewen zodat de interviews flexibel in te plannen waren. Daarnaast wilden we de interviews op een laagdrempelige manier aanbieden. Verder is de inhoud van de interviews tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de betrokken organisaties en met onze begeleiders. Zo kan er zoveel mogelijk aangesloten worden bij de geïnterviewde ouders. De betrokken organisaties hebben aan de ouders gevraagd om met ons in gesprek te gaan. Dit bevorderde de kans op deelname en verkleinde voor ons de kans op non-respons. Bij het afnemen van de interviews onder de partijen die om het kind of de jongere heen staan, is het mogelijk dat er weerstand is bij de contactpersoon binnen een bepaalde organisatie, terwijl we wel de noodzaak inzagen in een samenwerkingsverband. Wat volgens ons hierbij van belang is, is een nauwe samenwerking met onze opdrachtgevers Tom van den Belt en Margreet van Dongen. Tom van den Belt is iemand die bij veel organisaties en projecten in Barneveld betrokken is en ons hierbij goed gecoacht heeft. Margreet van Dongen weet wat er in de praktijk speelt bij Stichting Elan dus zij heeft ons goed wegwijs kunnen maken binnen de organisatie. Verder is het te allen tijde van belang geweest om het gezamenlijke doel voor ogen te houden, namelijk het verder helpen van kinderen, jongeren en de betrokkene. Hetzelfde geldt wanneer er sprake was van non-respons. Ook hier is het

⁴ Het interviewprotocol voor de professionals is te vinden in bijlage 2. Het interviewprotocol voor de ouders is te vinden in bijlage 4.

⁵ De uitgewerkte versie van de diepte-interviews van ouders en de professionals is opgenomen in het bronnenboek.

van belang geweest om op zoek te gaan naar het gezamenlijke belang. Dit soort situaties wilden we voorkomen door in de opstartfase de noodzaak en de welwillendheid van het aanpakken van dit probleem te onderzoeken en dit ook mee te nemen in de uiteindelijke selectie van de betrokken partijen. Tevens hebben we zoveel mogelijk geprobeerd om te werken met korte lijntjes. We hebben zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de contacten die Stichting Elan nu al heeft. Zo zijn we op een laagdrempelige manier in contact te komen met andere organisaties.

Risico's die door middel van ons onderzoek niet behandeld kunnen worden, kunnen meegenomen worden in een vervolgonderzoek.

1.7 Interviews

Om een beeld te krijgen van wat er in de praktijk al ontwikkeld is tegen overgewicht en hoe het leeft bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar met overgewicht en hun ouders, willen we interviews afnemen. Verder hebben we interviews afgenomen onder de partijen die om het kind of de jongere heen staan.

1.7.1 Werkwijze interviews

Door middel van interviews hebben we allereerst bij de ouders achterhaald welke wensen en behoeften er in de praktijk liggen wat betreft de aanpak tegen overgewicht. We hebben onderzocht welke rol gedrag, opvoedingsstijl en gewoontes spelen bij het ontwikkelen van overgewicht en hierop ingespeeld met het advies wat we geven waaruit een integrale aanpak moet komen te bestaan. Omdat het om gevoelige informatie kan gaan en er sociaal-wenselijke antwoorden gegeven kunnen worden, hebben we gebruik gemaakt van individuele interviews. Zoals al eerder benoemd is, hebben we voor ons onderzoek gebruik gemaakt van een tussenvorm tussen een open en een gestructureerd interview, namelijk een topicinterview. Het voordeel hiervan kan zijn dat alle van de van tevoren aangegeven onderwerpen behandeld worden. Tegelijkertijd wilden we de ruimte geven aan relevante onderwerpen die tijdens het gesprek naar boven konden komen. Ook kan een topiclijst ervoor zorgen dat de invloed van de interviewer verkleint wordt, wat naar ons idee de betrouwbaarheid van ons onderzoek ten goede gekomen is. Omdat er tijdens het interview gevoelige informatie gedeeld kan worden, vinden wij het belangrijk om zorgvuldig met de gekregen informatie om te gaan. Ook hebben we gestreefd naar een transparante werkwijze door de geïnterviewde in te lichten over de stappen die er gezet zijn. Deze stappen die we in de praktijk gezet hebben zijn als volgt: we zijn gestart door middel van een introductie. We hebben onszelf voorgesteld, de geïnterviewde duidelijk gemaakt wat er tijdens het gesprek aan bod komt en verteld hoelang het gesprek gaat duren. We hebben toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen en de gegevens te verwerken nadat we de redenen daarvoor hadden toegelicht. Tevens hebben we de anonimiteit rondom de geïnterviewde besproken. Vervolgens hebben we aan de hand van de topics het interview vorm gegeven. Bij relevante informatie hebben we doorgevraagd en suggestieve vragen hebben we geprobeerd te vermijden. Toen we voldoende informatie hadden, zijn we naar de afrondingsfase gegaan. Aan het einde van elk interview hebben we gevraagd of de geïnterviewde nog punten had, die niet aan bod gekomen waren. Wanneer er nog punten waren, hebben we deze besproken. Wanneer er geen vragen meer waren, hebben we het interview afgesloten door te melden dat als de geïnterviewde nog informatie heeft, we het erg fijn vinden om hiervan op de hoogte gesteld te worden. Daarna hebben we de geïnterviewde bedankt voor zijn of haar tijd. Tot slot hebben we gevraagd of de geïnterviewde op de hoogte gesteld wil worden van het verslag dat we gemaakt hebben.

1.7.2 Uitvoering interviews

Als we spreken over de term geïnterviewde doelen we hiermee op verschillende personen. Voordat we gestart zijn met dit onderzoek hebben we eerst geprobeerd door middel van literatuuronderzoek erachter te komen wat er bekend is over overgewicht en het reduceren en voorkomen hiervan.

Vervolgens hebben we in de praktijk onderzocht welke organisaties betrokken moeten worden bij het ontwikkelen van een integrale aanpak. We hebben interviews afgenomen bij organisaties om zicht te krijgen op welke middelen er nu al worden ingezet en wat er nog nodig is om overgewicht te reduceren en op lange termijn te voorkomen. We hebben zes interviews afgenomen met de ouders. Naast ouders van de kinderen en jongeren hebben we ook interviews afgenomen bij de organisaties die in Barneveld actief zijn in het sociale domein. Met onze opdrachtgever hebben we afgesproken dat we bij acht organisaties interviews afnemen. Voor het afnemen van het interview rekenen we twee uur tijd en daarnaast acht uur per interview voor het analyseren. Dit betekent inclusief het afnemen en analyseren tien uur per interview. In totaal trekken we in onze planning hier tachtig uur voor uit. Dit houdt in dat de totale tijd van deze geplande interviews met ouders en de professionals honderdvierentwintig uur bedraagt (*Baarda, Goede, & Teunissen, 2009, p. 302*). Voor het uitwerken van de interviews hebben we gebruik gemaakt van kernlabels en labels⁶.

1.8 Conclusies en aanbevelingen

Aan de hand van de gegevens die we verzameld hebben vanuit de literatuur en de interviews hebben we een adviesrapport geschreven. In het adviesrapport staat welke middelen organisaties inzetten en wat de rol is van elke organisatie bij het voorkomen en reduceren van overgewicht, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Dit adviesrapport vormt de conclusie van ons onderzoek. Tevens worden hier aanbevelingen gegeven voor de toekomst.

⁶ Het labelsysteem van de interviews met ouders en de professionals is terug te vinden in bijlage 6.

Hoofdstuk 2: Wat is er bekend over overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar?

Inleiding

Dit hoofdstuk bevat het theoretische deel van ons onderzoek gericht op de eerste deelvraag: wat is er bekend over overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 en met tot 18 jaar? Dit onderdeel dient als achtergrondinformatie voor het opstellen van de interviews en het schrijven van het adviesrapport. We behandelen bij het uitwerken van deze deelvraag: de definitie van overgewicht, percentages rondom overgewicht, methoden om overgewicht te bepalen en mogelijke oorzaken en gevolgen van overgewicht, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar.

2.1 Definitie van overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas zijn actuele gezondheidsproblemen binnen de maatschappij voor mensen van alle leeftijden. Overgewicht wordt wereldwijd gedefinieerd als een sterk groeiend gezondheidsprobleem. Uit onderzoek is gebleken dat kinderen met overgewicht relatief vaak als volwassenen overgewicht zullen behouden. Het is daarom van groot belang om overgewicht op jonge leeftijd te voorkomen en te reduceren bij kinderen die al overgewicht ontwikkeld hebben (Vos, & van der Wolde, 2012).

Toename van gewicht ontstaat wanneer de energie-inname (via de voeding) hoger is dan het energieverbruik (door lichamelijke activiteit), of wanneer het energieverbruik lager is dan de energie-inname. Bij overgewicht en obesitas is er te veel overtollig vet in het lichaam opgeslagen.

Overgewicht is een overschrijding van het normale vetgehalte van het lichaam die de gezondheid kan beïnvloeden (Nederlands Jeugdinstituut, z.d. A). De Wereldgezondheidsorganisatie hanteert de volgende definitie van obesitas: een chronische ziekte, waarbij een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's. In deze definitie wil de Wereldgezondheidsorganisatie een aantal belangrijke elementen aangeven:

- Obesitas is een ziekte: dat betekent dat er medische aandacht op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling nodig is en dat deze toestand niet alleen maar beschouwd kan worden als een ongemak;
- Deze ziekte is chronisch: dit houdt in dat obesitas in feite een levenslang probleem is, waarvoor voortdurende aandacht nodig is en waarvoor op dit moment geen genezing bestaat;
- De vetstapeling moet zodanig zijn dat dit leid tot gezondheidsproblemen: dit verwijst naar de totale hoeveelheid lichaamsvet enerzijds en de vetverdeling anderzijds (van de Avendonk et al., z.d.).

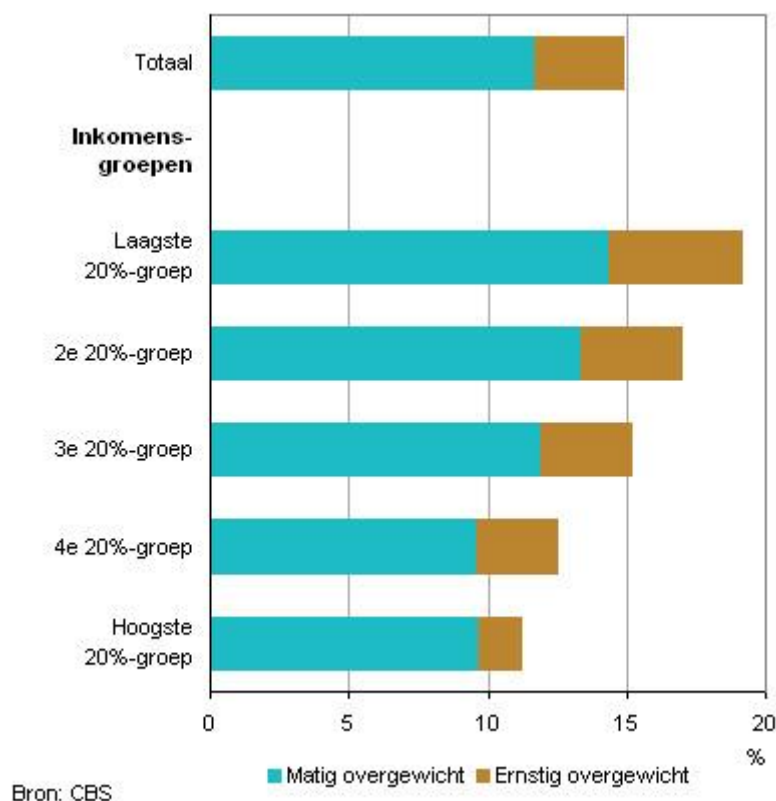
2.2 Percentages overgewicht

Vanuit de Vijfde Landelijke Groeistudie van de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) blijkt dat de prevalentie van overgewicht bij kinderen en jongeren blijft stijgen. In 1980 had 6 procent van de jongens en meisjes van 2 tot 20 jaar overgewicht en in 1997 was dit aantal gestegen naar bijna 11 procent. In 2010 bleek 14 procent van onze jeugd overgewicht te hebben. Daarvan waren ook kinderen en jongeren veel te zwaar (obesitas). Alhoewel meisjes vaker (ernstig) overgewicht hebben dan jongens, wordt dit verschil steeds kleiner (van Bakel, & Zantinge, 2013a).

Naarmate het inkomen in het huishouden lager is, neemt het aandeel met overgewicht toe. Zo heeft 19 procent van de jongeren in een huishouden in de laagste inkomensgroep overgewicht, tegenover 11 procent van de 2 tot 25-jarigen in de hoogste inkomensgroep. Ernstig overgewicht komt onder

jongeren in de laagste inkomensklasse drie keer zo vaak voor als onder leeftijdsgenoten in de hoogste inkomensklasse (zie figuur 4.3) (Knoops, 2013).

Figuur 2.2: (Ernstig) overgewicht onder jongeren (2 tot 25 jaar) naar inkomensgroep, 2010/2012



In 2011 was 13 procent van de 4 tot 20-jarigen te zwaar. Zo waren er ruim 400.000 te zware kinderen in Nederland, van wie er 85.000 ernstig overgewicht hadden (van der Veen, 2012). In 2013 is er onderzoek gedaan naar de percentages met betrekking tot gewicht, onder de Nederlandse bevolking. Als we naar figuur 4.3.1 kijken zien we dat 2,9 procent van de jongens van 4 tot 12 jaar, in 2013, ernstig overgewicht had. Voor de meisjes van 4 tot 12 jaar was dit 2,8 procent. Dit was ook het percentage in de leeftijdscategorie 16 tot 20 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015).

Figuur 2.2.1: Leefstijl, preventief onderzoek; leeftijd en geslacht

Sekse	Leeftijd	Perioden	Ondergewicht	Normaal gewicht	Overgewicht	Matig overgewicht	Ernstig overgewicht
Mannen en vrouwen	4-12 jaar	2013	7,70 procent	80,10 procent	12,20 procent	9,40 procent	2,80 procent
Mannen en vrouwen	12-16 jaar	2013	3,30 procent	84,80 procent	12,00 procent	10,20 procent	1,70 procent
Mannen en vrouwen	16-20 jaar	2013	5,40 procent	83,60 procent	10,90 procent	8,80 procent	2,10 procent
Mannen	4-12 jaar	2013	7,60 procent	80,80 procent	11,60 procent	8,70 procent	2,90 procent
Mannen	12-16 jaar	2013	2,60 procent	84,70 procent	12,60 procent	11,70 procent	0,90 procent
Mannen	16-20 jaar	2013	5,40 procent	81,30 procent	13,40 procent	12,00 procent	1,30 procent

Vrouwen	4-12 jaar	2013	7,70 procent	79,30 procent	12,90 procent	10,20 procent	2,80 procent
Vrouwen	12-16 jaar	2013	3,90 procent	84,80 procent	11,30 procent	8,80 procent	2,50 procent
Vrouwen	16-20 jaar	2013	5,50 procent	86,20 procent	8,30 procent	5,40 procent	2,80 procent

Kinderen en jongeren van Turkse en Marokkaanse afkomst hebben vaker (ernstig) overgewicht dan hun Nederlandse leeftijdgenoten. Van de Turkse jongens en meisjes is 32 procent te zwaar, van de Marokkaanse 27 procent en van de Nederlandse 14 procent. Van de Nederlandse jeugd heeft 2 procent ernstig overgewicht. Dit percentage ligt drie tot vier keer hoger onder de Turkse en Marokkaanse jeugd (respectievelijk 8 procent en bijna 7 procent). Van deze groepen zijn het de Turkse jongens die het vaakst met overgewicht (32 procent) en ernstig overgewicht (8 procent) kampen. Overgewicht komt minder voor onder allochtonen van de tweede generatie en onder allochtonen die de Nederlandse taal goed beheersen en in hun vrije tijd veel met autochtonen omgaan. Een mogelijke verklaring is dat integratie gepaard gaat met het overnemen van een andere leefstijl op het gebied van voeding of lichaamsbeweging (*van Bakel, & Zantinge, 2013b*).

2.3 Methoden om overgewicht te bepalen

Om te bepalen wanneer er sprake is van een te hoog gewicht wordt de Body Mass Index (BMI) berekend (*Voedingscentrum, z.d.*). BMI staat voor Body Mass Index en is hetzelfde als de Quetelet Index. Je deelt je gewicht in kilogrammen door het kwadraat van je lengte in meters. In feite bereken je zo het aantal kilogrammen dat je per vierkante meter lichaam weegt. Uit deze berekening komt een getal wat een indicatie geeft of je een gezond gewicht hebt of niet. Een BMI tussen 18,5 en 24,9 wordt als normaal gewicht beschouwd. Bij een BMI van meer dan 30 heb je ernstig overgewicht of obesitas (zie figuur 2.3). De BMI is het meest betrouwbaar bij een grotere afwijking zoals ernstig over- en ondergewicht. Een zeer gespierd iemand zal volgens de BMI vaak overgewicht hebben. Dit komt omdat spieren veel wegen en de BMI daar geen rekening mee houdt. De BMI kijkt ook niet naar verschillen in lichaamsbouw. Voor Aziaten gelden andere grenswaarden, omdat zij een andere lichaamsbouw hebben (*Hammega, z.d.*). Je BMI zegt echter niets over hoe het vet over het lichaam verdeelt is. Iemand met een goed BMI, maar met veel buikvet, loopt gezondheidsrisico's. Door de middelomtrek te meten weet je hoe veel het buikvet is. De middelomtrek is een maat voor de hoeveelheid vet in de buikholte. De middelomtrek is onafhankelijk van de lengte, maar hangt nauw samen met de BMI en het totale gehalte lichaamsvet (*Voedingscentrum, z.d.*).

Figuur 2.3: Body mass index

Body mass index (kg/m ²)	Beoordeling gewicht
< 18,5	Ondergewicht
18,5-24,9	Normaal gewicht
25,0-29,9	Overgewicht
30,0-39,9	Zwaarlijvige obesitas
40,0-49,9	Morbide obesitas (ziekelijke obesitas)
> 50	Super obesitas

Ook voor kinderen is de BMI een snelle en eenvoudige methode om te bepalen of er sprake is van overgewicht. Voor kinderen gelden echter aangepaste grenswaarden. Tijdens de groeifase verandert namelijk de hoeveelheid vetweefsel. Bovendien is de BMI bij kinderen geslachtsafhankelijk: meisjes hebben gemiddeld een iets hogere BMI dan jongens. De international Obesity Task Force heeft in 2000 daarom per leeftijd en geslacht aparte grenswaarden voor de BMI vastgesteld (zie figuur 2.3.1) (*Aantjes-Westerlaken, 2012*).

Figuur 2.3.1: BMI-afkaapwaarden kinderen (*Partnerschap Overgewicht Nederland, 2011, p. 12*)

Jongens					Meisjes				
leeftijd	BMI 25 kg/m ²	BMI 30 kg/m ²	BMI 35 kg/m ²	BMI 40 kg/m ²	leeftijd	BMI 25 kg/m ²	BMI 30 kg/m ²	BMI 35 kg/m ²	BMI 40 kg/m ²
2	18,4	20,1	22,5	23,6	2	18,0	19,8	21,9	23,4
2,5	18,1	19,8	21,8	22,8	2,5	17,8	19,6	21,7	23,2
3	17,9	19,6	21,2	22,2	3	17,6	19,4	21,5	23,2
3,5	17,7	19,4	20,9	21,9	3,5	17,4	19,2	21,5	23,3
4	17,6	19,3	20,7	21,7	4	17,3	19,2	21,6	23,5
4,5	17,5	19,3	20,6	21,6	4,5	17,2	19,1	21,8	23,8
5	17,4	19,3	20,6	21,7	5	17,2	19,2	22,0	24,2
5,5	17,5	19,5	20,8	21,9	5,5	17,2	19,3	22,4	24,8
6	17,6	19,8	21,0	22,2	6	17,3	19,7	22,8	25,5
6,5	17,7	20,2	21,3	22,6	6,5	17,5	20,1	23,4	26,4
7	17,9	20,6	21,7	23,2	7	17,8	20,5	24,0	27,4
7,5	18,2	21,1	22,3	24,0	7,5	18,0	21,0	24,8	28,6
8	18,4	21,6	23,0	24,9	8	18,4	21,6	25,6	29,8
8,5	18,8	22,2	23,8	25,9	8,5	18,7	22,2	26,4	31,0
9	19,1	22,8	24,6	27,0	9	19,1	22,8	27,2	32,3
9,5	19,5	23,4	25,5	28,2	9,5	19,5	23,5	28,0	33,4
10	19,8	24,0	26,4	29,5	10	19,9	24,1	28,8	34,6
10,5	20,2	24,6	27,4	30,8	10,5	20,3	24,8	29,6	35,6
11	20,6	25,1	28,3	32,2	11	20,7	25,4	30,3	36,5
11,5	20,9	25,6	29,3	33,5	11,5	21,2	26,1	31,0	37,3
12	21,2	26,0	30,2	34,8	12	21,7	26,7	31,6	38,0
12,5	21,6	26,4	31,0	35,9	12,5	22,1	27,2	32,1	38,5
13	21,9	26,8	31,8	36,9	13	22,6	27,8	32,6	38,9
13,5	22,3	27,3	32,4	37,8	13,5	23,0	28,2	33,0	39,2
14	22,6	27,6	32,9	38,4	14	23,3	28,6	33,3	39,4
14,5	23,0	28,0	33,3	38,8	14,5	23,7	28,9	33,6	39,6
15	23,3	28,3	33,7	39,1	15	23,9	29,1	33,9	39,7
15,5	23,6	28,6	33,9	39,3	15,5	24,2	29,3	34,1	39,8
16	23,9	28,9	34,2	39,5	16	24,4	29,4	34,3	39,9
16,5	24,2	29,1	34,4	39,6	16,5	24,5	29,6	34,5	39,9
17	24,5	29,4	34,6	39,8	17	24,7	29,7	34,7	39,9
17,5	24,7	29,7	34,8	39,8	17,5	24,9	29,8	34,8	40,0
18	25,0	30,0	35,0	40,0	18	25,0	30,0	35,0	40,0

De afkappunten in de tabel aangeduid met BMI 25 en 30 kg/m² zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 25 resp. 30 kg/m². De afkappunten aangeduid met BMI 35 en 40 kg/m² zijn gebaseerd op percentielen afkomstig van de nationale groeistudie uit 1980 van BMI naar leeftijd en geslacht die op volwassen leeftijd overeenkomen met een BMI van 35 resp. 40 kg/m².

2.4 Mogelijke oorzaken voor het ontstaan van overgewicht

Voor het ontstaan van overgewicht zijn verschillende mogelijke oorzaken. Dit wil niet zeggen dat deze mogelijke oorzaken bij iedereen leiden tot overgewicht. Wij willen ingaan op de psychologische factoren, perinatale factoren, erfelijke factoren, omgevingsfactoren, socio-demografische factoren, medische factoren, weinig slapen en beweging.

2.4.1 Psychologische factoren

Voedingsgedrag bestaat in feite uit meerdere gedragingen en daarmee ook uit meerdere redenen voor dit gedrag. Mensen eten niet alleen om de noodzakelijke energie binnen te krijgen maar ook omdat het eten lekker is, door stress of verveling of juist om iets te vieren (*Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014*). Er bestaan vier psychologische eetstijlen die een verklaring bieden voor het ontstaan en het in stand houden van overgewicht. Deze eetstijlen kunnen echter ook voorkomen bij kinderen en jongeren die geen overgewicht hebben.

De externe eetstijl

De uiterlijke kenmerken van voedsel zijn bepalend voor deze stijl. Deze zichtbare kenmerken zijn belangrijker dan het hongergevoel van binnenuit. De kinderen of jongeren die deze eetstijl volgen, eten vaak en veel wanneer er overvloedig eten tot hun beschikking is. Wat hen aantrekt zijn geur, smaak en presentatie van het voedsel (*Donatz, & Stout, 2012*).

De emotionele eetstijl

Deze stijl houdt verband met 'weg-eten'. Wanneer het kind een dip heeft en het even niet meer ziet zitten, wordt er naar eten gegrepen. Dit is om zichzelf te troosten. Psychoanalytica Bruch was één van de eersten die verband legde tussen onlustgevoelens en overmatig eten. Het woord dat zij toepast is 'ontwikkelingsobesitas', wat betekent dat emotioneel eten volgens haar een aangeleerd onvermogen is. Je ziet bijvoorbeeld dat ouders wenselijk gedrag met snoep belonen en wanneer je als kind straf heb, wordt snoep je onthouden. Normale behoeften als warmte, liefde, waardering en nabijheid worden door eten bevredigt (*Donatz, & Stout, 2012*).

De dieet-eetstijl

Lijnen wordt gezien als één van de risicofactoren voor overgewicht. Jongeren lijnen vaak drastisch en zonder deskundig advies. Het lijnen kan de hongergevoelens van degene die lijnt verstoren. Het wordt dan moeilijker om weerstand te bieden aan voedsel. Het gevolg zou kunnen zijn dat de persoon eetbuien krijgt (*Donatz, & Stout, 2012*). Ons lichaam vat lijnen of vasten op als een periode van voedselschaarste en probeert in die tijd zo veel mogelijk calorieën te halen uit het (weinig) voedsel dat we eten. Stoppen we met lijnen, dan haalt het lichaam extra veel energie uit het voedsel dat we vervolgens eten, om de opgelopen achterstand weer snel te kunnen inhalen. Hoe vaker dit patroon zich herhaalt, hoe 'slimmer' het lichaam er in wordt. Een proces dat ook wel bekendstaat als 'het jojo-effect' (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 335*).

Verkeerde eetgewoonten

Deze eetstijl houdt in dat je als persoon ongeregeld eet, veel snoept en veel frisdrank drinkt. In chocolade zitten bijvoorbeeld veel suikers en verzadigde vetten, wat bij overmatig gebruik kan leiden tot overgewicht. Wat ook een risicofactor is, is niet ontbijten. De kans bestaat dat kinderen en jongeren in de loop van de dag hun hongergevoel stillen door te snoepen. Ongunstig is een eetpatroon met voedingsmiddelen die minder verzadigend zijn (bijvoorbeeld vetrijk voedsel). Een probleem met een vetrijke voeding is dat vetten minder snel dan koolhydraten of eiwitten tot een verzadigingssignaal leiden. Daardoor bestaat bij een vetrijke voeding de neiging om meer te eten. Vetten bevatten tweemaal zoveel calorieën per gram als koolhydraten en eiwitten. Vaak gaat ongezond eten samen met weinig lichaamsbeweging, wat leidt tot overgewicht (*Merck Manual Medisch Handboek, 2003*).

97 procent van de 4 tot 12-jarigen en 80 procent van de 12 tot 18-jarigen, ontbijt iedere dag. Het dagelijks eten van groente en fruit is minder gangbaar. Ongeveer een kwart van alle jeugdigen eet elke dag minimaal twee stuks fruit. Maar weinig kinderen en jongeren halen de groentenorm. Slechts 6,5 procent van de 4 tot 12-jarigen eet dagelijks honderdvijftig gram groente en maar 9 procent van de 12 tot 18-jarigen eet dagelijks tweehonderd gram groente (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. B*).

Voorbeeldgedrag

Een andere psychologische factor is 'modeling'. Het eten door het observeren van anderen. De eerste levensjaren van een kind vormen de periode waarin de grootste ontwikkeling van het leren eten plaatsvindt. Dit is ook de periode waarin de ouders de meeste invloed hebben op het toekomstige welbevinden van hun kind. Voorbeeldgedrag van ouders heeft effect op de ontwikkeling van voedselvoorkeuren en het eetgedrag van kinderen, doordat zij bepaalde voedingsmiddelen beschikbaar stellen en omdat zij een voorbeeld zijn voor hun kinderen. Bovendien is gebleken dat meer kinderen onbekend voedsel probeerden wanneer zij volwassenen het zagen eten, dan wanneer

datzelfde voedsel slechts werd aangeboden. Ook anderen hebben invloed op de manier waarop een kind eet (*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d. A*). Verderop in het hoofdstuk zullen we hierop terugkomen, onder het kopje omgevingsfactoren.

Ervaringsleren

Kinderen leren door imitatie maar ook door ervaring. Eetgedrag dat vooraf wordt gegaan door positieve prikkels (zoals een ontspannen sfeer of een lekkere geur) of dat positieve gevolgen heeft (een prettige smaakervaring, een compliment et cetera) zal zich eerder herhalen dan eetgedrag dat plaatsvindt onder onaangename ervaringen (bijvoorbeeld verslikken) of dat negatieve gevolgen heeft (bijvoorbeeld straf). Een kind zal producten die positieve associaties oproepen, opnieuw willen verkrijgen. De producten die negatieve associaties oproepen, zal het kind willen vermijden of weigeren (*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d. A*).

2.4.2 Perinatale factoren

Ondervoeding tijdens de zwangerschap kan een kind programmeren tot obesogeen gedrag. Kinderen die worden geboren met een laag gewicht en vervolgens een snelle inhaalgroei doormaken vormen ook een risicogroep, evenals kinderen met een hoog geboortegewicht. De snelheid waarmee een kind aankomt, voorspelt overgewicht. Vooral kinderen die tussen hun tweede en zevende jaar snel aankomen, hebben een 25 tot 35 keer groter risico op overgewicht als ze 16 jaar zijn. Dit hangt samen met hun genetische aanleg, maar die kans wordt ook groter als hun moeders tijdens de zwangerschap hebben gerookt (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 345*). Kinderen van moeders die obesitas hebben vlak voor de zwangerschap of die fors in gewicht aankomen gedurende de zwangerschap, hebben een verhoogde kans om overgewicht te krijgen; niet alleen in de kindertijd, maar zelfs tot op volwassen leeftijd (*van Mil, & Struik, 2015, p. 47*). Als je naar de leeftijds- en geslachtsgebonden BMI-curve kijkt, dan horen er twee stijgingen in de BMI te zijn. De eerste vindt direct na de geboorte plaats en de tweede rondom het zesde levensjaar. De gedachte is dat deze vervetting nodig is voor een goede puberteitsontwikkeling later. Als de tweede BMI-stijging vroeger dan normaal optreedt, tussen de drieënhalve- en vijfjarige leeftijd spreken we van een early adiposity rebound, dat wil zeggen een te vroege terugkeer van de vervetting van het lichaam. Een vroege vervetting geeft een verhoogd risico op overgewicht op volwassen leeftijd (*van Mil, & Struik, 2015 p. 48*).

In Rotterdam is bij meer dan 5.000 kinderen onderzoek gedaan naar hoe roken van de moeder tijdens de zwangerschap van invloed is op de groei van het kind na de geboorte. Moeders die tijdens de zwangerschap doorrookten, hebben 50 procent meer kans op kinderen met overgewicht op wat latere leeftijd. Het is nog niet bekend hoe het komt dat kinderen van rokende moeders meer kans op overgewicht hebben (*De Stentor, 2011*). Daarnaast kan zwangerschapsdiabetes van de moeder ook leiden tot overgewicht bij het kind dat geboren wordt (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 345*).

2.4.3 Erfelijke factoren

Er is niet één gen dat beslist of mensen te zwaar worden. Er zijn honderden genen die elk in meerdere of mindere mate bijdragen aan het ontstaan van overgewicht. Niet alleen de erfelijke factoren spelen een rol, maar ook de omgevingsfactoren. Beide factoren moeten aanwezig zijn om overgewicht te ontwikkelen. In een voedselarme omgeving krijg je bijvoorbeeld geen overgewicht, ook al heb je daarvoor erfelijke aanleg. Aan de andere kant krijgt overgewicht geen kans zonder erfelijke aanleg, ongeacht de hoeveelheid en het soort voedsel dat door een persoon wordt genuttigd. De erfelijke aanleg heeft invloed op de manier waarop energie uit voedsel wordt opgeslagen (wel of geen vet), de vetverdeling over het lichaam en de stofwisseling tijdens rust (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 345*).

Bij een eeneiige tweeling is de kans dat de een obesitas heeft als de ander het ook heeft, groter dan bij twee-eiige tweelingen. Adoptiekinderen lijken qua lichaamsgewicht meer op hun biologische ouders

dan op hun adoptieouders. Als één of beide ouders overgewicht hebben, vergroot dat de kans op overgewicht bij het kind. Hierbij spelen niet alleen de genen een rol. Een kind neemt de voedings- en beweeggewoonten van de ouders over (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 345*).

2.4.4 Omgevingsfactoren

Er zijn verschillende omgevingsfactoren die invloed kunnen hebben op het ontstaan van overgewicht. In de eerste instantie willen wij stilstaan bij het gezin en in het bijzonder bij de ouders. Daarna zullen wij ingaan op de omgevingsfactoren die buiten het gezin om een rol spelen.

Risicofactoren op het niveau van ouders en het gezin

Overgewicht komt vaak familiair voor. Dit komt zowel door de omgeving en de gewoonten die familieleden met elkaar delen, als door het erfelijk materiaal. Ouders spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van het gewicht van hun kinderen. Zij bepalen in hoge mate wat hun kinderen eten en hoeveel zij bewegen. Het gaat hier om de eetstijl van het gezin: wat zetten ouders op tafel, hoeveel, hoe vaak en wanneer? Daarbij spelen eetregels een rol. Zo geven ouders dikwijls een snoepje als beloning of als middel om hun kind te troosten (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 346*). Daarnaast hebben kinderen al op jonge leeftijd voedselvoorkeur. Ouders willen dat hun kinderen eten. Daardoor wordt er vaak toegegeven, wat als gevolg heeft dat het kind met name lekkere dingen eet. Vaak is dit vet eten en minder groente, fruit en aardappelen (*Apeldoorn, & Kroes, 2006*).

Het eetgedrag van ouders beïnvloedt sterk dat van de kinderen. Kinderen van ouders met obesitas hebben vijfmaal zoveel risico in vergelijking met kinderen van ouders zonder obesitas, om zelf obesitas te krijgen op volwassen leeftijd. Uit andere studies blijkt dat als beide ouders obesitas hebben, een kind 80 procent kans heeft op obesitas. De kans daalt naar 40 procent als één van de ouders obesitas heeft (*Apeldoorn, & Kroes, 2006*).

Volgens Nederlands onderzoek heeft slechts 34 procent van de ouders van jonge kinderen voldoende kennis van de oorzaken van overgewicht, 61 procent van de gevolgen van overgewicht en 49 procent van gezonde voeding. Opvallend is dat 50 procent van de ouders overgewicht niet herkent, dit is onafhankelijk van etniciteit en opleidingsniveau van de ouders. Bovendien blijkt dat 87 procent van de ouders van kinderen met overgewicht niet bezorgd is over het gewicht van hun kind. Dit gebrek aan inzicht beïnvloedt negatief de preventie van overgewicht (*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d. B*).

Er zijn ook aanwijzingen dat opvoedingsstijl samenhangt met overgewicht. Een *autoritatieve opvoedingsstijl* zou de kans op overgewicht terug dringen en een *autoritaire, permissieve en verwaarlozende opvoedingsstijl* zouden de kans daarop verhogen (*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d. C*).

Honger en verzadiging

In de eerste levensjaren van een kind wordt de vraag naar voedsel geregeld door een gevoel van honger en verzadiging. Alle kinderen hebben een periode waarin ze actiever zijn of waarin ze sneller groeien. In deze periode zullen ze dan ook meer eten. Als een kind bij een maaltijd te veel heeft gegeten, zal dat bij de volgende maaltijd gecompenseerd worden. Dan wordt er minder gegeten. Wanneer kinderen 3 tot 4 jaar zijn neemt het compensatiemechanisme af en worden de invloeden van de omgeving op de voedselinname groter. Het is belangrijk dat ouders het verzadigde gevoel respecteren en een kind niet dwingen zijn bord leeg te eten. Als een kind een verplichte portie moet opeten, moet het kind zijn verzadigde gevoel negeren, waardoor het kind op den duur het verzadigde gevoel niet meer zal herkennen. Daardoor zal de hoeveelheid van de voedselinname tijdens een volgende maaltijd niet gecompenseerd worden. Zo wordt het voedingsverbruik vergroot,

wat uiteindelijk kan leiden tot gewichtstoename (Apeldoorn, & Kroes, 2006).

Risicofactoren op het niveau van de omgeving

De belangrijkste risicofactor is opgroeien in een obesogene omgeving: een omgeving met veel en gemakkelijk te krijgen calorierijk en vetrijk voedsel, weinig lichamelijke beweging thuis en buiten de deur en veel reclame voor fastfood en snoep (van Hintum, & Rigter, 2013, p. 346).

Er zijn vele soorten omgevingen die ons eet- en beweeggedrag beïnvloeden. De fysieke omgeving, de politieke omgeving, de sociaal-culturele omgeving en de economische omgeving. Bij de fysieke omgeving kun je denken aan wonen in een minder veilige buurt, waar veel snackbars en afhaalrestaurants zijn. Het is erg gemakkelijk om daar eten te halen, als je bijvoorbeeld haast hebt of geen zin hebt om te koken. Met oog op de politieke omgeving is het openbaarvervoerstelsel (OV) een voorbeeld. De kosten van het openbaar vervoer zijn relatief laag. Daarnaast is het gebruik ervan erg gemakkelijk. Dit zorgt ervoor dat jongeren minder vaak gaan lopen of fietsen, wat leidt tot minder bewegen. Als we kijken naar de sociaal-culturele omgeving kun je denken aan de invloed van mensen om ons heen en de opvattingen over voeding en beweging. Een ruime beschikbaarheid van gezonde voeding en beperkte beschikbaarheid van ongezonde voeding heeft effect op de voedselkeuze. Op scholen is aangetoond dat een verlaging van de prijs van gezonde producten in snoep- en snackautomaten leidt tot hogere consumptie hiervan. De energie-inname en vetconsumptie van kinderen en jongeren komen overeen met die van hun ouders. Naarmate kinderen ouder worden neemt de invloed van leeftijdgenoten toe (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). De economische omgeving kan ook ons eet- en beweeggedrag beïnvloeden. Zo zijn groente, fruit en aardappelen duurder dan bijvoorbeeld een blik soep. De verleiding is dan groot om een blik soep te pakken. Het is gemakkelijk om het even snel op te warmen en ook goedkoper. Sommige mensen kunnen dure producten niet permitteren door een laag inkomen. De verleiding is dan groot om voor veel, maar ook ongezonde producten te kiezen.

2.4.5 Sociaal-demografische factoren

Verschillende sociaal-demografische factoren zijn een risicofactor voor het ontstaan van overgewicht. Allereerst willen wij stil staan bij de sociaal-economische positie van de ouders en het gezin, van het kind met overgewicht. Vervolgens staan we stil bij de diversiteit in eetculturen wat tot stand komt door verschillende nationaliteiten in onze multiculturele samenleving.

Sociaaleconomische positie

Obesitas komt vaker voor in gezinnen met één kind. Dit neemt af naarmate het gezin kinderrijker word (Apeldoorn, & Kroes, 2006). Daarnaast komt overgewicht ook vaker voor bij kinderen van alleenstaande ouders (Nederlands Jeugdinstituut, z.d. C). Overgewicht bij kinderen hangt ook samen met het opleidingsniveau en het inkomen van de ouders. Overgewicht komt vaker voor als de ouders een laag opleidingsniveau hebben en een laag inkomen. Laagopgeleiden vertonen vaker ongezond gedrag en hebben minder lichamelijke activiteit dan hoogopgeleiden (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015). Veel gezonde producten, zoals groente, fruit en aardappelen zijn relatief duur. Zo wordt er bijvoorbeeld meer ongezond voedsel gekocht omdat er minder te besteden is.

Daarnaast komt overgewicht bij kinderen vaker voor in gezinnen waar de moeder buitenshuis werkt. Het is niet duidelijk waarom werkende moeders dit effect hebben op hun kinderen. Onderzoekers denken dat het te maken heeft met het feit dat werkende ouders minder tijd hebben om te koken en boodschappen te doen. Ook gaan ze vaker uit eten en dat is vaak ook ongezonder (Meernik, 2011). In de stad hebben kinderen ook meer overgewicht dan op het platteland. Vooral in achterstandswijken is dit een veelvoorkomend probleem (Nederlands Jeugdinstituut, z.d. C). In de stad is het aanbod aan ongezond voedsel het grootst. Daarnaast wordt er in steden veel gereisd met het openbaar vervoer. Op het platteland is het openbaar vervoer minder goed bereikbaar, waardoor er meer word gelopen of gefietst.

Overgewicht komt ook meer bij allochtone gezinnen voor dan bij autochtone gezinnen. Kinderen van ouders met een niet-westerse achtergrond slaan bijvoorbeeld het ontbijt vaker over en drinken meer gezoeete dranken, dan kinderen met een westerse achtergrond. Ook wat betreft bewegen zijn er van jongs af aan verschillen: in de winter komt 44 procent van de jonge kinderen van allochtone ouders buiten, vergeleken met 84 procent van de Nederlandse kinderen (*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d. C*).

Diversiteit in eetculturen

De Wereldgezondheidsorganisatie benadrukt het belang van de sociale en culturele aspecten die met voeding samenhangen. Cultureel bepaalde voeding en cultureel bepaald eetgedrag zijn niet statisch. Er zijn niet alleen verschillen tussen Nederlandse eetgewoontes en die van migranten in Nederland, maar ook de eetgewoontes van de migrantengroepen verschillen van elkaar. Uiteraard zijn er ook verschillen op individueel niveau.

De meerderheid van de migranten in Nederland heeft een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond. Tradities in smaak, receptuur en eetgewoontes worden van generatie op generatie overgedragen, waardoor de traditionele keuken een belangrijk onderdeel van het eetpatroon blijft. Verschillen lijken vooral zichtbaar tussen generaties. Daar waar de eerste generatie migranten veelal vasthoudt aan gewoonten en traditionele bereidingswijzen uit het land van herkomst, vindt bij de tweede en derde generatie een verschuiving plaats naar sneller en makkelijker. Hoewel er steeds minder tijd is om met het hele gezin of de hele familie samen te eten, neemt ook bij de tweede en derde generatie migranten gezamenlijk eten nog steeds een belangrijke plaats in het leven in. Eten en eten bereiden zijn sociale aangelegenheden. Bij alle gelegenheden (verjaardagen, bruiloften et cetera) is er eten in overvloed.

Binnen veel traditionele buitenlandse keukens wordt geen onderscheid gemaakt in gangen. De gerechten worden tegelijkertijd op tafel gezet of afhankelijk van de bereidingstijd vlak na elkaar. Iedereen pakt wat hij lekker vindt en er wordt regelmatig gezamenlijk van schalen gegeten. Er is in die zin dus vaak geen sprake van afgemeten porties per persoon. Als ouder ben je een voorbeeld voor je kind. Kinderen kijken hoe je iets doet, wat je eet en hoeveel je beweegt. Zij imiteren dat. Zo leren zij hun eet- en beweeggewoonten aan.

In de praktijk blijkt dat bij veel culturen het hebben van overgewicht mooi wordt gevonden. Het suggereert welvaart en gezondheid. Het is daardoor moeilijk om deze groep te overtuigen en te motiveren om het voedingspatroon aan te passen wanneer het kind overgewicht heeft (*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d. D*).

2.4.6 Medische factoren

Slechts bij 5 procent van de kinderen met obesitas is er een duidelijke medische of psychologische oorzaak te vinden. Bij de meeste kinderen ligt de oorzaak in een combinatie van factoren: te weinig bewegen, te veel en te energierijk voedsel en een erfelijke aanleg voor obesitas (*Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, 2013*). Er zijn een aantal ziektes of aandoeningen die tot overgewicht kunnen leiden. Hier willen we kort bij stil staan.

Een traag werkende schildklier is een medische oorzaak wat tot overgewicht kan leiden. De schildklier zet de stofwisseling en temperatuur op een laag pitje, waardoor je minder snel vet verbrand. Aandoeningen van de hypothalamus leiden ook tot overgewicht. Deze aandoeningen zijn echter zeer zeldzaam. Er worden in dit deel van de hersenen veel zaken geregeld, onder andere ons eetgedrag en behoefte aan voedsel en het gevoel dat je bent verzadigd. Door een aandoening aan de hypothalamus krijg je niet door dat je geen trek hebt. Dit leidt tot overeten. Daarnaast kan er sprake zijn van familiale vetziekten. Deze ontstaan door stoornissen in de leverfuncties en nierfuncties wat

kan leiden tot overgewicht en obesitas. Ze kunnen ook ontstaan door bepaalde genetische afwijkingen.

Sommige medicatie kan ook leiden tot overgewicht. Enkele voorbeelden hiervan zijn de anticonceptiepil, middelen tegen depressies en middelen tegen epilepsie (*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d. C*).

2.4.7 Weinig slapen

Wetenschapper Femke Rutters onderzocht een groep kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 16 jaar, die om de vier jaar gevolgd werd in de ontwikkeling van hun lichaamsgewicht. De onderzoekster concludeert uit de gegevens dat de pubers die weinig slapen, zwaarder worden dan hun leeftijdgenoten die wel voldoende nachtrust hebben. Wie weinig slaapt, heeft overdag meer behoefte aan tussendoortjes dan mensen die acht uur per dag slapen, zo bleek uit onderzoeken aan de universiteiten van Chicago en Californië. Pubers die minder dan acht uur slapen, hebben een nog grotere kans op het ontwikkelen van overgewicht als hun vader en moeder ook te zwaar zijn (*Wensink, 2009*).

2.4.8 Beweging

Overgewicht wordt niet alleen veroorzaakt doordat kinderen te veel eten, maar vooral doordat kinderen te weinig bewegen. Uit allerlei wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat bewegen niet alleen goed voor ons is, maar zelfs noodzakelijk. Bewegen heeft een directe invloed op onze fitheid (uithoudingsvermogen, snelheid, kracht, lenigheid en coördinatie). Daarnaast heeft het een positief effect op allerlei gezondheidsaspecten (lichaamsvetverdeling, cholesterol, botdichtheid, bloeddruk, glucose- en insulinespiegel). Bewegen verlaagt het risico op het ontstaan van bepaalde ziekten. Er is overtuigend bewijs dat bewegen belangrijk is ter voorkoming van hart- en vaatziekten, suikerziekte (diabetes type 2), overgewicht en botontkalking. Tot slot zijn er sterke aanwijzingen voor een gunstig preventief effect van bewegen op een beroerte, depressie, darmkanker en borstkanker (*Dom, 2004*).

Nog niet de helft van de Nederlandse jeugd haalde in 2009 de bewegingsnorm. Die is voor kinderen en jongeren tot 18 jaar bepaald op minstens zestig minuten matig intensieve lichaamsbeweging per dag, gedurende minstens vijf dagen per week. Meisjes, adolescenten, jongeren die geen lid zijn van een sportclub en jongeren van niet-Nederlandse afkomst bewegen over het algemeen te weinig. Veel televisiekijken en computeren, waarbij ook calorierijk voedsel gegeten wordt, is een bekende risicofactor voor overgewicht (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 346*). Van de kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 11 jaar, voldoet in 2013 volgens de ouders, 21 procent aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en 36 procent voldoet aan de fitnorm (*van den Berg, & Vijlbrief, 2007*). De fitnorm is voor jong en oud gelijk en vereist ten minste drie keer per week, gedurende minimaal twintig minuten, zwaar intensieve lichamelijke activiteit. Deze norm is vooral gericht op het onderhouden van fysieke fitheid (uithoudingsvermogen, kracht en coördinatievermogen) (*Wendel-Vos, 2014*). Bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar is dit ongeveer hetzelfde: 13 procent zegt te voldoen aan de NNGB en 35 procent voldoet aan de fitnorm. Bijna een kwart van de jongeren zegt inactief te zijn. Bij kinderen ligt dit percentage een stuk later. Volgens ouders van kinderen tot 12 jaar is ruim 10 procent inactief. In het HBSC onderzoek (het landelijk scholieren onderzoek naar Gezondheid en Welzijn van Scholieren) van 2013 zijn kinderen en jongeren zelf bevraagd over hun beweeggedrag. Scholieren geven aan gemiddeld vier dagen in de week minimaal één uur te bewegen. Hiermee blijven ze onder de norm van dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit. Van de basisschoolleerlingen geeft 93 procent aan twee keer per week intensief te sporten of buiten te spelen. Voor de middelbare scholieren is dit 80 procent. Jongens sporten en bewegen meer dan meisjes. De groep leerlingen die minstens twee keer per week intensief sport of beweegt wordt kleiner met de leeftijd. Op 12-jarige leeftijd sport 88 procent van de kinderen minstens twee keer per week. Op 16-jarige leeftijd gaat het nog om 70 procent van de jongeren (*Nederlands Jeugdinstituut,*

2014d).

2.5 Mogelijke gevolgen van overgewicht

Er zijn verschillende mogelijke gevolgen voor kinderen van 4 tot en met 18 jaar met overgewicht. In de eerste plaats staan we stil bij de gezondheidsrisico's, vervolgens bij de psychosociale gevolgen en tot slot bij de maatschappelijke gevolgen.

2.5.1 Gezondheidsrisico's

Op korte termijn kunnen er bij kinderen orthopedische complicaties ontstaan zoals verminderde mobiliteit, knieklachten, pijn in de benen, rugpijn. Ook metabole verstoringen kunnen optreden, bijvoorbeeld stijging van het *LDL-cholesterol* en *triglyceriden*, *hyperinsulinemie* en *diabetes mellitus type 2*. Daarnaast kunnen er klachten vanuit het immuunsysteem ontstaan, zoals bronchitis en infecties aan de luchtwegen. Ook andere luchtwegklachten zoals astma, slaapapneu en belemmering van de normale ademhalingsbewegingen zijn gevolgen op korte termijn. Als laatste kan het kind last krijgen van acne, striae en schimmelinfecties in huidplooien, de zogenaamde huidklachten.

Een kind met overgewicht kan op lange termijn obesitas ontwikkelen. Bij kinderen blijft obesitas in minstens 30 procent van de gevallen bestaan op volwassen leeftijd. Ook geeft overgewicht tijdens de puberteit een driemaal grotere kans op overgewicht tijdens de volwassen leeftijd. Daarbij is het risico nog eens hoger als het kind ouders met obesitas heeft. Volwassenen die als kind obesitas hadden, hebben een verhoogde sterftekans, onafhankelijk van hun gewicht op volwassen leeftijd (van den Berg, & Vijlbrief, 2007). Anderen berekenden dat obesitas ook verantwoordelijk is voor een aanzienlijke verkorting van de levensduur (dertien jaar voor mannen, acht jaar voor vrouwen) (Braet, 2010).

Overgewicht is, zoals al eerder gezegd, een risicofactor voor het ontwikkelen van diabetes type 2 en het ontstaan van hart- en vaatziekten door bijvoorbeeld een verhoogde bloeddruk en een verhoogd cholesterolgehalte. Een ander gevolg op lange termijn is kanker. 5 procent van kankergevallen is toe te schrijven aan overgewicht en obesitas. Obesitas geeft ook meer kans op *jicht*, onvruchtbaarheid, menstruatiestoornissen en verslechtert het lichamelijk functioneren (van den Berg, & Vijlbrief, 2007).

2.5.2 Psychosociale gevolgen

Overgewicht op jonge leeftijd kan de emotionele- en sociale ontwikkeling en het zelfbeeld van een kind beïnvloeden. Kinderen met overgewicht of obesitas kunnen gepest worden, doordat zij een afwijkende lichaamsbouw en/of bewegingspatroon hebben. Ze worden vaak buiten gesloten. Dit kan ervoor zorgen dat ze onzeker worden en dat hun zelfvertrouwen geschaad wordt of dat ze depressief worden. Dit kan weer leiden tot een sociaal isolement bij kinderen met overgewicht. Ze durven zich niet of nauwelijks te laten zien, waardoor ze veel thuis blijven, wat weer kan leiden tot een toename in voedselverbruik (Aantjes-Westerlaken, 2012).

Uit onderzoek wordt geconcludeerd dat jongeren die overgewicht hebben minder presteren op school. Dit heeft te maken met een negatief zelfbeeld, depressieve gevoelens en emotionele- en gedragsproblemen. Dit leidt tot schoolverzuim en zorgt er voor dat deze jongeren sneller het doelwit zijn voor pesterijen (van Dal, & van Haaren, 2012).

Uit onderzoek blijkt ook dat jongeren met overgewicht en obesitas vaker aan zelfdoding denken en vaker een poging overwogen hebben. Dit heeft te maken met de depressie en pesterijen die plaatsvinden bij jongeren met een gewichtsprobleem. Zo blijkt dat jongens en meiden op het gebied van depressie op dezelfde lijn zitten. Van het totaal aantal jongeren met ernstig overgewicht denkt één derde wel eens aan het beëindigen van het leven of heeft wel eens een poging gedaan tot het doen van een zelfdoding. Het lichaamsbeeld van de desbetreffende persoon heeft veel te maken met

de aanzet tot een poging of de gedachten ernaartoe. Dit zijn voornamelijk negatieve gedachten achter het lichaamsbeeld die ook kunnen worden gecreëerd door leeftijdsgenoten of zelfs door ouders (*van Dal, & van Haaren, 2012*).

Iemands lichaamsbeeld is de voorstelling die iemand zich maakt van zijn eigen lichaam. Daarbij spelen objectieve kenmerken een rol, maar ook subjectieve gevoelens, ideeën en opvattingen. Kinderen vanaf 6 jaar hebben al een goed beeld van hun lichaam; ze kunnen de werkelijke omvang ervan goed aangeven. Vanaf 8 jaar kunnen ze vertellen hoe ze eruit zouden willen zien. Al op jonge leeftijd worden hun ideeën beïnvloed door het heersende modebeeld: slank of dun is mooi, gezet of dik is lelijk. Meisjes van 8 jaar zijn vaker ontevreden over hun lichaam dan 8-jarige jongens (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 336*). Ze willen meestal dunner zijn. Hoe ouder meisjes (maar ook jongens) worden, hoe meer zorgen ze zich maken over hun lichaamsbeeld. Kinderen met eetbuien hebben meer last van psychische problemen. Meisjes met obesitas ervaren in het algemeen meer problemen dan jongens met obesitas (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 337*).

Jongens met obesitas ervaren eerder problemen aan het begin van de puberteit. Meisjes met obesitas ervaren meer problemen met het ouder worden. Hun zelfbeeld wordt steeds negatiever door hun negatieve lichaamsbeeld. Overgewicht en obesitas kan praktisch ongemak veroorzaken. Denk aan problemen om leuke kleren te vinden, niet in een badpak durven lopen, minderwaardigheidsgevoelens en schaamtegevoelens. Gedragsproblemen zijn ook regelmatig het gevolg van overgewicht (*van Hintum, & Rigter, 2013, p. 337*).

2.5.3 Economische en maatschappelijke gevolgen

Het sterk groeiende probleem van overgewicht en obesitas staat ook in verband met de groeiende kosten voor de maatschappij, ten behoeve van de volksgezondheid. Aan ziekten als gevolg van overgewicht werd in 2010 1,6 miljard euro uitgegeven (2,2 procent van de totale uitgaven). Het meeste geld werd uitgegeven aan hart- en vaatziekten, gevolgd door diabetes en klachten en aandoeningen aan het bewegingsstelsel (*Hoogenveen, Luijben & Panhuis-Plasmans, 2012*).

Preventie van overgewicht op jonge leeftijd zal het aantal verloren levensjaren en het verlies van kwaliteit van leven als gevolg van obesitas in de toekomst terug kunnen dringen. Naast economische aspecten zijn er ook maatschappelijke problemen die met obesitas samengaan. Hierbij kan gedacht worden aan andere afmetingen van kleding, deuren, meubels, openbaar vervoer (auto's en vliegtuigen), speeltoestellen, ziekenhuisbedden et cetera. Preventie van overgewicht en obesitas is dus van groot belang en hier moet al op jonge leeftijd mee begonnen worden (*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d. B*).

2.6 Samenvatting

Overgewicht is een overschrijding van het normale vetgehalte van het lichaam die de gezondheid kan beïnvloeden. De Wereldgezondheidsorganisatie hanteert de volgende definitie van obesitas: een chronische ziekte, waarbij een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's. Om te bepalen wanneer er sprake is van een te hoog gewicht wordt de Body Mass Index (BMI) berekend. Ook voor kinderen is de BMI een snelle en eenvoudige methode om te bepalen of er sprake is van overgewicht. Voor kinderen gelden aangepaste grenswaarden, omdat tijdens de groeifase de hoeveelheid vetweefsel verandert. Bovendien is de BMI bij kinderen geslachtsafhankelijk: meisjes hebben gemiddeld een iets hogere BMI dan jongens. Je BMI zegt echter niets over hoe het vet over het lichaam verdeeld is.

Bij het ontstaan van overgewicht kunnen meerdere factoren een rol spelen. Deze factoren zijn als volgt:

1. Psychologische factoren. De vier psychologische eetstijlen die een verklaring bieden voor het ontstaan en het in stand houden van overgewicht zijn: de externe eetstijl, de emotionele eetstijl, de dieet-eetstijl en verkeerde eetgewoonten. Twee andere psychologische factoren zijn voorbeeldgedrag en ervaringsleren.
2. Perinatale factoren. Ondervoeding tijdens de zwangerschap kan een kind programmeren tot obesogeen gedrag. Kinderen die worden geboren met een laag gewicht en vervolgens een snelle inhaalgroei doormaken vormen ook een risicogroep, evenals kinderen met een hoog geboortegewicht. Moeders die tijdens de zwangerschap doorroken hebben 50 procent meer kans op kinderen met overgewicht op wat latere leeftijd. Daarnaast kan zwangerschapsdiabetes van de moeder ook leiden tot overgewicht bij het kind, dat geboren wordt.
3. Erfelijke factoren. De erfelijke aanleg heeft invloed op de manier waarop energie uit voedsel word opgeslagen, de vetverdeling over het lichaam en de stofwisseling tijdens rust. Als één of beide ouders overgewicht hebben, vergroot dat de kans op overgewicht bij het kind. Hierbij spelen niet alleen de genen een rol. Een kind neemt de voedings- en beweeggewoonten van de ouders over. Beide factoren moeten aanwezig zijn om overgewicht te ontwikkelen.
4. Omgevingsfactoren. Er valt een onderscheid te maken in: risicofactoren op het niveau van ouders en het gezin, honger en verzadiging en risicofactoren op het niveau van de omgeving.
5. Socio-demografische factoren. Hier valt een onderscheid te maken in: sociaaleconomische positie en diversiteit in eetculturen.
6. Medische factoren. Slechts bij 5 procent van de kinderen met obesitas is er een duidelijke medische of psychologische oorzaak te vinden. Een traag werkende schildklier, aandoeningen van de hypothalamus en familiale vetziekten zijn medische oorzaken die tot overgewicht kunnen leiden. Daarnaast kan sommige medicatie ook leiden tot overgewicht.
7. Weinig slapen. Wie weinig slaapt, heeft overdag meer behoefte aan tussendoortjes dan mensen die acht uur per dag slapen. Pubers die minder dan acht uur slapen, hebben een nog grotere kans op het ontwikkelen van overgewicht als hun vader en moeder ook te zwaar zijn.
8. Beweging. Bewegen heeft een directe invloed op onze fitheid. Bewegen verlaagt het risico op het ontstaan van bepaalde ziekten.

Het hebben van overgewicht brengt gezondheidsrisico's met zich mee. Op korte termijn kunnen er bij kinderen orthopedische complicaties ontstaan, metabole verstoringen optreden en kunnen er klachten vanuit het immuunsysteem ontstaan. Ook kan het kind last krijgen van acne, striae en schimmelinfecties in huidplooien. Volwassenen die als kind obesitas hadden, hebben een verhoogde sterftekans en een risicofactor voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Een gevolg op lange termijn is kanker.

Naast gezondheidsrisico's kan overgewicht ook nog psychosociale gevolgen met zich meebrengen. Overgewicht op jonge leeftijd kan de emotionele- en sociale ontwikkeling en het zelfbeeld van een kind beïnvloeden. Uit onderzoek wordt geconcludeerd dat jongeren die overgewicht hebben minder presteren op school. Dit heeft te maken met een negatief zelfbeeld, depressieve gevoelens en emotionele- en gedragsproblemen. Overgewicht en obesitas kan praktisch ongemak veroorzaken. Gedragsproblemen zijn ook regelmatig het gevolg van overgewicht. Tot slot kan overgewicht ook nog economische en maatschappelijke gevolgen hebben.

Hoofdstuk 3: Welke middelen zijn er al ontwikkeld om overgewicht te reduceren en te voorkomen?

3.1 Inleiding

Dat overgewicht een actueel thema is, valt terug te zien in de hoeveelheid middelen en interventies die er ontwikkeld zijn. Deze middelen zijn gericht op verschillende betrokkenen rondom het kind of de jongere met overgewicht. Zowel op scholen, sportclubs, gezinnen als op de wijk. Het doel van deze deelvraag is om zicht te krijgen op het aanbod van middelen waar in Nederland gebruik van gemaakt wordt. Voordat wij advies gaan geven aan Stichting Elan waaruit een integrale aanpak moet bestaan, is het relevant om meer te weten over de middelen waar al gebruik van gemaakt wordt, zodat we hier met ons advies bij aan kunnen sluiten.

3.2 Maatschappelijke initiatieven

Overgewicht wordt wereldwijd gedefinieerd als een sterk groeiend gezondheidsprobleem. Ook in Nederland is overgewicht een actueel thema. Steeds meer worden overgewicht en obesitas gezien als een maatschappelijk probleem, dat alleen door maatschappelijke veranderingen kan worden teruggedrongen (*van den Hoven, & Kessler, 2011, p. 20*). Een initiatief als het 'Convenant Gezond Gewicht' vormt hier een duidelijk voorbeeld van. Het 'Convenant Gezond Gewicht' was in de periode 2010-2014 een uniek samenwerkingsverband van in totaal 26 partijen, afkomstig uit lokale overheden, het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties, die zich gezamenlijk inzetten om de stijgende lijn van overgewicht en obesitas om te buigen in een daling. Dit convenant is per 1 januari 2015 doorgegaan als 'Stichting Jongeren Op Gezond Gewicht' (JOGG) (*Convenant Gezond Gewicht, z.d.*). JOGG wil samen met scholen, ouders, sportverenigingen, bedrijven, overheden en zorgverleners een wereld creëren waarin kinderen opgroeien met een gezond beeld van voeding en beweging. Het doel is het streven naar een samenleving waarin alle kinderen en jongeren wonen, leren, recreëren en werken in een omgeving waarin een gezonde leefstijl de normaalste zaak van de wereld is. De aanpak is ontwikkeld in Frankrijk, waar bewezen is dat als de hele maatschappij zich inzet je overgewicht wél kunt terugdringen (*Jongeren op Gezond Gewicht, z.d.*). Naast JOGG zijn er vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nog andere initiatieven gestart die gericht zijn op de preventie van overgewicht en obesitas. Voorbeelden hiervan zijn: 'Hallo Wereld' (een voorlichtingsprogramma bedoeld om ouders van jonge kinderen te helpen met een gezonde leefstijl en een gezonde opvoeding), de 'Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid', het 'Partnerschap Overgewicht Nederland' en diverse landelijke campagnes als 'de Balansdag' van het Voedingscentrum (*Gezondheidsraad, 2010*).

Uit de verscheidenheid van bovengenoemde maatschappelijke initiatieven valt af te lezen dat de aanpak rondom overgewicht een actueel thema is, wat er echt toe doet. Vanuit maatschappelijk oogpunt is de gezondheid van mensen van belang. Voor een hoog welvaartspeil is het noodzakelijk dat veel mensen ondernemend, actief en productief zijn. Een concurrerende economie stelt eisen aan de veerkracht van de (beroeps)bevolking (*van den Hoven, & Kessler, 2011, p. 23*). Om deze veerkracht te kunnen waarborgen wordt er vanuit de overheid gestreefd naar een gezonde levensstijl van de burgers. Vanuit de Rijksoverheid worden mensen gestimuleerd om meer te bewegen en gezonder te eten. Het doel hiervan is om overgewicht en obesitas terug te dringen. Om overgewicht terug te dringen, financiert de Rijksoverheid programma's om mensen meer te laten bewegen. Naast voldoende bewegen is het belangrijk om gezond en niet te veel te eten. De Rijksoverheid financiert het Voedingscentrum, dat onder andere informeert over gezonde voeding. Ook geeft het Voedingscentrum tips om een gezond gewicht te behouden. Kinderen wennen snel aan een ongezonde leefstijl. Daarom geeft de Rijksoverheid geld aan programma's die zorgen dat kinderen en jongeren gezond eten en bewegen (*Rijksoverheid, z.d.*).

Zo voert de overheid gezondheidsbeleid. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat ze in de periode van 2010-2015 obesitas terug wil dringen met preventieve maatregelen. Ethische argumenten daarbij kunnen zijn:

- Het is 'voor eigen bestwil'. Als men goed geïnformeerd was en goed nadacht, zou men zelf voor gezond gedrag kiezen. Te sterk paternalisme ontkent de keuzevrijheid van het individu;
- Overheidsdwang is gerechtvaardigd als het schade aan derden voorkomt, of een essentieel collectief goed in stand houdt;
- Er is sprake van druk op een collectief goed: de gezondheidszorg. 'Free riders' profiteren daarvan, zonder zelf een bijdrage te leveren;
- Preventie kan een bijdrage leveren aan 'verdelende rechtvaardigheid': het terugdringen van gezondheidsverschillen kan ermee worden bereikt.

Voorwaarden voor dwang en drang bij preventie zijn daarnaast:

- De interventie is effectief;
- De inbreuk op vrijheid is zo gering mogelijk;
- De interventie staat in de juiste verhouding tot het doel;
- De interventie staat in de juiste verhouding tot andere waarden (*van den Hoven & Kessler, 2011, p. 29 en 30*).

3.3 Preventieve en curatieve interventies

Wanneer we het hebben over middelen om overgewicht bij kinderen en jongeren te reduceren en te voorkomen, is er op verschillende manieren een verdeling te maken. Allereerst zijn interventies voor overgewicht te onderscheiden in preventieve interventies om overgewicht te voorkomen en curatieve interventies om overgewicht te verhelpen of te verminderen. Op te merken valt dat de meeste interventies gericht zijn op kinderen. Preventieve interventies worden vaak door het onderwijs uitgevoerd. Curatieve interventies lopen meestal via de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD). Verder kunnen interventies uitsluitend of mede gericht zijn op overgewicht. Verder kan het ook verschillen voor wie de interventies bedoeld zijn. Zo zijn er ook interventies ontwikkeld voor ouders met aandacht voor overgewicht bij kinderen. Dit zijn interventies voor opvoedingsondersteuning, gezinsgerichte interventies voor ontwikkelingsstimulering en programma's voor voor- en vroegschoolse educatie met een oudercomponent (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d.*).

3.3.1 Preventief ingrijpen

'Voorkomen is beter dan genezen' is een traditioneel denkbeeld dat bij preventieve interventies te horen is. De toegenomen kennis over de oorzaken van ziekte en daarmee ook de mogelijkheden om ziekte te voorkomen en preventief in te grijpen, zijn de afgelopen decennia sterk toegenomen (*van den Hoven, & Kessel, 2011, p. 11*). Dit preventieve gedachtegoed is ook terug te zien bij de middelen en interventies die er ontwikkeld worden om overgewicht bij kinderen en jongeren te reduceren en te voorkomen. Uit onderzoek is gebleken dat kinderen met overgewicht relatief vaak als volwassenen overgewicht zullen behouden. Het is daarom van groot belang om overgewicht op jonge leeftijd te voorkomen en te reduceren bij kinderen die al overgewicht ontwikkeld hebben (*Vos, & van der Wolde, 2012*). Preventie van ziekte is een vanzelfsprekend deel van de gezondheidszorg geworden, waarop steeds meer de nadruk komt te liggen (*van den Hoven, & Kessler, 2011, p. 11*). Net als bij gedragsstoornissen wordt bij de preventie van obesitas een brede strategie bepleit. Het idee daarachter is dat er verschillende risicofactoren zijn en dat er bij een preventieproject gericht op slechts één of twee risicofactoren de resultaten waarschijnlijk niet blijvend zijn. In het algemeen werkt het bevorderen van een gezonde levensstijl beter dan de focus uitsluitend te leggen op het verminderen van het gewicht (*Gezondheidsraad, 2010*).

3.3.2 Behandelprincipes

Recent onderzoek bevestigt het nut van een brede strategie: preventieprogramma's waarbij de ouders betrokken worden werken beter dan programma's die alleen op kinderen gericht zijn (Vos, 2011). Als we kijken naar de behandeling van obesitas bij kinderen zien we dat deze vooral gebaseerd is op cognitief-gedragstherapeutische principes. Dit wordt bij voorkeur in kleine groepen gedaan, zodat kinderen van elkaar kunnen leren door goed voorbeeldgedrag (Braet, 2000). De volgende uitgangspunten worden gehanteerd:

- De behandeling begint op vrij jonge leeftijd (tussen de 7 en 12 jaar);
- Het overgewicht is nog niet al te ernstig (BMI onder de dertig);
- Er wordt niet gestreefd naar afvallen, maar wel naar niet verder aankomen (omdat het kind nog verder in de lengte groeit, zal bij gelijkblijvend gewicht de BMI dalen);
- Er wordt gestreefd naar aanvaarding van het lichaam en het (over)gewicht.

De redenen van de laatste twee punten zijn de slechte en contraproductieve resultaten van een afvaldieet. Bij de behandeling is er aandacht voor het in beeld brengen van het eetgedrag (het kind leert eetdagboeken bij te houden), er worden contracten afgesloten (zoals een appel na het sporten of minder snoepen tussen drie en zes uur 's middags), met het kind wordt uitgezocht in welke situaties zij extra risico's loopt om te gaan eten (stimuluscontrole) en haar wordt geleerd een vaste eetstrategie te hanteren (drie complete maaltijden en drie gezonde tussendoortjes, geen maaltijden overslaan). Bovendien leert het kind hoe zij moet omgaan met risicovolle situaties: door probleemoplossend denken, vaardigheden op het gebied van zelfcontrole en concrete gedragingen (Rigter, 2013, p. 408).

Andere behandel mogelijkheden zijn het geven van psycho-educatie, het betrekken van het gezin bij de behandeling door gezinsgesprekken en het werken in kleine groepen, omdat dit voor de kinderen prettiger is en ze van elkaar leren. Veel andere mogelijkheden tot behandeling zijn er niet. Bij zeer extreme obesitas is soms een residentiële behandeling nodig (Rigter, 2013, p. 408 en 409).

3.3.3 Apps

Tevens zijn er handige apps waar ouders gebruik van kunnen maken, waarmee ze de ontwikkeling en groei van hun kind kunnen volgen. Dit kan een handig middel zijn om te kijken of een kind zich volgens de algemene ontwikkelingslijn ontwikkelt. Voorbeelden van deze apps zijn als volgt:

- GroeiApp – Met de app van de GroeiGids kun je als ouder de groei en ontwikkeling van je kind(eren) bijhouden;
- iGrow – Met de app van TNO kun je eenvoudig zien hoe je kind (van 0 tot 10 jaar) groeit, hoe lang je kind wordt en of het een gezond gewicht heeft;
- GezondGroeien – Met de app van het Voedingscentrum kun je de groei en ontwikkeling van je kind in je buik en de eerste jaren daarna volgen (Opvoedinformatie, z.d.).

3.4 Specifieke interventies

Nu duidelijk is welke behandel mogelijkheden er zijn, willen we ingaan op het aanbod van specifieke interventies die al ontwikkeld zijn. Deze interventies willen we in alfabetische volgorde langsgaan.

Alle leerlingen actief

'Alle Leerlingen Actief' wil inactieve leerlingen aanzetten tot meer lichamelijke activiteit. Het gaat hierbij om leerlingen die niet reageren op het aanbod van school en meer nodig hebben om het plezier in bewegen te (her)vinden. Zij worden via persoonlijke motivatiegesprekken met een docent of intern begeleider gemotiveerd om meer te gaan bewegen (Nederlands Jeugdinstituut, z.d. E).

Armoede en gezondheid van kinderen

'Armoede en gezondheid van kinderen' tracht de gezondheidsbedreiging van kinderen ten gevolge van armoede tegen te gaan. De interventie richt zich op kinderen uit de groepen twee en zeven van het basisonderwijs en bestaat uit een aantal stappen. Namelijk een periodiek gezondheidsonderzoek, een vervolcontact met het A-team en tot slot het al dan niet verstrekken van een vergoeding (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. F*).

Beweeg Wijs

'Beweeg Wijs' bevordert de lichamelijke activiteit van kinderen van 2 tot 12 jaar in de kinderopvang, het regulier- en speciaal basisonderwijs en de naschoolse opvang door de speel- en beweegmogelijkheden op het schoolplein te verbeteren. Er worden speelzones ingericht, voldoende speelmaterialen en spelletjes klaargezet, speelbegeleiders ingezet en kinderen uit groep zeven en acht opgeleid tot junior coaches die dagelijks op het plein beschikbaar zijn (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. G*).

B-Fit

'B-Fit' is een integraal, meerjarig (2 tot 3 jaar) programma gericht op het voorkomen van overgewicht onder jeugdigen van 2 tot en met 18 jaar. Het programma bestaat uit meerdere bestaande interventies die zijn opgenomen in een menukaart. Het programma wordt uitgevoerd op peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en scholen (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. H*).

B.Slim beweeg meer.eet gezond

De wijkgerichte meerjarenaanpak 'B.Slim beweeg meer.eet gezond' wil overgewicht bij kinderen van 0 tot 12 jaar met een lage SES en/of van allochtone afkomst voorkomen, vroegtijdig opsporen en terugdringen. Met behulp van sleutelfiguren uit de wijk en een activiteitenplan op maat wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de belevingswereld, wensen en behoeften van de doelgroep en bij bestaande initiatieven in de wijk (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. I*).

Club fit 4 Utrecht

Het doel van 'Club Fit 4 Utrecht' is het aanleren van gezond gedrag bij kinderen van 4 tot 12 jaar met overgewicht, waardoor het overgewicht op langere termijn vermindert. De kinderen volgen een beweegprogramma van twaalf weken en de ouders volgen een participatieprogramma (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. J*).

Club2Move

'Club2Move' wil een gezonde en actieve leefstijl bevorderen bij jongeren van 10 tot 18 jaar. De interventie biedt een sportbuurtclub waar jongeren de gelegenheid krijgen minimaal twee keer in de week te sporten. Tevens worden activiteiten op het gebied van gezonde voeding georganiseerd. Jongeren krijgen zelf een rol in de promotie, organisatie en uitvoering van de activiteiten (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. K*).

Cursus Evenwicht

'Cursus Evenwicht' richt zich op kinderen tussen de 9 en 12 jaar met overgewicht of obesitas en (één van) hun ouders. In dertien bijeenkomsten wordt het voedingsgedrag (minder gesuikerde drankjes en gezondere tussendoortjes) en het beweeggedrag (meer actief bewegen en minder inactiviteit) van de kinderen aangepakt, met als uiteindelijk doel gewichtsstabilisatie of gewichtsafname (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. L*).

De Gezonde HAP&StAP Vierdaagse

'De Gezonde HAP& STAP Vierdaagse' is een interventie voor leerlingen uit groep vijf en hun ouders. Gedurende vier dagen - plus een follow-up bijeenkomst - vinden speelse voedings- en bewegingsactiviteiten plaats met als doel de bewustwording, kennis en attitude van kinderen en

ouders ten opzichte van gezonde voeding en voldoende beweging te verbeteren (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. M*).

De Gezonde Schoolkantine

‘De Gezonde Schoolkantine’ heeft als doel om leerlingen van het voortgezet onderwijs gezonde producten te laten kopen in de schoolkantine. De minimale variant van ‘De Gezonde Schoolkantine’ bestaat uit het aanpassen van het kantineaanbod. In de optimale variant wordt de minimale variant aangevuld met lessen over gezonde voeding en opname van de aanpak in het schoolgezondheidsbeleid (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. N*).

Dutch Obesity Intervention in Teenagers

‘DOIT’ wil leerlingen in het eerste en het tweede leerjaar van het VMBO aanzetten tot gezonde voeding en voldoende bewegen en daarmee overgewicht voorkomen. De interventie bestaat uit twaalf lessen verzorging/biologie en vier gymlessen, verdeeld over twee schooljaren. Speerpunten zijn: minder gesuikerde frisdranken en ongezonde snacks, minder zittend gedrag en meer lichamelijke activiteit (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. O*).

GO (Gezond gewicht Overvecht)

‘Gezond Gewicht Overvecht’ (GO) wil overgewicht voorkomen en terugdringen door het stimuleren van gezonder eten en meer bewegen bij 0 tot 19 jarigen in Utrecht Overvecht. ‘GO’ is een meerjarige aanpak en zet educatieve interventies in om de BOFFT leefstijlgedragingen bij kinderen te verbeteren. De letters BOFFT staan voor: bewegen, ontbijten, fruit eten, ontmoedigen van frisdrankgebruik en tv kijken/computeren (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. P*).

Groente en Fruit op School: SchoolGruiten en het EU-Schoolfruitprogramma

‘Groente en Fruit op School’ beoogt kinderen van 12 jaar minimaal twee keer per week groente en fruit op school te laten eten. Het programma bestaat uit twee delen: het stimulansprogramma EU-Schoolfruit waarbij scholen starten met een periode gratis groente en fruit en het programma SchoolGruiten waarbij scholen zelfstandig groente en fruit op school leveren, minstens 2 keer per week (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Q*).

IRun2BFit

‘IRun2BFit’ wil leerlingen van de onderbouw van het voortgezet onderwijs tot meer bewegen aanzetten. Het tien weken durende programma bestaat uit tien wekelijkse lessen biologie, twintig looptrainingen tijdens reguliere lessen lichamelijke opvoeding, tien looptrainingen thuis en drie feestelijke momenten. Deze momenten zijn een gezamenlijke kick-off, testloop en deelname aan het afsluitende loopevenement waarin zij vijf kilometer lopen (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. R*).

JUMP-in

Het doel van ‘JUMP-in’ is een toename van de totale dagelijkse lichamelijke activiteit en van sportdeelname van kinderen van basisscholen in achterstandswijken. Het programma heeft onderdelen op het terrein van onderwijs, sport, zorg en beleid. Binnen bepaalde programmaonderdelen is er specifieke aandacht voor inactieve kinderen, kinderen met overgewicht, kinderen met een achterstand in hun motorische ontwikkeling of andere beperkingen in de beweegcontext. Het programma wordt uitgevoerd op school en is ontworpen voor permanent gebruik (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. S*).

Lekker Fit!

‘Lekker Fit!’ heeft als doel overgewicht te stabiliseren en bewegingsarmoede te verminderen door het bevorderen van gezonde voeding en beweging. Het programma richt zich op Rotterdamse basisschoolleerlingen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar en biedt onder andere een gymleraar 'nieuwe stijl', 'drie gymlessen per week aan. Daarnaast een extra bewegingsaanbod buiten schooltijd,

voorlichting aan kinderen en ouders en een leerlingvolgsysteem in de vorm van een Fitmeter (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. T*).

Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht

Het 'Overbruggingsplan' voorziet in een systematische aanpak voor jeugdgezondheidszorg-medewerkers (JGZ) om kinderen met overgewicht vroegtijdig op te sporen, te adviseren en te begeleiden om verdere relatieve gewichtstoename en daarmee obesitas te voorkomen. Het plan is bedoeld voor kinderen van 0 tot 18 jaar en bestaat uit vier consulten met kinderen, ouders en ouders en kinderen samen (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. U*).

PLAYgrounds

'PLAYgrounds' wil dat kinderen van groep drie tot en met acht dagelijks minimaal vijftien minuten matig intensief bewegen op het schoolplein, tijdens de ochtendpauze. Daarnaast wordt het schoolplein fysiek aangepast en word actief gebruik ervan gestimuleerd door een hotspotsysteem, klassenkisten met materiaal, ondersteunende gymlessen, maandelijkse thema's waaraan lessen en materiaal gekoppeld worden, kijkwijzers en participatie van leerkrachten en ouders (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. V*).

RealFit

Het hoofddoel van 'RealFit' is om een gewichtsstabilisatie of gewichtsafname te bereiken bij jongeren tussen 13 en 18 jaar met een te hoge Body Mass Index. 'RealFit' duurt dertien weken en bestaat uit dertien beweeglessen, drie voedingslessen, vier individuele consulten met een diëtist(e), tien psychologie/vaardigheidslessen en drie ouderavonden (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. W*).

sCOOLsport

Het hoofddoel van 'sCOOLsport' is het stimuleren van de ontwikkeling van een actieve en gezonde leefstijl bij basisschoolkinderen van 4 tot 12 jaar door het vergroten van de effectiviteit van de bijdrage die basisscholen hieraan leveren. Gedurende drie jaar worden basisscholen aan de hand van een stappenplan, diverse hulpmiddelen en interventies ondersteund bij de implementatie van 'sCOOLsport' (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. X*).

Scoren voor Gezondheid

'Scoren voor Gezondheid' wil kinderen van 9 tot en met 12 jaar en hun ouders bewust maken en aanzetten tot een gezonde leefstijl. Gedurende een periode van twintig weken vinden diverse activiteiten plaats om de kinderen tot een gezonde leefstijl te motiveren. Deze periode begint en sluit af met een clinic- en testdag op het terrein van een voetbalvereniging (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Y*).

Smaaklessen

'Smaaklessen' wil leerlingen van 4 tot 12 jaar in het basisonderwijs interesseren voor voeding zodat zij later bewuste en gezonde keuzes kunnen maken. Het lesprogramma bestaat uit acht tot tien lessen per twee jaargroepen die zijn opgebouwd rondom drie pijlers: smaak, voeding en gezondheid en voedselkwaliteit (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Z*).

Special Heroes

'Special Heroes' is een sportstimuleringsprogramma voor leerlingen van 6 tot 20 jaar in het speciaal onderwijs en het praktijkonderwijs. Sporten en bewegen worden gestimuleerd door gedurende enkele onderwijsblokken binnen en buiten school sportactiviteiten aan te bieden en tegelijk te zorgen voor een structurele inbedding van sport en bewegen binnen en buiten de school. Het uiteindelijke streven is lidmaatschap van een sportvereniging (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Z1*).

Spreekuur Familie Lekkerbek

‘Spreekuur Familie Lekkerbek’ is voor kinderen van 4 tot en met 18 jaar met (dreigend) overgewicht, obesitas of problemen rond voeding en beweging en hun ouders. Zij krijgen in maximaal zes consulten advies over gezonde voeding, gezond bewegen of opvoeding en stellen concrete doelen op. De eerste consulten zijn gericht op de motivatie van kind en de ouders en het opstellen van een plan van aanpak. Vervolgens wordt het plan van aanpak uitgevoerd (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Z2*).

SuperChefs

‘SuperChefs’ is een serie van acht kookworkshops voor kinderen van ongeveer 10 tot 12 jaar oud. In de workshops ontdekken de kinderen hoe gezond, lekker en makkelijk koken kan zijn en hoe zij zelf een gezonde maaltijd of tussendoortje klaar kunnen maken. Zo worden zij gestimuleerd een gezond eetpatroon aan te leren (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Z3*).

VETisnietVET

‘VETisnietVET’ is een online advies-op-maat website gericht op het verbeteren van het voedings-, beweg- en sedentair gedrag bij jongeren in de brugklas (12 tot 13 jaar) en daarmee op het voorkomen van overmatige gewichtstoename. De acht modules van de interventie gaan in op de energiebalans, voedingsgedrag, bewegen en sedentair gedrag (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Z4*).

Voor je het weet zijn ze groOt

‘Voor je het weet zijn ze groOt’ richt zich op ouders met kinderen van 2 tot 12 jaar. Het doel is om ouders te versterken in hun opvoedvaardigheden, om hun kinderen gezonde voedings- en beweeggewoonten aan te leren en om ouders minimaal één van de aangereikte opvoedvaardigheden toe te laten passen in hun thuissituatie. De interventie wordt uitgevoerd in de vorm van een ouderbijeenkomst over opvoeding, voeding en bewegen, waarin interactieve theaterscènes en groepsbesprekingen met elkaar afgewisseld worden (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Z5*).

Weet en Beweeg

‘Weet & Beweeg’ wil door middel van een gezond voedings- en bewegingspatroon een afname van BMI bij kinderen van 6 tot 18 jaar met overgewicht/obesitas bewerkstelligen. Het is een ambulante, multidisciplinaire groepsbehandeling, bestaande uit twaalf cursusbijeenkomsten en beweegsessies voor kinderen en negen ouderbijeenkomsten (*Nederlands Jeugdinstituut, z.d. Z6*).

3.5 Conclusie

Uit bovengenoemde interventies blijkt dat er al veel middelen ontwikkeld zijn om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen. Bij het adviesrapport wat we gaan schrijven, voor het ontwikkelen van een integrale aanpak, is het dan ook van belang om rekening te houden met welke middelen er al ontwikkeld zijn en te kijken naar welke van deze interventies er in Barneveld passend zijn. We kijken naar welke interventies er al ingezet worden en hoe de effectiviteit van deze interventies is. Het doel van het adviesrapport is om aan te sluiten bij wat er al is, organisaties hier inzicht in te geven en tevens duidelijk te krijgen waar nog kansen liggen. Naast het bieden van inzicht in wat er al ontwikkeld is, willen we door middel van het doen van aanbevelingen, organisaties ook inzicht geven in wat een ieders rol is in de aanpak tegen overgewicht. Waar nu organisaties vooral individueel te werk gaan, willen we advies geven uit welke organisaties een integrale aanpak moet bestaan en wat ieders rol hierin is, zodat de onderlinge samenwerking tot *synergie* kan leiden.

Hoofdstuk 4: Waar hebben de professionals behoefte aan als het gaat om het opzetten van een integrale aanpak en hoe handelen zij vanuit hun functie, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar met overgewicht?

Inleiding

Om een goed beeld te krijgen op welke manier het samenwerken in een multidisciplinair team ten opzichte van het onderwerp overgewicht bij kinderen en jongeren in de gemeente Barneveld geïmplementeerd kan worden, moet er eerst in kaart gebracht worden wat de huidige werkwijze is van de betrokken disciplines. In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de volgende vraag: waar hebben de professionals behoeften aan als het gaat om het opzetten van een integrale aanpak en hoe handelen zij vanuit hun functie, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar met overgewicht?

4.1 Interviews

Om duidelijk te krijgen waar de behoeften van professionals liggen, met betrekking tot een integrale aanpak en hoe zij handelen vanuit hun functie bij kinderen met overgewicht, hebben we diepte-interviews afgenomen. In totaal zijn er acht interviews⁷ afgenomen. Deze interviews hebben wij afgenomen met professionals die nauw samenwerken met kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar, in Barneveld. Zo hebben wij een interview afgenomen met een kinderarts, die werkzaam is in Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede, met de zorgcoördinator van praktijkschool De Meerwaarde, met een kinderfysiotherapeut, een zorgcoördinator van Diëtistenpraktijk Barneveld, een huisarts, met twee schoolmaatschappelijk werkers, een jeugdverpleegkundige en een intern begeleider van basisschool De Fontein.

Voor het verwerken van de diepte-interviews hebben we gebruik gemaakt van labels. In dit hoofdstuk zullen we aan de hand van de labels de informatie uit de diepte-interviews uitwerken. Per discipline zullen we ingaan op de signalering en het doorverwijzen. Vervolgens bespreken we welke behandelprogramma's er worden ingezet en wat de huidige werkwijze van de professionals is. Daarna zullen we stilstaan bij de adviezen van de professionals voor het opzetten van een integrale aanpak. Tot slot beschrijven we welke factoren belemmerend kunnen zijn bij het opzetten van een integrale aanpak.

4.1.1 Kinderarts ziekenhuis Gelderse Vallei

Signalering en doorverwijzen

Kinderen met overgewicht die in het ziekenhuis komen, worden vaak doorverwezen door de jeugdgezondheidszorg of door de huisartsen. Omdat zij veel kinderen zien is de jeugdgezondheidszorg een belangrijke partner die in het multidisciplinair team van het ziekenhuis ontbreekt. Daarnaast worden kinderen met overgewicht, die op de poli komen, af en toe actief benaderd om deel te nemen aan een programma in het ziekenhuis. Het komt ook voor dat ouders aangeven dat zij hulp willen voor hun kind met overgewicht.

Behandelprogramma's 'Aan Tafel!', 'Basta!' en 'Toppers'

De kinderen die meedoen met de behandelprogramma's hebben over het algemeen ernstig overgewicht. Dit komt omdat het een heel selecte populatie is, die uiteindelijk naar het ziekenhuis doorgestuurd wordt. In het ziekenhuis zijn er drie behandelprogramma's voor kinderen met overgewicht. Het programma 'Aan Tafel!' is voor kinderen in de leeftijd van 3 tot en met 7 jaar. Dit programma is met name gericht op de ouders. Het programma 'Basta!' is voor kinderen in de leeftijd van 8 tot en met 11 jaar. Daarnaast is er ook het behandelprogramma 'Toppers'. Dit is bedoeld voor

⁷ De indeling van de diepte-interviews met professionals is terug te vinden in bijlage 1.

jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar. Dit zijn één-jaar-durende behandelprogramma's. Vanuit het ziekenhuis is het streven om tien kinderen per groep te hebben en twee groepen per behandelprogramma per jaar.

‘Aan Tafel!’

Het programma ‘Aan Tafel!’ bestaat uit persoonlijke begeleiding voor ouders en kind, groepsbijeenkomsten voor ouders en bewegen voor ouder en kind. In totaal zijn het vijftien afspraken verdeeld over één jaar, waarvan negen de eerste drie maanden. De eerste drie maanden zijn intensief, daarna wordt er afgebouwd. Er zijn vier beweegbijeenkomsten voor ouders en kinderen. Tijdens deze bijeenkomsten gaan kinderen bewegen met de fysiotherapeut. Hij kan kijken hoe het kind beweegt, wat er verbeterd kan worden, welke sport in de toekomst het beste bij het kind past en hoe het bewegen in het dagelijks leven geïntegreerd kan worden. Daarnaast zijn er drie individuele bijeenkomsten. Aan de start, na het intensieve gedeelte en aan het eind. De overige bijeenkomsten zijn ouderbijeenkomsten. Deze bijeenkomsten gaan over opvoeden. De onderwerpen die aan bod komen zijn: eten, bewegen en het zelfbeeld van kinderen. Er wordt gekeken hoe het eten en bewegen van het kind op het moment is en waar verbeterpunten liggen. Ouders stellen samen met de behandelaars de doelen op waar ze aan willen werken. Het behandelprogramma is niet alleen bedoeld voor het kind, maar het is ook op de ouders gericht. Ouders worden geholpen om de levensstijl van hun kind te verbeteren. In veertien modules krijgen zij door het jaar heen, een op maat gemaakt programma. (*Ziekenhuis Gelderse Vallei, z.d. A*).

‘Basta!’

Het programma ‘Basta!’ is een intensief programma waarin kinderen met hun ouders de eerste drie maanden twee keer per week naar het ziekenhuis komen voor een beweegbijeenkomst en een groepsgebesprek. Daarna zijn de bijeenkomsten minder frequent, ongeveer één keer per maand. In dit behandelprogramma staan de trainingssessies voorop. Deze zijn met name gericht op conditie en krachtverbetering. Belangrijke onderwerpen die aan bod komen in de bijeenkomsten zijn: gezonde voeding, gezonde keuzes, motivatie, bewegen, zelfbeeld, doelen stellen en plannen. Het behandelprogramma is nadrukkelijk gericht op de ouders. Zij spelen een essentiële en onmisbare rol in het aanpakken van het overgewicht van hun kind. Van de ouders wordt verwacht dat zij een positieve voorbeeldfunctie vervullen in het veranderen van de leefstijl in het gezin en dat ze actief deelnemen aan de ouderbijeenkomsten. Het digitale werkboek vormt een belangrijk onderdeel van het programma (*Ziekenhuis Gelderse Vallei, z.d. B*).

‘Toppers’

Het programma ‘Toppers’ start in het ziekenhuis met drie tienerbijeenkomsten per week en één bijeenkomst voor ouders. Aansluitend vindt het drie maanden durende intensieve gedeelte van het programma plaats, waarin tieners wekelijks naar het ziekenhuis komen voor een beweegbijeenkomst of inhoudelijke groepssessie. De frequentie van de bijeenkomsten wordt afgebouwd tot driewekelijks in het daaropvolgende minder intensieve gedeelte van het programma. Belangrijke onderwerpen die aan bod komen zijn: gezonde voeding, volhouden, motivatie en zelfbeeld (*Ziekenhuis Gelderse Vallei, 2014a*). Een belangrijk onderdeel van het programma is ook het digitale werkboek. De ouders krijgen een persoonlijke inlogcode, waarmee ze kunnen inloggen. Daarmee loggen ze in op het digitale werkboek en dan kunnen ze informatie terug lezen over de dingen die zijn behandeld tijdens de bijeenkomst. Ze kunnen ook opdrachten maken die ze als voorbereiding sturen op de volgende bijeenkomst, zodat alle zorgverleners op het programma en op directe vragen van de mensen zelf kunnen aansluiten. Ook kunnen ze eet- en beweegboekjes invullen (*Ziekenhuis Gelderse Vallei, 2014c*).

Voor de zojuist besproken programma's is een nazorgtraject van twee jaar opgezet. Voor ‘Aan Tafel!’ is dat ‘Na Tafelen’. Voor ‘Basta!’ is dat ‘Forza’ en voor ‘Toppers’ is dat ‘Master Topper’. Om de drie maanden staat een bijeenkomst gepland, zodat het ziekenhuis de kinderen in de gaten kan houden.

Na één en na twee jaar is er een extra meetmoment voor het wetenschappelijk onderzoek. Alle vragenlijsten worden opnieuw afgenomen en er worden opnieuw laboratoriumonderzoeken gedaan om de kinderen goed in de gaten te houden. Door te werken met kleine doelen wordt er toegewerkt naar een leefstijlverandering op lange termijn. In Veenendaal wordt het behandelprogramma 'Aan Tafel!' ook uitgevoerd door een multidisciplinair team. De bijeenkomsten worden gehouden in het lokale buurthuis en er wordt gegymd in de lokale gymzaal. De zorgverleners die bij 'Aan Tafel!' in Veenendaal betrokken zijn, kennen de structuur in Veenendaal. Zo kan de fysiotherapeut heel gericht verwijzen naar sportclubs, sportoriëntatieprogramma's of naar de buurtsportcoach die hij kent. De lijntjes zijn heel kort.

Werkwijze van het multidisciplinaire team in het ziekenhuis

In het ziekenhuis wordt overgewicht bij kinderen en jongeren vanuit verschillende invalshoeken benaderd. Er wordt gewerkt vanuit een multidisciplinair team. Deze bestaat uit een kinderpsycholoog, een kinderfysiotherapeut, een diëtist(e) en een kinderarts.

- De kinderpsycholoog die focust met name op: 'Wat zijn moeilijke momenten? Hoe kan je een gezonde leefstijl volhouden en welke strategieën kun je gebruiken om bepaalde dingen in het dagelijks leven aan te pakken?' Daarnaast is zelfbeeld een belangrijk punt wat bij het behandelprogramma aan bod komt. Veel kinderen worden gepest en zitten niet lekker in hun vel
- De fysiotherapeut kijkt met name naar de motorische ontwikkeling van de kinderen. Bij het behandelprogramma 'Toppers' gaat de fysiotherapeut met kinderen aan de slag, met het trainen van de conditie. Bij 'Basta!' en bij 'Aan Tafel!' is het zo dat de fysiotherapeut meer screenend en adviserend werkt en dus gericht kan doorverwijzen naar een sport dat goed bij het kind past. Bij het behandelprogramma 'Toppers' komen tieners één keer per week naar het ziekenhuis. Ze werken langzamerhand toe naar een eigen sport of naar bewegen in de eigen omgeving.
- De diëtist geeft advies over het nuttigen van voedingsmiddelen. Bij de tieners wordt er gebruik gemaakt van een eetplan. Kinderen maken een plan wat ze op welke dag gaan eten. Daar moeten ze zich ook aan houden. Vanuit het ziekenhuis is geconstateerd dat deze methode erg stimulerend en motiverend werkt bij tieners. Daarnaast wordt er ook gewerkt met eetdagboekjes, waarin ouders en kinderen bijhouden wat ze op een dag gebruiken.

De kinderen die aan de behandelprogramma's deelnemen worden gevraagd voor het wetenschappelijk onderzoek. De kinderarts kijkt naar het gewicht, de lengte en de bloeddruk in de loop van het behandelprogramma, maar ook op drie verschillende momenten worden de laboratoriumwaarden gemeten. Zo wordt er gekeken naar de suikerhuishouding en alle vetten. Daarnaast wordt er ook gekeken naar de oorzaken en gevolgen van overgewicht. Ook de schildklier en bepaalde hormonen worden nagekeken. Op die drie tijdstippen worden er ook vragenlijsten afgenomen over kwaliteit van leven, eetgedrag en hoe er met de problemen wordt omgegaan.

Advies voor het opzetten van een integrale aanpak

- Voor een optimale samenwerking in een multidisciplinair team is het goed om regelmatig te overleggen, doelen te formuleren en iedereen taken te geven. Zo kunnen de lijntjes kort worden gehouden en kan er een goede onderlinge afstemming plaats vinden;
- Er kan veel getackeld worden als iedereen weet welke organisaties er zijn in de nabije omgeving en welke hulp zij aanbieden. Zo kan je gericht naar elkaar doorverwijzen en niet dat je elkaar als concurrent ziet. Het is belangrijk om te kijken hoe je de krachten kunt bundelen, in plaats van elkaar tegen te werken;
- Als je een behandelprogramma in een wijk gaat uitzetten is het van belang dat je het laagdrempelig houdt. Hoe dichterbij de thuisomgeving van iemand komt, hoe beter een programma aansluit;
- In ouderbijeenkomsten ervaren ouders veel steun van elkaar en vinden zij het fijn om hun verhaal te delen, omdat iedereen voor hetzelfde probleem komt. Deze ouderbijeenkomsten

worden door ouders gezien als een waardevolle toevoeging aan het programma, omdat zij hier ervaringen met elkaar kunnen delen.

Belemmerende factoren

Uit de literatuur is bekend dat ongeveer 20 procent het programma niet afrond. De redenen om af te haken zijn met name logistiek. Bijvoorbeeld dat het ouders niet lukt om naar de bijeenkomsten te komen of kinderen die op de tijd van de beweegsessie, een bijbaantje hebben of nog op school zitten. Bij tieners is hun motivatie ook een belangrijke reden. Zo worden kinderen vaak doorgestuurd door de ouders of door de schoolarts en zijn ze zelf niet intrinsiek gemotiveerd om iets aan hun overgewicht te doen;

- Qua financiën worden de behandelprogramma's in het ziekenhuis volledig gedekt, afhankelijk van de zorgverzekeraar. De diëtist(e), de fysiotherapeut en de kinderarts worden vergoed, maar een kinderpsycholoog of een jeugdmaatschappelijk werker worden niet vergoed vanuit de zorgverzekeraar. Dat wordt nu in Veenendaal door de subsidiegelden gedekt en in Ede door het ziekenhuis, omdat het ziekenhuis als speerpunt voeding en beweging heeft. De kinderarts ziet dit als een grote belemmerende factor in eventuele verdere verspreiding van de behandelprogramma's, omdat er kosten mee gemoeid gaan;
- Overgewicht onder kinderen en jongeren wordt veel opgemerkt, maar er zijn relatief weinig ouders, kinderen en jongeren die er iets aan willen doen. Hoe krijg je ze gemotiveerd om er iets aan te doen?
- Het volgen van een behandelprogramma is volgens de kinderarts erg intensief. Als er gezinnen komen waarin verschillende problemen spelen, wordt er bijvoorbeeld doorverwezen naar een diëtist. Een kinderpsycholoog denkt dan mee met de problemen die er zijn. Zo kan overgewicht wel behandeld worden, maar niet door middel van een programma;
- Als er een ingrijpende gebeurtenis in een gezin heeft plaats gevonden, hebben mensen vaak geen tijd en energie om intensief deel te nemen aan het programma. Het programma wordt dan uitgesteld. Vervolgens worden ze op de poli onder controle gehouden. Vooral als er al sprake is van obesitas;
- Bij allochtone mensen is er regelmatig sprake van een taalbarrière. Er wordt als voorwaarde gesteld dat iemand mee kan doen met het programma als hij/zij de Nederlandse taal beheerst of als iemand, die Nederlands spreekt, mee kan komen naar de bijeenkomsten;
- Er is vaak ook sprake van culturele verschillen. Overgewicht wordt bij allochtonen gezien als een teken van rijkdom en gesteldheid. Zij hebben ook andere eetgewoonten. Het is erg lastig om zoiets te veranderen in een cultuur, omdat er veel waarden wordt gehecht aan tradities. In Veenendaal zijn er gezonde leefstijltrainingen. Die worden gegeven door de mensen zelf aan andere mensen in de wijk. Zij krijgen veel mensen over de streep, omdat zij dezelfde cultuur hebben. Het gebruiken van de kracht van mensen en hun motivatie werkt heel goed.

4.1.2 Zorgcoördinator praktijkonderwijs

Signalering en doorverwijzen

Op praktijkonderwijs De Meerwaarde is overgewicht een thema wat vaak door de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige wordt gesignaleerd. Heel vaak is het een constatering van de mentor, de vakdocenten en de gymdocent. Bijvoorbeeld als een jongere heel slecht beweegt doordat hij overgewicht heeft, wordt dat besproken.

Werkwijze zorgcoördinator

Op De Meerwaarde is het een regel dat leerlingen in de klas eten. Zo houden de docenten zicht op wat een kind eet. Daarnaast gaan ze met een kind in gesprek met behulp van de jeugdverpleegkundige. In het tweede jaar van de middelbare school gaan de leerlingen naar de jeugdverpleegkundige. Kinderen met overgewicht kunnen dan na een half jaar of een jaar weer opgeroepen worden. Bij sommige leerlingen is dit een goede aanpak. Ze willen graag vooruitgang

boeken en gaan aan de slag, maar dit werkt echter niet bij alle jongeren. Twee jaar geleden is op De Meerwaarde een pilot ingezet in de bovenbouw. Leerlingen kunnen dan op aanvraag naar de school jeugdverpleegkundige.

Als er zorgen zijn rondom leerlingen kijkt de zorgcoördinator wat er nodig is en wie er ingezet kan worden om het probleem aan te pakken. De jeugdverpleegkundige probeert met een leerling in gesprek te gaan en maakt afspraken. Er zijn ook kinderen die door het innemen van medicatie overgewicht hebben. Door in de klas te eten, zien anderen kinderen dat die kinderen gezond eten. Als docent kun je daar op ingaan en vragen hoe gezond andere kinderen eten. In het lesprogramma wordt er ook aandacht besteed aan het thema gezonde leefstijl. Dan wordt er bijvoorbeeld besproken welke voeding goed is en welke voeding slecht is voor de gezondheid van de leerlingen.

Daarnaast merkt de zorgcoördinator op dat kinderen met overgewicht vaker een slechte hygiëne hebben. Hierover wordt met het kind in gesprek gegaan. Bij deze gesprekken zijn vaak de ouders aanwezig. In het gesprek wordt er een verband geschetst met oog op de toekomst. Bijvoorbeeld als een kind stage gaat lopen of als hij gaat werken, is hygiëne vereist. Door hierover in gesprek te gaan wordt ook het thema overgewicht bespreekbaar gemaakt.

Advies voor het opzetten van een integrale aanpak

- Een huisarts heeft meer contact met het gezin dan een jeugdverpleegkundige, zo kan er voor huisartsen een belangrijke rol zijn weggelegd als het gaat om het thema overgewicht;
- De jeugdverpleegkundige ziet kinderen meestal één keer in de middelbare schooltijd. Daarnaast zit er geen continuïteit in de afspraken met de jeugdverpleegkundige. Het is van belang dat die continuïteit er is om patronen te doorbreken die in het gezin aanwezig zijn;
- Ouders moeten betrokken worden bij de aanpak van overgewicht bij hun kind en in het gezin moet er een veranderingsslag gemaakt worden. Het zou helpend zijn als iemand intensief hulp aanbiedt en dat vast blijft houden;
- Op school is het van belang om de leerlingen aan te spreken op ongezond eetgedrag. Daarbij is het belangrijk om met hen hierover op een open manier in gesprek te gaan.

Belemmerende factoren

- Een belemmerende factor bij het aanpakken van overgewicht is een andere zienswijze van ouders;
- Het is belemmerend dat ouders vaak niet inzien dat overgewicht een issue is voor de toekomst van hun kind en dat ouders niet gemotiveerd zijn om het probleem aan te pakken. Dit heeft soms ook te maken met de beperking van ouders. Door hun beperking hebben zij geen zicht op de ontwikkeling van hun kinderen. Deze ouders moeten meegenomen worden in de opvoeding van hun kinderen. Er is behoefte aan iemand die er met hen over in gesprek gaat;
- Daarnaast zijn de verleidingen erg groot. Dicht bij school is er een COOP, daar gaan veel jongeren heen om chips of snoep te halen.

4.1.3 Kinderfysiotherapeut

Signalering en doorverwijzen

Een doorverwijzing naar de kinderfysiotherapeut gebeurt vaak door de huisarts of door een schoolarts.

Werkwijze van het multidisciplinaire team in het behandelprogramma 'Jongeren in beweging' ('Jibclub')

De kinderfysiotherapeut had het behandelprogramma 'Jibclub' opgezet. Er werd gewerkt vanuit een multidisciplinair team. Dit team bestond uit een kinderfysiotherapeut, een sportfysiotherapeut, een diëtist(e) en een orthopedagoge. Als kinderen zowel overgewicht als een slechte conditie hadden, werden ze door de kinderfysiotherapeut uitgenodigd. Er werden ook avonden voor ouders

georganiseerd. De kinderfysiotherapeut keek naar de beweging van het kind, de sportfysiotherapeut was meer gericht op sporten die eventueel bij het kind konden passen, de orthopedagoge keek naar het gedrag van de kinderen en de diëtist keek naar het voedingsschema.

Behandelprogramma 'Jibclub'

Het behandelprogramma 'Jibclub' heeft drie keer gedraaid. Bij 'Jibclub' ging het kind in een periode van drie maanden twee keer per week trainen/bewegen met de kinderfysiotherapeut en de sportfysiotherapeut. Daarnaast werd de diëtist(e) regelmatig bezocht en keek de orthopedagoge naar het gedrag van de kinderen. Het belangrijkste doel was dat de conditie verbeterde, het gewicht stabiliseerde of iets afnam, terwijl de lengtegroei doorging. Voor dit behandelprogramma waren er twee groepen. De jongere groep in de leeftijd van 6 tot en met 9 jaar en de oudere groep van 13 tot en met 16 jaar. De insteek van het programma was dat de jongeren zelf gingen bewegen en niet steeds bij de fysiotherapeut terug kwamen. Tijdens het programma zijn ze bij verschillende sportclubs langs geweest om te kijken welke sport bij welk kind paste. Door contact te leggen, werd de stap van een kind naar een sportclub makkelijker gemaakt. Daarnaast kregen de kinderen ook een werkboek mee voor thuis. Daar moesten ze opdrachten in maken en beweegoefeningen uitvoeren. Aan het begin van het behandelprogramma was er een meetmoment. Tijdens dat meetmoment werd het gewicht, de lengte en de BMI in kaart gebracht. Daarnaast werd aan het begin van het programma, halverwege en aan het eind een 'zes-minuten-wandeltest' afgenomen en een 'Movement ABC', dat was een leeftijdsgebonden test. Zo kon er ook gekeken worden in welke gedeeltes van de motoriek kinderen uitvielen.

Advies voor het opzetten van een integrale aanpak

- Voor een integrale aanpak is het van belang om samen te werken met een diëtist(e), een kinderfysiotherapeut en een sportfysiotherapeut. Een kinderfysiotherapeut kijkt meer vanuit het kind- en een sportfysiotherapeut kijkt meer vanuit het sport gerelateerde;
- De samenwerking met een orthopedagoog is ook van belang, omdat er meerdere problemen kunnen spelen;
- Om kinderen te behandelen is het belangrijk dat er kinderen worden doorverwezen. De huisarts zou hier een belangrijke rol in kunnen spelen;
- Het is belangrijk om de kinderen die in behandeling zijn geweest, na een half jaar weer te zien. Dan kan er gekeken worden hoe het met de conditie, de lengte en het BMI gaat. Daarnaast kunnen er waar nodig adviezen gegeven worden;
- Het is van belang om een behandelprogramma meetbaar te maken. Als zorgverzekeraars de kosten willen dekken, moet er aangetoond worden dat een programma meetbaar is;
- In Barneveld zijn veel gelovigen. Het is van belang dat daar rekening mee wordt gehouden. Als kinderen vanwege het geloof geen lidmaatschap bij een sportclub mogen, moet er gekeken worden naar alternatieven;
- De ouders moeten betrokken worden in het traject. Als de ouders niet voldoende worden betrokken is de kans gering dat een kind het vol houdt. Kinderen hebben de stimulans van hun ouders hard nodig;
- Het is belangrijk dat de kinderen positief worden benaderd en dat ze het leuk vinden. Als het programma kindvriendelijk is, is dat ook een stimulans voor de kinderen om te komen;
- Het is belangrijk om af te stemmen welke taken elke discipline uitvoert;
- Als er een informatieavond wordt georganiseerd voor de ouders is het belangrijk om terug te koppelen welke taken elke discipline uitvoert. Op deze manier weten ouders bij wie ze terecht kunnen met vragen;
- Als ouders betalen om deel te nemen aan het programma is de motivatie vaak groter om ook daadwerkelijk mee te doen en het programma af te ronden.

Belemmerende factoren

- Een belemmerende factor is dat ouders vaak niet meewerken. Ze komen bijvoorbeeld niet naar informatieavonden die worden georganiseerd.

4.1.4 Diëtist(e)

Signalering en doorverwijzen

Het consultatiebureau geeft meldingen door als de groeicurve van kinderen de verkeerde kant opgaat. Overgewicht wordt gesignaleerd als kinderen anderhalf of twee jaar zijn of bij een kind dat vaste voeding gaat eten, dan gaat de groeicurve ook omhoog. Vanaf vier jaar gaan kinderen naar de lagere school en komen ze bij de schoolarts. Via de schoolarts worden ze doorgestuurd naar een diëtist(e), huisarts of de ouders zelf. Er komen ook middelbare scholieren bij de diëtist. Zij komen vaak op eigen initiatief.

Werkwijze diëtist

Er wordt niet volledig gefocust op afvallen bij kinderen. Het gaat bij de kinderen om gewichtsbehoud en lengtegroei. De diëtist kijkt wat een kind eet en wat er aangepast kan worden in het voedingsschema.

Behandelprogramma 'Kidsfit'

Bij de diëtistenpraktijk in Barneveld is het behandelprogramma 'Kidsfit' opgezet. Dit programma draait nu vijf jaar. De behandeling van overgewicht en obesitas is gebaseerd op drie belangrijke pijlers: voedingsadviezen, lichamelijke beweging en gedragsverandering. Het behandelprogramma is opgesteld in samenwerking met de fysiotherapiepraktijk 'Medifit'. Daarnaast kijkt er ook een orthopedagoge mee. Kinderen die aan het programma 'Kidsfit' kunnen deelnemen zijn 8 tot 15 jaar. Vooraf vindt een intake plaats met een kinderfysiotherapeut, een diëtist(e), een orthopedagoog en met de ouders en het kind. Tijdens dit gesprek wordt beginsituatie en individuele behandeldoelen vastgesteld. Het programma duurt drie maanden. In groepsverband wordt er aan maximaal tien kinderen, twee keer in de week trainingen gegeven bij 'Medifit'. Deze trainingen zijn gericht op conditietraining, krachtraining en plezier krijgen in sporten en bewegen. Dit is één keer in de week een training op de apparaten en één keer een training in de zaal of buiten op het veld. Daarnaast worden er twee groepsbijeenkomsten met de diëtist(e) georganiseerd. Er zijn ook twee ouderbijeenkomsten met de diëtist(e) en de orthopedagoge. De kinderen krijgen een beweegboek mee naar huis. Hierin staat per dag aangegeven wat ze aan beweging moeten ondernemen. Het boek is afgestemd op de leeftijd en interesses van het kind. Daarnaast staan er ook tips in voor de ouders om hun kind op optimale wijze te begeleiden in het traject. Na drie maanden gaat de fysiotherapeut kijken wat een leuke sport voor het kind is en wat bij hem/haar past. Er zijn lijntjes met de sportclubs. 'Medifit' regelt dat de kinderen na drie maanden gratis proeflessen op een sportclub kunnen krijgen. Zo kunnen kinderen kijken of een sport daadwerkelijk bij hen past. Daarnaast wordt er gekeken of de persoonlijke doelen zijn gehaald en of de ouders weten hoe ze hun kind kunnen begeleiden.

Advies voor het opzetten van een integrale aanpak

- Voor het opzetten van een integrale aanpak is het mogelijk van belang om de jeugdverpleegkundige en schoolartsen mee te nemen. Zij komen op scholen, zien de kinderen en weten hoe het met hun gezondheid is;
- Het is ook van belang de sportverenigingen mee te nemen in een integrale aanpak. Je kunt leuke clinics voor kinderen organiseren, zodat ze verschillende sporten kunnen ervaren;
- Er zijn veel kinderen die fitness leuk vinden, maar dit lukt niet omdat de meeste kinderen te klein zijn voor de apparaten. Het is een idee om apparaten aan te passen, zodat ook kinderen kunnen fitnessen;

- Een psycholoog of orthopedagoge is essentieel bij het traject. Kinderen met overgewicht worden vaak gepest. Dit heeft invloed op hun zelfbeeld en hun zelfvertrouwen. Een orthopedagoge of een psycholoog kan dit oppakken in de begeleiding;
- Op middelbare scholen zou ingegrepen moeten worden op de hoeveelheid ongezonde voeding die er te koop is;
- Als er een project is gestart moet er publiciteit aan gegeven worden. Zo kunnen projecten bekend gemaakt worden bij scholen en schoolartsen;
- De ouders moeten betrokken worden in het project, omdat zij een grote rol spelen in de opvoeding van hun kind, ook met betrekking tot eten en bewegen;
- Bewustwording over wat gezonde voeding is en wat niet, is erg belangrijk. Hier zijn vaak misplaatste opvattingen over.

Belemmerende factoren

- Het aanbod van ongezond voedsel is groot. Als kinderen het niet op school kopen, kunnen ze het in de supermarkt halen en anders nemen ze het wel van thuis mee. De kinderen hebben tegenwoordig allemaal geld. Ze hebben allemaal bijbaantjes, dus ze kunnen het gewoon kopen. Doordat er een groot aanbod is van ongezond voedsel is het moeilijker om de verleiding te weerstaan;
- Kinderen vallen onder de zorgverzekering van hun ouders. De diëtist wordt gefinancierd vanuit de basisverzekering en de kinderfysiotherapeut ook, maar de gewone fysiotherapeut niet. Op het moment dat ouders moeten gaan betalen wordt de drempel hoger;
- Ouders hebben veel moeite om hun kind in het hokje te stoppen: mijn kind heeft overgewicht. Zij hebben daar veel weerstand tegen. Daardoor schakelen sommige ouders geen hulp in.

4.1.5 Huisarts

Signalering en doorverwijzen

Er zijn veel kinderen met overgewicht die bij de huisarts komen. Er zijn echter ook kinderen met overgewicht die niet bij de huisarts komen. Ze kunnen ook bij het consultatiebureau of de schoolarts komen, die hen dan doorverwijst. Jeugdartsen verwijzen over het algemeen actief door naar de huisarts. Soms komen ouders ook uit zichzelf naar de huisartsenpraktijk met een hulpvraag rondom de gezondheid van hun kind.

Huidige werkwijze professionals

Als een jeugdverpleegkundige niet verder komt met een kind, kijkt de huisarts of er nog iets gedaan kan worden. Afhankelijk van de leeftijd worden de ouders ingeschakeld of houdt de huisarts de jongeren bij zich. De huisarts laat hen dan in sommige gevallen zelf een plan schrijven, met daarin hun doelen voor de komende tijd. Dit is in het algemeen en niet alleen gefocust op gewicht. Na een aantal weken wordt er een afspraak gemaakt, waarbij gekeken wordt hoe de jongere aan zijn/haar doelen heeft gewerkt. Vanwege de beperkte tijd behandelt de huisarts weinig kinderen met overgewicht. De huisarts geeft bijvoorbeeld wel tips om de leefstijl te veranderen. Daarnaast worden de ouders en de kinderen voorgelicht waar zij verdere ondersteuning kunnen krijgen. Ook kan er een doorverwijzing plaatsvinden naar een diëtist.

Advies voor het opzetten van een integrale aanpak

- Het is belangrijk dat elke discipline zijn eigen deel en verantwoordelijkheid heeft en deze terugkoppelt. Daarnaast is het van belang dat er één keer in de zoveel tijd een multidisciplinair overleg plaatsvindt om te kijken hoe het bij iedereen gaat en waar verbeterpunten liggen;
- De diëtist(e) is een belangrijke factor in de voorlichting qua voeding. Die moet deel uitmaken van het disciplinaire team;
- Gedragsverandering is ook van belang. Hier kan een leefstijlcoach, een kinderpsycholoog of een Praktijkondersteuner Huisartsenzorg Geestelijke Gezondheidszorg een rol in spelen;

- Ouders worden nog te weinig betrokken bij de behandeling. Zo kunnen er bijvoorbeeld voorlichtingsavonden gegeven worden met een diëtist(e), een praktijkondersteuner en de GGZ. Dit kan heel praktisch hoe ouders bij kunnen dragen bij de behandeling, met name gericht op het eet- en beweegpatroon, maar ook gericht op de opvoeding;
- Er kunnen groepsbijeenkomsten voor ouders georganiseerd worden. Zo kunnen zij ook ervaringen met elkaar delen;
- Er kan gevraagd worden om een ouderbijdrage om een project te financieren. Dit kan helpen om uitval te voorkomen;
- Het is belangrijk dat alle disciplines kennis hebben van de projecten die er lopen. Zo kan er ook gemakkelijk worden doorverwezen;
- Er ligt toch een taboe op het thema overgewicht. In een spreekuur worden mensen niet zomaar aangesproken als zij overgewicht hebben. Zo kan er bijvoorbeeld iemand uitgenodigd worden die kan vertellen hoe mensen er op aangesproken kunnen worden. Wat is helpend en wat niet?
- Een huisarts staat dicht bij de mensen. Ze zouden daar veel meer gebruik van mogen maken. Zo kunnen zij ouders, kinderen en jongeren aanspreken op hun gewicht;
- Als kinderen worden doorgestuurd is het van belang om een terugkoppeling te geven aan degene die de kinderen heeft doorverwezen.

Belemmerende factoren

- Een belemmerende factor is dat de huisarts te dicht bij de patiënt staat en het daardoor lastig vindt om mensen op overgewicht te attenderen.

4.1.6 Schoolmaatschappelijk werker speciaal onderwijs

Signalering en doorverwijzen

Op speciaal onderwijs De Vogelhorst wordt overgewicht weinig gesignaleerd. Er is één keer in de zes weken een zorgadviesteam-overleg op De Vogelhorst en praktijkonderwijs De Meerwaarde. Daar worden leerlingen ingebracht waar zorgen om zijn. De mentor of de leerkracht op de basisschool constateert dat er met een kind, of met een gezin, iets niet goed gaat. Hij overlegt dat met de zorgcoördinator of de intern begeleider. Dan bepaalt de zorgcoördinator welke hulp er nodig is. Dat kan op alle terreinen zijn. De vragen die school maatschappelijk werk oppakt zijn vaak aan de thuissituatie gerelateerd. Het komt zelden voor dat er ouders bij schoolmaatschappelijk werk om hulp komen vragen.

Huidige werkwijze professional

De schoolmaatschappelijk werker wordt ingeschakeld om gesprekken in de thuissituatie te voeren. Er worden dan gesprekken gevoerd met ouders, met kinderen of met beiden.

De Vogelhorst

De kinderen hebben sowieso vaak sport. In de lessen hebben de kinderen daarnaast een leefstijlprogramma. Ook letten de leerkrachten op het voedsel wat er genuttigd wordt. Daar gaan ze met kinderen over in gesprek. Er zijn geen automaten op De Vogelhorst. Kinderen kunnen alleen schoolmelk krijgen en een kom soep, dit gebeurt één keer in de week.

Advies voor het opzetten van een integrale aanpak

- Het is van belang om samen te werken met de schoolarts, de schoolverpleegkundige, scholen, sportleraren op school en mogelijk ook de huisarts;
- Het jeugdjongerenwerk in Barneveld is ook erg actief. Zij kunnen bijvoorbeeld jongerenactiviteiten organiseren om jongeren in beweging te krijgen.

Belemmerende factoren

- Ouders hebben vaak een andere zienswijze en zien het overgewicht van hun kind niet als een probleem. Dit inzicht is echter nodig om succesvolle resultaten te boeken. Zonder motivatie is dat vrijwel onmogelijk;
- Voor mensen kan geld een argument zijn. Bijvoorbeeld dat ze geen geld hebben om een behandelprogramma te volgen;
- In de schoolkantines wordt zowel gezond eten als ongezond eten verkocht. Jongeren kunnen vaak de verleiding niet weerstaan.

4.1.7 Schoolmaatschappelijk werker middelbare scholen

Signalering en doorverwijzen

Als jongeren met overgewicht bij de schoolmaatschappelijk werker komen, worden ze doorverwezen door de mentor of door de school, maar dan is het niet voor het thema overgewicht. Als de schoolmaatschappelijk werker overgewicht ziet, wordt dat onderwerp niet per se ter sprake gebracht. Wanneer een leerling zelf problemen ervaart vanwege zijn/haar overgewicht, worden ze doorverwezen naar de jeugdgezondheidszorg of naar een diëtist.

4.1.8 Sociaal verpleegkundige Jeugdgezondheidszorg

Signalering en doorverwijzen

Als het consultatiebureau een kind heeft wat te zwaar is, de neiging heeft te zwaar te worden of als er zijn zaken rondom voeding, dan worden kinderen en jongeren warm overgedragen aan de jeugdgezondheidszorg. Ongeveer 98 procent van de kinderen komen langs de jeugdverpleegkundige. In groep twee, in groep zeven en twee keer op de middelbare school. Wegen en meten hoort erbij. Op het moment dat een kind de neiging heeft om zwaar te worden of al overgewicht heeft, dan wordt het protocol ingezet en worden kinderen veel frequenter gezien. Wanneer het kind naar obesitas neigt, wordt het automatisch doorverwezen naar de huisarts. Dus veel kinderen die de huisarts ziet, zijn doorverwezen door de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast worden kinderen ook naar de huisarts gestuurd om medische klachten uit te sluiten. Een doorverwijzing gebeurt vaak naar de diëtist(e) of naar 'Medifit', waar beweging een rol speelt. Als er psychische invloed is, kan er een verwijzing plaatsvinden naar de psycholoog of naar schoolmaatschappelijk werk. Vanuit de jeugdgezondheidszorg wordt er weinig doorverwezen naar maatschappelijk werk. Een route die logischer is, is onder andere het programma 'Kidsfit' of de behandelprogramma's van het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Daar kunnen zij deelnemen aan het behandelprogramma 'Aan Tafel!', 'Basta!' of 'Toppers'.

Scholen

Scholen die structureel aan gezondheid willen werken, sluiten aan bij het programma 'Gezonde School'. Enkele scholen in Barneveld zijn hierbij ook aangesloten. Elk jaar wordt er vanuit het Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) aan de scholen bericht gestuurd over het programma 'Gezonde school'. De jeugdverpleegkundige gaat langs om te vragen of zij aan het project mee willen werken. Het 'Gruiten project, groente en fruit', is hier een voorbeeld van. Op de middelbare scholen is er drie keer in de week bewegingsonderwijs. Daarnaast is voeding bij de biologieles en bij zorg en welzijn ook een onderwerp van gesprek. Al de leefstijlgebieden waar in de jeugdgezondheidszorg met ouders en kinderen over gepraat wordt, zijn ook op school in een onderwijsprogramma een aandachtspunt.

Huidige werkwijze professional

Het spreekuur van de jeugdverpleegkundige bestaat ongeveer voor 75 procent uit kinderen met overgewicht. In het protocol van de jeugdgezondheidszorg is opgenomen dat een jeugdverpleegkundige met ouders in gesprek gaat en hun advies geeft. Of een kind nogmaals terug moet komen bij de jeugdverpleegkundige is afhankelijk van de ontwikkeling. Op de basisschool

worden ouders betrokken om de groeicurven van hun kind te bespreken. Zo kan er gekeken worden wat een stabiele groeicurve is en wat passend is voor het kind. Op de middelbare school wordt de groeicurve alleen met het kind besproken. De jeugdverpleegkundige heeft wel frequent contact met de ouders. Er wordt aan het kind toestemming gevraagd. Soms komen ouders ook mee naar een gesprek.

Advies voor het opzetten van een integrale aanpak

- Centrum Jeugd en Gezin is een deel van de gemeente, zij zouden een belangrijke rol kunnen spelen in een multidisciplinair team;
- Het is belangrijk om ouders mee te nemen in het traject. Ouders moeten bewust worden dat het overgewicht van hun kind een probleem is. Dit vraagt om een begripvolle benaderingswijze richting ouders.

Belemmerende factoren

- In de schoolkantines wordt zowel gezond eten als ongezond eten verkocht. Jongeren kunnen vaak de verleiding niet weerstaan en kiezen voor iets ongezonds.

4.1.9 Intern begeleider basisschool

Signalering en doorverwijzen

Eetproblemen en eetgedrag is niet een issue onder leerkrachten met zorggesprekken. Er komen ook geen ouders naar de intern begeleider of de schoolmaatschappelijk werker die overgewicht bij hun kind als een probleem zien. Gewicht is iets wat nauwelijks aan de orde komt in gesprekken met ouders.

School

Op school zijn er soms eetprojecten vanuit de Albert Heijn. Daarnaast wordt er samengewerkt met supermarkten. Als er bijvoorbeeld een project is, leveren zij gratis spullen, maar dit gebeurt erg incidenteel. Naast het nationale schoolontbijt is er geen specifiek aanbod op gezonde voeding. Wel zijn bijvoorbeeld op schoolreis de energiedrankjes en zakken snoep verboden om mee te nemen.

Huidige werkwijze professionals

Een intern begeleider heeft een signalerende functie. Wanneer leerkrachten signaleren dat een kind bijvoorbeeld niet mee komt met sport, neemt de intern begeleider contact met de ouders op.

Advies voor het opzetten van een integrale aanpak

- De schoolverpleegkundigenmomenten moeten worden gebruikt om ouders te attenderen op eten. Zij kunnen hen daarin informeren en adviseren;
- Er moet een inloophmoment komen voor ouders, zodat zij terecht kunnen met opvoedingsvragen, waaronder bijvoorbeeld eetgedrag;
- Het is belangrijk om de ouders te benaderen als hun kind overgewicht heeft. Ouders zijn voor hun kinderen verantwoordelijk.

Belemmerende factoren

- Een belemmerende factor is als er meerdere problemen spelen in het gezin. Overgewicht kan een klein probleem zijn ten opzichte van de andere problemen;
- Het is voor de leerkrachten lastig om het thema overgewicht met ouders bespreekbaar te maken, omdat het niet een open onderwerp is wat zomaar aangekaart word.

4.2 Conclusie

- Als we kijken naar de diepte-interviews valt ons op dat jeugdverpleegkundigen en schoolartsen een belangrijke rol spelen in het signaleren en doorverwijzen van kinderen met overgewicht. De

huisarts kan hier ook een rol in spelen, omdat bij de huisarts ook veel kinderen en jongeren komen;

- Alle disciplines geven aan dat ouders betrokken moeten worden bij de behandeling van hun kind. Zij voeden hun kind op en zijn daardoor een belangrijke factor in het aanpassen van de leefstijl van hun kind. Daarnaast kunnen ouderbijeenkomsten erg waardevol zijn. Ouders kunnen dan ervaringen met elkaar delen;
- Het is van belang dat kinderen en ouders intrinsiek gemotiveerd zijn om met een behandelprogramma aan de slag te gaan. Wat betreft de financiën komen er twee verschillende signalen naar voren. Aan de ene kant geven verschillende professionals aan dat een ouderbijdrage gewenst is, omdat deze kan bijdragen aan de excentrieke motivatie om deel te nemen aan het programma. Aan de andere kant wordt er aangegeven dat een ouderbijdrage de drempel juist kan verhogen, omdat sommige ouders weinig te besteden hebben;
- Alle disciplines zien de meerwaarde van een multidisciplinair team in. Uit de diepte-interviews komt naar voren dat het van belang is om een huisarts, een kinderpsycholoog, een diëtist, een jeugdverpleegkundige, een kinderfysiotherapeut, scholen en sportclubs te betrekken. Het is belangrijk om af te stemmen welke taken elke discipline uitvoert en dat er regelmatig wordt overlegd. Daarnaast ziet het CJG ook een belangrijke taak voor hen weggelegd, omdat overgewicht een speerpunt voor hen is. Het is ook belangrijk om kennis te hebben welke behandelprogramma's er zijn en welke organisatie wat doet. Zo kan er gemakkelijk naar elkaar worden doorverwezen;
- De kinderfysiotherapeut geeft aan dat het belangrijk is dat kinderen na hun behandeling onder controle blijven. Het ziekenhuis heeft ook nazorgtrajecten opgestart, omdat het belangrijk is om een traject langzamerhand af te bouwen. Deze vorm van behandeling is het meest effectief, zowel voor ouders als voor kinderen;
- Scholen hebben een voorbeeldfunctie naar kinderen. Het is belangrijk dat kinderen en ouders bewust worden van gezonde voeding. Dit kan bijvoorbeeld door middel van voorlichtingsavonden. Het is ook van belang om in de lessen hier aandacht aan te besteden;
- Kinderen en jongeren worden vaak doorverwezen naar een andere discipline. Het is van belang om een terugkoppeling te geven aan degene die de kinderen heeft doorverwezen.
- Een belemmerende factor in de aanpak tegen overgewicht is dat de huisarts te dicht bij de patiënt staat en het daardoor lastig vindt om mensen op overgewicht te attenderen;
- Bij allochtone mensen is er regelmatig sprake van een taalbarrière. Er is vaak ook sprake van culturele verschillen. Dit zorgt ervoor dat het lastig is om deze doelgroep te bereiken. Een doelgroep waarbij overgewicht wel een rol speelt;
- Een belemmerende factor bij het aanpakken van overgewicht is dat er vaak meerdere problemen in een gezin spelen. Dit zorgt er voor dat ouders bijvoorbeeld geen tijd en energie hebben om het probleem aan te pakken;
- Ouders hebben vaak een andere zienswijze en zien het overgewicht van hun kind niet als een probleem. Daarnaast hebben ouders ook moeite om hun kind in een hokje te stoppen. Zij vinden het lastig als zij hiermee geconfronteerd worden.
- Een grote belemmerende factor is het aanbod van voedsel. Kinderen vinden het lastig om dit te weerstaan.

Hoofdstuk 5: Waar hebben ouders van kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar behoefte aan, als het gaat om het reduceren en voorkomen van overgewicht?

Inleiding

Waar we in het vorige hoofdstuk de resultaten van de diepte-interviews met de professionals behandeld hebben, willen we in dit hoofdstuk ingaan op de resultaten van de interviews met de ouders van kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar met overgewicht.

Om duidelijk te krijgen waar de behoeften van ouders liggen in de aanpak tegen overgewicht, hebben we diepte-interviews afgenomen. In totaal zijn er zes interviews⁸ afgenomen. Deze interviews hebben we afgenomen met ouders van kinderen waarbij de huisarts of de diëtist(e) overgewicht gesignaleerd heeft. De doelgroep van onze diepte-interviews hebben we zo breed mogelijk proberen te houden. Zo hebben we interviews afgenomen bij ouders waarvan de signalering van overgewicht bij hun kind vrij recent was, waar andere kinderen al een heel traject doorlopen hadden. Ook hebben we gekeken naar de leeftijd van de kinderen, we hebben zowel de basisschoolleeftijd als middelbare-schoolleeftijd meegenomen. Dit omdat beide de doelgroep vormen waar ons adviesrapport voor geschreven wordt. Het afnemen van interviews onder een brede populatie is een bewuste keuze geweest. Ieder kind is immers anders en voor ieder kind is een andere aanpak vereist. Door breed interviews af te nemen hopen we een volledig mogelijk beeld te kunnen schetsen, zodat er in de aanpak ook zo goed mogelijk de aansluiting met de ouders en hun kinderen gemaakt kan worden. Enerzijds is het belangrijk dat ieder kind en iedere ouder als een individu behandeld word en er maatwerk geleverd wordt. Anderzijds is het ook van belang dat er een eenduidige lijn door het behandelprogramma te zien is en er gekeken wordt hoe behoeften, die door ouders gedeeld geïntegreerd kunnen worden, geïntegreerd kunnen worden in het behandelprogramma.

5.1 Interviews

Voordat we aan de slag zijn gegaan met het afnemen van de interviews, hebben we een topiclijst samengesteld. Deze topiclijst is in bijlage 4 van ons onderzoeksverslag toegevoegd. De topiclijst is leidend geweest bij het afnemen van de interviews. Vervolgens hebben we de afgenomen interviews uitgewerkt en gelabeld. De labels die relevant zijn bij de beantwoording van dit hoofdstuk zijn als volgt:

- Eerste contact en aanpak
- Eetgedrag
- Beweging
- Medische klachten
- Behoeften
- Omgang
- Beleving
- Advies

Aan de hand van deze labels willen we in dit hoofdstuk de resultaten van de interviews weergeven en analyseren. Zo willen we duidelijk krijgen waar de behoeften van ouders ligt in de aanpak tegen overgewicht. Wat ervaren ouders als wel en niet helpend gedrag van de professionals? En hoe kan hier door de professionals die bij de integrale aanpak betrokken worden, in hun behandelprogramma en de begeleiding die zij bieden bij aangesloten worden?

⁸ De indeling van de diepte-interviews met ouders is terug te vinden in bijlage 3.

5.1.1 Eerste contact en aanpak

Om overgewicht bij kinderen en jongeren aan te pakken, moeten deze kinderen en jongeren allereerst in beeld zijn bij de betrokken disciplines waaruit de integrale aanpak komt te bestaan. Dit geldt van twee kanten. Enerzijds moeten kinderen, jongeren en hun ouders op de hoogte zijn van het aanbod. Het moet duidelijk zijn bij welke organisaties zij terecht kunnen en welke begeleiding en behandelprogramma's er geboden worden. Anderzijds moeten organisaties ook de kinderen, jongeren en hun ouders weten te vinden. Als iemand met overgewicht geholpen wilt worden moeten organisaties hier wel vanaf weten, willen zij dit kunnen signaleren en oppakken. Daarnaast is het van belang dat organisaties op de hoogte zijn van de behoeften van de betrokkenen, zodat ze hierin hun begeleiding en behandelprogramma's op aan kunnen sluiten.

Er staat of valt veel met het eerste contact. Je krijgt immers geen tweede kans om een goede eerste indruk te maken. Het is dus van belang om bij het schrijven van een adviesrapport te kijken of kinderen, jongeren, ouders en organisaties van elkaars bestaan afweten en elkaar weten te vinden. Tijdens de diepte-interviews met de ouders zijn we ook ingegaan op dit eerste contact. Uit de interviews met de ouders komt naar voren dat de huisarts voor hen een belangrijke signalerende functie heeft gehad. Vijf van de zes ouders geven namelijk aan dat de huisarts degene is, die het overgewicht gesignaleerd heeft.

De signalering door de huisarts kan op verschillende manieren plaatsvinden. Allereerst kan het zo zijn dat men met een andere vraag dan overgewicht naar de huisarts komt, maar dat de huisarts ziet dat de persoon ook overgewicht heeft en dit benoemt. Het kan ook zijn dat men de huisarts zelf hiervoor benadert. Ook al komt niet iedereen regelmatig bij de huisarts, de huisarts is wel een persoon die iedereen kent. Het is makkelijker om contact te leggen met iemand van wiens bestaan je al afweet en bij wie je ook al in behandeling bent. Van daaruit kan er vanzelf een specifiekere doorverwijzing plaatsvinden. Meerdere ouders hebben zelf contact gezocht met de huisarts. Een ouder geeft aan dat ze de stap naar de huisarts gezet heeft, omdat haar kind niet lekker in haar vel zat. Haar kind was neerslachtig en was niet te motiveren tot bewegen. Een andere ouder is naar de huisarts gegaan omdat ze graag advies van de huisarts wilde over voeding en beweging omdat ze niet duidelijk had hoe het kwam dat haar kind overgewicht had. De ouder vond het fijn dat een professional, iemand van buitenaf, advies gaf omdat het zou kunnen dat er in het gezin bepaalde patronen waren ingeslopen. Bij een ouder constateerde de huisarts tijdens het gesprek dat het kind overgewicht had. Dit terwijl ouders en kind eigenlijk voor een andere vraag bij de huisarts kwamen. Tot slot heeft één van de zes ouders zelf het initiatief genomen en contact gezocht met de kinderfysiotherapeut. Via een informatiefolder bij fysiopraktijk 'Medifit' is ze op de hoogte gebracht van het programma 'Kidsfit', wat zij daar draaien. Het programma 'Kidsfit' is erop gericht om overgewicht bij kinderen en jongeren te verhelpen. Deze ouder wist de weg dus zelf te vinden en heeft hier geen hulp bij nodig gehad.

Opvallend uit de interviews is dat de huisarts in veel gevallen een signalerende functie heeft. Het feit dat een huisarts een brede doelgroep aan patiënten heeft en dat patiënten met een verscheidenheid aan vragen bij hem terecht kunnen, kan van twee kanten voor een makkelijk te leggen contact zorgen. Uit bovenstaande kunnen we dan ook wel concluderen dat een huisarts een belangrijke rol inneemt in de beginfase van een traject. Daarnaast valt op dat de huisarts vaak een doorverwijsfunctie heeft. Zo komt uit de interviews naar voren dat de huisarts bij vier van de zes ouders een doorverwijzing naar een andere professional heeft gedaan. Vaak is dit een combinatie van verschillende professionals. In de interviews komen doorverwijzingen naar een diëtist(e) en een kinderfysiotherapeut veel voor. De diëtist(e) gaat aan de slag met het eetgedrag van het kind of de jongere en de kinderfysiotherapeut pakt het gedeelte rondom beweging op.

5.1.2 Eetgedrag

Eetgedrag is één van de pijlers waar naar gekeken wordt bij de aanpak van overgewicht. Het is dan ook belangrijk om hierbij stil te staan en te kijken naar wat er te zeggen valt over het eetgedrag van de betrokken kinderen, jongeren en hun ouders. Vijf van de zes ouders geven aan in behandeling te zijn, of in behandeling te zijn geweest bij de diëtist(e). Aan de hand van een voedingsanalyse is er gekeken naar het huidige eetpatroon van het kind. Bij twee ouders had de diëtist(e) weinig aan te merken op het eetgedrag van hun kind met overgewicht en waren ouders zelf al bewust bezig met een gezonde eetstijl. Een ouder was al wel op de goede weg maar gaf aan dat de bewustwording over wat nu gezonde voeding is soms ontbreekt. Tot slot geeft een ouder aan dat hun dochter haast niet meer at. Volgens de psychologische eetstijlen is hier sprake van een dieet-eetstijl. Dit vereist weer een andere benaderingswijze van de diëtist(e).

Verder geven alle ouders aan bezig te zijn met voeding, alleen verschilt het per gezin in welke mate en op welke manier dit gedaan wordt. Meerdere ouders geven aan dat de gezinsleden meedoen met een gezonde eetstijl. Waar je werkt met kinderen heb je te maken met ouders. Hoe jonger de kinderen, des te groter de invloed van ouders. Dit is ook terug te merken in het eetgedrag. In de interviews waarbij er als gezin gestreefd wordt naar een gezonde eetstijl, zegt één van de ouders het volgende: 'Als ouder zijnde moet je gemotiveerd zijn. We doen het met z'n allen. We kijken naar wat we allemaal lekker vinden én waar minder calorieën inzitten. Het gaat erom dat je er met zijn allen achterstaat, want van een kind van elf kun je niet verwachten dat die het alleen gaat doen.' Ook geven meerdere ouders aan dat het helpend is als er een diëtist(e) bij betrokken is. Kinderen ervaren deze 'vreemde ogen' als meer dwingend dan die van hun ouders. Dit heeft als resultaat dat kinderen sneller hun eetgedrag aanpassen als er een diëtist(e) in beeld is.

Twee ouders geven aan dat er bij hun kind geen rem op zit. Wanneer er lekkers in huis is en zij hun kind niet remmen, wordt al het lekkers opgegeten. Bij kinderen of jongeren die vaak en veel eten wanneer er overvloedig eten tot hun beschikking is, wordt er ook wel gesproken van een externe eetstijl. Ook hieruit blijkt weer dat ouders een belangrijke rol spelen. Enerzijds omdat kinderen afhankelijk zijn wat hun ouders in huis halen maar anderzijds omdat kinderen de sturing en begrenzing van ouders nodig hebben om een gezonde eetstijl vol te kunnen houden. Twee ouders geven aan dat een positieve benadering helpend kan zijn, bijvoorbeeld door een kind te laten kiezen uit twee gezonde dingen. Zo kan het kind nog wel kiezen maar wordt het niet teleurgesteld omdat het iets niet mag eten. Een eenduidige lijn in wat er wel en niet gegeten wordt, zorgt voor duidelijkheid en kan daarnaast ook teleurstellingen voorkomen. Het is voor een kind niet helpend als het van de ene ouder meer mag dan van de andere ouder. Een ander voorbeeld wat een ouder noemt is dat haar kind doordeweeks bijvoorbeeld geen worst op zijn brood mag, maar in de weekenden wel. Het is voor het kind duidelijk dat hij op bepaalde momenten iets niet mag, maar het is niet zo dat hem volledig ontzegt wordt.

Opvallend is dat twee ouders aangeven dat er meer ongezonde dingen gegeten worden wanneer hun kind minder lekker in zijn of haar vel zit. Zo geeft een ouder aan dat haar kind heel erg gepest wordt op school. Op de momenten dat het pestgedrag verergert is er ook meer die drang naar de kast om te snoepen. Ook geeft een ouder aan dat het overgewicht van haar dochter ontstaan is rond de tijd dat zij en haar man zijn gescheiden. In deze gevallen kan er een verband gelegd worden tussen negatieve emoties en eetgedrag en kan er ook wel gesproken worden over een emotionele eetstijl.

Beperkt en zonder zout koken is ook iets wat naar voren komt in twee interviews. Bij één ouder gebeurt dit omdat moeder nierpatiënt is en dit een levenswijze vraagt waarin suikers en zout beperkt moeten worden. Bij de andere ouder zijn ze als gezin zoutloos gaan eten. Eerst tijdelijk zodat een jonger zusje met de vaste pot mee kon eten maar omdat ze hier als gezin aan gewend raakten en omdat het gezonder was hebben ze dit eetpatroon vastgehouden.

Tot slot geeft een ouder aan dat het bij haar kind vooral om een frisdrankprobleem gaat en dat er verder normaal gegeten wordt. Volgens de psychologische eetstijlen kan hier gesproken worden van een verkeerde eetgewoonte.

5.1.3 Bewegen

Naast eetgedrag is beweging ook een belangrijke pijler in de aanpak tegen overgewicht. Opvallend is dat alle ouders aangeven dat hun kind actief is. Zo geven twee ouders aan dat hun kind op voetbal zit. Voor voetbal wordt er wekelijks twee keer getraind en vindt er daarnaast één keer per week een wedstrijd plaats. Een andere ouder geeft aan dat hun kind niet op voetbal zit maar in zijn vrije tijd wel vaak voetbalt en buiten speelt. Ze geeft aan dat het alleen erg frustrerend voor haar kind is dat hij vanwege zijn zwakke knieën en enkels dit niet lang kan volhouden. Zelf wil hij dan nog wel doorgaan, maar lichamelijk gaat het niet. Deze ouder zegt overigens als enige, dat ze als gezin helemaal niet bezig zijn met beweging. Ze willen wel meer bewegen, maar dit is iets wat er steeds bij inschiet. De bovengenoemde kinderen zijn overigens alle drie jongens. Toevalligerwijs voetballen ze alle drie. Hoewel het niet representatief voor de hele doelgroep is, is het wel een indicatie dat voetbal een sport is die aansluit bij de behoeften van deze kinderen.

Van de andere ouders geeft een ouder aan dat haar kind op korfbal zit. Hiervoor wordt er wekelijks één keer getraind en vindt er ook elke week een wedstrijd plaats. Op dit moment is er alleen een zomerstop bij korfbal waardoor er geen trainingen en wedstrijden plaatsvinden. Het wordt tijdens deze overbruggingsperiode lastig gevonden om op een vervangende manier aan voldoende beweging te komen. Door als gezin te lopen en te fietsen proberen ouders om de beweging van hun kind toch nog een beetje op peil te houden. Ook heeft hun kind voor haar verjaardag een Spacescooter gehad en gaat ze komende zomer op een actieve vakantie naar de Ardennen. Al met al is de beweging er wel, maar het wordt lastig gevonden dat er nu niet structureel op een bepaalde dag een activiteit plaatsvindt. Dit iets is waar per keer naar gekeken moet worden.

Een andere ouder geeft aan dat haar kind op tennis zit. Hiervoor moet er minimaal één keer in de week getraind worden en als er een wedstrijd gespeeld moet worden dan vindt er een extra training plaats. Daarnaast loopt er bij dit kind ook een traject via 'Meditfit'. Dit houdt in dat er twee keer in de week een uur gesport wordt bij de fysiotherapeut. Ook wordt er op school twee keer in de week gesport en wordt er als gezin regelmatig gewandeld of gefietst. Overigens komt in alle interviews naar voren dat kinderen van en naar school fietsen, dus deze beweging krijgen zij in ieder geval allemaal.

Tot slot heeft een laatste ouder, in overleg met de schoolarts, haar kind ingeschreven bij de sportschool. Haar kind vond dit in het begin erg leuk, maar na een tijdje begonnen er steeds meer kinderen uit te vallen. Dit heeft ervoor gezorgd dat haar kind nu minder naar de sportschool gaat omdat ze alleen moet.

5.1.4 Medische klachten

Overgewicht kan leiden tot medische klachten. Meerdere ouders geven aan dat hun kind klachten van zijn of haar overgewicht ondervindt. Een ouder geeft aan dat er bij haar kind gekeken is of er medische oorzaken voor haar overgewicht waren. Zo is er gekeken naar de schildklier en zijn er bloedonderzoeken gedaan maar dit heeft niets opgeleverd. De andere ouder geeft aan dat ze overgewicht bij haar kind niet als probleem ervaart, dat hij er geen last van heeft en dat er dus ook geen medische klachten zijn.

Opvallend is dat de andere ouders aangeven dat hun kind astma heeft. Het hebben van astma kan een kind belemmeren in zijn beweging. Zo geeft een ouder aan dat haar kind in principe geen last heeft van zijn overgewicht. Daarnaast heeft hij door te sporten ook wel een conditie opgebouwd, in

hoeverre dit gaat in combinatie met zijn astma. Een andere ouder geeft aan dat haar kind heftige pijn heeft gehad aan zijn enkels en knieën. Haar kind heeft wel het idee dat zijn enkels steviger worden nu hij sportoefeningen doet. De andere twee ouders geven aan dat hun kind al langere tijd last heeft van astma. Tot slot geeft een ouder aan dat haar kind de laatste tijd regelmatig klaagt over pijn in haar knieën, maar dit zou ook veroorzaakt kunnen worden door groeipijn. Vanuit de literatuur valt op te merken dat zowel knieklachten als astma een gezondheidsrisico van overgewicht op korte termijn zijn.

5.1.5 Behoeften

Het is belangrijk om zicht te krijgen op de behoeften van de ouders van kinderen met overgewicht. Willen we aan kunnen sluiten bij behoeften van ouders, dan moet het wel duidelijk zijn waar deze behoeften liggen. Net zoals er bij communicatie een onderscheid te maken valt tussen betrekkingen- en inhoudsniveau, gaat dit ook op bij de behoeften van ouders in de aanpak tegen overgewicht. Als er gekeken wordt naar behoeften op inhoudsniveau, gaat dit om de inhoud van de integrale aanpak van behandelprogramma's waar gebruik van gemaakt wordt. Als er gekeken wordt naar de behoeften op betrekkingniveau, gaat het om de begeleiding die er door de betrokken professionals geboden wordt, om de benaderingswijze van de organisaties richting de ouders van de kinderen en jongeren met overgewicht.

Als we kijken naar de behoeften op inhoudsniveau komt hier in de interviews het volgende over naar voren. Allereerst geven meerdere ouders aan dat ze de combinatie van een diëtist(e) en een orthopedagoog, als waardevol ervaren. Door middel van deze combinatie ervaren zij dat er niet alleen gekeken wordt naar bewegen en gewichtsverlies maar dat het totaalplaatje meegenomen wordt. Een ouder geeft hierover aan: 'Een kind moet het sociaal-emotioneel ook wel kunnen bolwerken'. Er is meer nodig dan alleen gewichtsverlies, er is ook gedragsverandering nodig. Er zullen patronen doorbroken moeten worden en daarvoor zal nieuw gedrag aangeleerd moeten worden. Het is algemeen bekend dat aanleren makkelijker gaat dan afleren dus het is dan ook van belang dat hier in de aanpak bij stil gestaan wordt. Er moet aansluiting plaatsvinden bij de punten waar kinderen en hun ouders tegenaan lopen. Het is van belang dat er gekeken wordt naar de punten die kinderen belemmeren om tot gewichtsverlies te komen. Waardoor lukt het hen niet om tot een gezond eet- of beweegpatroon te komen? Wat belemmert hen hierin?

Ook geeft een ouder aan dat ze het fijn vindt om tijdens de behandeling inzicht te krijgen in het BMI van haar kind. Nu wordt er wel gezegd dat het BMI is af- of toegenomen maar niet precies met hoeveel. Een tabel of een grafiek wordt als helpend ervaren om hier een duidelijker beeld van te krijgen. Daarnaast geeft deze ouder aan graag nog meer praktische tips over voeding en beweging te krijgen. Iemand die meedenkt zodat er meer zicht verkregen wordt over de mogelijkheden op deze gebieden en deze vervolgens ook beter benut kunnen worden.

Een andere ouder geeft aan dat ze het belangrijk vindt dat er door de betrokken professionals duidelijkheid geboden wordt. Zowel kinderen als pubers hebben behoefte aan duidelijkheid. Het ontbreken van duidelijkheid kan leiden tot onzekerheid omdat bijvoorbeeld niet duidelijk is wanneer er precies gewogen wordt. Echter kan dit bij anderen juist leiden tot het ontbreken van motivatie omdat ze toch niet duidelijk hebben wanneer een volgend gewichtsdoel behaald moet zijn. Een vast weegmoment kan ervoor zorgen dat het sneller in het systeem komt te zitten en er dus ook sneller naar gehandeld wordt.

Als we vervolgens kijken naar de behoeften op betrekkingniveau, geven ouders aan het fijn te vinden als hun kind gecoacht worden bij het traject. Uit de interviews komt naar voren dat ouders vaak al het één en ander geprobeerd hebben om overgewicht bij hun kind aan te pakken, maar dat het toch niet van de grond wil komen. Zo gaf een ouder aan het fijn te vinden dat er tegen haar kind

gezegd werd: 'Het is logisch dat je het als puber niet leuk vindt dat je vader of moeder moet zeggen dit of dat kun je beter anders doen'. De ouder voelde zich hierdoor heel erg begrepen. Ze geeft hierover aan: 'Je merkt dat het in de pubertijd moeilijker is om je kinderen te blijven motiveren als dat ze jonger zijn, omdat ze dan ook denken dat je het tegen hen bedoeld. Dat ze dus niet goed genoeg zijn. Dus eigenlijk voor hun idee, bevestig je een beeld, terwijl je dat dus niet wilt'. Het is fijn als een professional hier sturing aan kan geven zodat zowel kind als ouder zich gehoord voelt. Aan de andere kant wordt het belangrijk gevonden dat de professional voldoende ruimte overlaat voor eigen ideeën van de ouders. Iedereen is immers weer anders dus dat vereist maatwerk.

Ook geven verschillende ouders aan het belangrijk te vinden serieus genomen te worden. Dat het probleem rondom overgewicht erkend wordt en hier in de benadering ook bij aangesloten wordt. Verder wordt het wisselen van ervaringen met andere ouders, die kinderen met overgewicht hebben, ook als waardevol ervaren. Het bespreken van zowel de factoren die tot een succes als tot een belemmering leiden, kan ervoor zorgen dat ouders zich begrepen voelen en het delen van ervaringen kan tot nieuwe inzichten leiden wat een stimulerende doorwerking kan hebben.

5.1.6 Omgang

Vanuit de interviews komt naar voren dat meerdere ouders een positieve benaderingswijze richting hun kind belangrijk vinden. Kinderen en jongeren met overgewicht moeten al zoveel laten staan en krijgen in vergelijking met leeftijdgenootjes vaak toch al veel te verduren. Een ouder geeft aan dat ze merkt dat er bij kinderen met overgewicht wordt gedacht dat ze ongezond eten. Ze geeft aan dat er vaak tegen haar kind gezegd wordt dat dikke mensen snoepen en dat dikke mensen lui zijn. Ook is haar kind op de basisschool heel erg gepest met haar overgewicht, op de middelbare school werd dit gelukkig minder. Van de zes ouders die we gesproken hebben geven vier van hen aan dat hun kind op een heftige manier gepest is met hun overgewicht.

Een andere ouder geeft aan dat hun kind zowel op de basisschool als op de middelbare school erg gepest wordt. Ouders geven aan zich door school niet gehoord te voelen. Die vinden dat hun kind van iets kleins iets groots maakt. Deze 'kleine' dingen hebben zich bij hun kind zo hoog opgestapeld, dat hun kind op dit moment thuis loopt. De overgang van de basisschool naar de middelbare school was voor hun kind heel moeilijk en daar is het pesten eigenlijk gelijk weer begonnen. Ouders ervaren het dat er alleen naar hun kind gekeken wordt en dat degenen die pesten niet aangepakt worden. Ouders willen dat er eerst wat in de klas opgelost wordt voordat zij hun kind weer naar school doen. Deze ouder geeft aan dat ze het erg moeilijk vindt om haar zoon te helpen omdat ze zelf vroeger ook gepest is om haar overgewicht en dat het heel dichtbij komt.

Een volgende ouder merkt dat ze haar kind zo min mogelijk lastig probeert te vallen met haar overgewicht doordat ze op school er al zo mee gepest wordt. Als er dan thuis ook nog eens op gefocust wordt, kan het wel heel wat voor een kind worden. Deze ouder probeert positief te blijven. Het is zo dat haar kind op dit moment overgewicht heeft, maar als ouder kun je zelf invulling geven aan de manier waarop je hier mee omgaat. Dat kan ook door er op te letten in voeding en beweging, maar zonder er een punt van te maken.

Ook geeft een andere ouder aan dat haar kind op dit moment niet meer gepest wordt, maar dat dit vroeger wel het geval was. Tot slot geven twee ouders aan dat hun kind niet gepest wordt. Eén ouder geeft aan dat overgewicht door hun niet als probleem ervaren wordt en dat anderen er ook op een normale manier mee omgaan. Een volgende ouder geeft aan dat haar kind niet extreem is. Het is niet dat je denkt van: 'Wat een dik kind'. Dit maakt dat mensen weleens zeggen van: 'Maar hij is toch helemaal niet zo dik?' dan zeg ik: 'Nou, dan heb je hem nog niet in zijn zwembroek gezien'. Dat het niet goed aan haar kind af te zien is speelt wellicht mee in, dat hij ook niet om zijn overgewicht gepest word. Daarnaast denkt ze dat het ook meespeelt dat er tegenwoordig veel meer kinderen zijn

die wat steviger zijn, waardoor je minder als een eenling gezien wordt. Ouders stimuleren het kind niet om elke dag op de weegschaal te staan. Het moet geen obsessie worden en het wegen geeft hem ook een doel.

5.1.7 Behandelprogramma

Bijna alle kinderen met overgewicht van de geïnterviewde ouders hebben een behandelprogramma gevolgd of volgen op dit moment een behandelprogramma. De meeste ouders hebben dit programma als positief ervaren. Een ouder geeft wel aan dat ze graag meer bij de behandeling betrokken zou willen worden. Verder is ze ook tevreden. De behandeling van de verschillende disciplines ervaart haar kind als positief en vooral het sporten vindt haar kind erg leuk. Door de andere ouders worden de tips en de adviezen van de diëtist(e) als positief ervaren. Meerdere ouders geven aan dat het geen grote veranderingen waren die uit de voedingsanalyse bij de diëtist(e) naar voren kwamen.

5.1.8 Beleving

Net zoals ieder mens anders is, is ook ieder kind met overgewicht anders. Ook de manier waarop een kind zijn overgewicht ervaart, verschilt van kind tot kind. Wel is er uit onderzoek gebleken dat veel kinderen met overgewicht een negatief zelfbeeld hebben en zich zorgen maken om hun uiterlijk (*Mil en Struik, 2015, p. 203*).

[MOEDER: WAT VOOR CIJFER
ZOU JIJ JEZELF GEVEN DAN?
KIND: EEN ÉÉN OF EEN NUL]

Een ouder geeft aan dat haar kind erg bezig is met zijn overgewicht. Haar kind wil net zo zijn als zijn vriendjes. Vanwege zijn lichaam durft hij niks en is hij heel onzeker. Hun kind kan heel down zijn en de deur niet uit willen gaan. Als ouder hebben ze soms het idee dat ze niet meer tot hem doordringen. De 'vreemde ogen' van de diëtist(e) hebben volgens ouders meer effect. Een andere ouder geeft aan dat haar kind zelf ook met zijn overgewicht bezig is. 'Hij is er een beetje mee opgegroeid omdat we al zo jong begonnen zijn'. Hun kind is niet onzeker van zijn overgewicht en is gewoon lekker wie hij is. Ook vertelt een ouder dat overgewicht één van de problemen bij haar kind was. Haar kind kwam niet goed mee op school, niet met gym en daarnaast was haar gewicht ook niet goed. Deze ouder vertelt dat haar kind erg onzeker is. Ze geeft aan dat haar kind aan haar gevraagd had wat voor cijfer ze zichzelf zou geven, toen moeder vroeg wat voor cijfer zij zichzelf zou geven antwoordde het meisje een nul of een één.

Een andere ouder geeft aan zich verantwoordelijk en schuldig te voelen over het feit dat haar dochter overgewicht heeft en daardoor niet lekker in haar vel zit. Hun kind ervaart de meeste last met het niet kunnen passen van kleding. 'Dat vinden jullie', is zoals een ouder het overgewicht van haar kind ervaart. Zowel kind als ouder zien het niet als een probleem en het kind ervaart ook geen problemen.

5.1.9 Advies

Tot slot hebben we aan het eind van de interviews met ouders, gevraagd wat voor advies zij hebben voor het opzetten van een integrale aanpak. Deze adviezen zijn als volgt:

- Op een laagdrempelige manier sport aanbieden aan kinderen. Er is behoefte aan een vast sportmoment in de week. Het is fijn als hierbij ook rekening gehouden wordt met de ouders die minder te besteden hebben. Ook al is er de behoefte, het moet financieel wel haalbaar zijn;
- Kijken naar welke sport passend is om gewichtsafname te bereiken en daarnaast de apparaten in sportscholen afstellen op kinderhoogte. Als kinderen willen sporten in de sportschool moeten hier wel voldoende mogelijkheden voor zijn;

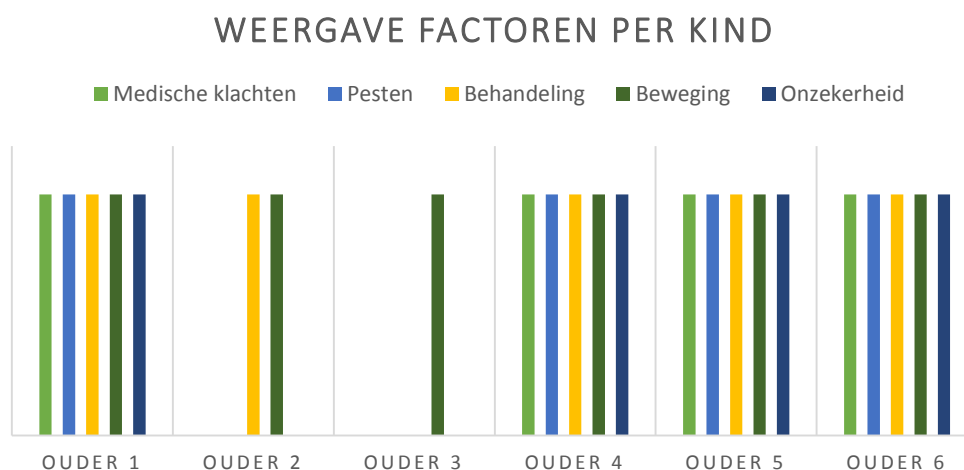
- Na de afloop van een behandelprogramma zoals 'Kidsfit', een nazorgtraject bieden. Waar nu een behandelprogramma stopt na drie maanden, geven ouders aan behoefte te hebben aan het geleidelijk afbouwen van een traject en daarnaast een aantal checkmomenten na afloop;
- Sportinstructeurs betrekken bij het opzetten van een integrale aanpak. Wanneer er sportinstructeurs betrokken zijn bij het traject, is er een korter lijntje naar sportclubs en wordt het makkelijker om een passende sport voor de kinderen te vinden;
- Naast het betrekken van sportinstructeurs zien meerdere ouders ook een belangrijke rol voor maatschappelijk werkers weggelegd. Deze kunnen de kinderen, die meedoen aan het behandelprogramma, op sociaal-emotioneel gebied begeleiden;
- Het vergroten van de rol van scholen in de aanpak tegen overgewicht. Ouders zien voor scholen een rol weggelegd in het geven van voorlichtingsavonden over gezonde voeding en beweging;
- De betrokkenheid van ouders bij de behandeling vergroten. De behoeften van ouders verschillen dus dit vereist maatwerk in de behandeling, maar ouders ervaren het wel als steunend als ze serieus genomen worden en bij de behandeling betrokken worden;
- Een kindgerichte benaderingswijze. Kinderen moeten in vergelijking met leeftijdsgenootjes vaak al veel laten tijdens een traject. Een aanpak waarin het kind centraal staat en waar een positieve benaderingswijze is, wordt dan ook als helpend ervaren;
- Inzicht krijgen in wat er in maaltijden zit, zodat het duidelijk is wat wel én wat niet gezond is. Ook al ligt er de laatste tijd de focus op gezonde voeding, het blijkt dat er ook nog kansen liggen op het gebied van bewustwording van gezonde voeding bij ouders.

5.2 Conclusie

Als we kijken naar de behoeften van ouders, kinderen en jongeren met overgewicht, valt deze op te delen in drie deelgebieden. Dit zijn behoeften op het gebied van eetgedrag, beweging en in de benaderingswijze van de betrokken professionals. Het gebied van eetgedrag wordt opgepakt bij de diëtist(e). Tijdens de behandeling van de diëtist(e) wordt er vrijwel altijd een voedingsanalyse gemaakt met kind en ouders. Naast dat deze analyse inzicht geeft in wat er al allemaal goed gaat wordt ook duidelijk op welk vlak er nog winst te behalen valt. De diëtist(e) geeft ouders tips en adviezen en biedt begeleiding bij de uitvoering hiervan. Ouders geven aan behoeften te hebben aan inzicht in wat wel én wat niet gezond is, verder worden praktische tips en adviezen bij de uitvoering hiervan als helpend ervaren. Op het gebied van bewegen valt op dat alle ouders aangeven dat ze vinden dat hun kind actief is. Wat wel naar voren komt is dat sommige ouders het jammer vinden dat kinderen van deze leeftijd (gemiddeld 8 tot en met 12 jaar) niet mee kunnen sporten in de sportschool. Dit omdat er geen apparaten zijn, die op kinderhoogte afgesteld staan. Dit is ook iets wat in een aantal interviews met professionals naar voren is gekomen. Ook heb je bij een aantal sporten te maken met een zomerstop. Dit houdt in dat bij sommige kinderen het vaste sportmoment tijdelijk wegvalt en dat er gezocht moet worden naar hoe men op een andere manier aan voldoende beweging kan komen. Het vinden van een andere geschikte mogelijkheid, wordt door ouders als lastig ervaren. Ook geven ouders aan dat het bij hun kind best wel wat moeite kan kosten om het sporten na een vakantieperiode weer op te pakken. Hieruit blijkt de behoefte naar duidelijkheid en frequentie van een vaste sportactiviteit. Het aanbieden van sportmogelijkheden op een laagdrempelige manier wordt in deze situatie als wenselijk ervaren. Tot slot blijkt dat ouders, wat betreft de benaderingswijze, behoefte hebben aan een positieve- en kindgerichte benaderingswijze. Verder vinden ouders het fijn als ze het gevoel hebben serieus genomen te worden, dat er ruimte is voor eigen ideeën en het uitwisselen van ervaringen met andere ouders en tot slot dat ze betrokken worden bij de behandeling.

Nu we door middel van kopjes de relevante labels doorlopen hebben, willen we tot slot nog een aantal van de bovengenoemde labels per kind weergeven. Deze weergave is in figuur 5.2.1 te zien.

Figuur 5.2.1: Weergaven factoren per kind



In deze grafiek wordt duidelijk welke kinderen er medische klachten van hun overgewicht ondervinden, gepest worden of geweest zijn, in behandeling voor hun overgewicht (geweest) zijn, beweging krijgen door middel van sport en tot slot welke kinderen er onzeker zijn als gevolg van hun overgewicht.

Hoofdstuk 6: Welke organisaties moeten er op gemeentelijk niveau betrokken worden bij het ontwikkelen van een integrale aanpak?

Inleiding

Nu we in de twee voorliggende hoofdstukken door middel van het afnemen van diepte-interviews ingegaan zijn op de behoeften van professionals enerzijds en de behoeften van ouders anderzijds, willen we in dit hoofdstuk de verkregen informatie analyseren. Aan de hand van de informatie uit de afgenomen interviews, willen we ingaan welke organisaties er op gemeentelijk niveau betrokken moeten worden, bij het ontwikkelen van een integrale aanpak. Dit willen we zowel door middel van de informatie uit de praktijk en met behulp van een literatuuronderzoek beargumenteren. Allereerst willen we in paragraaf 6.1 ingaan op de meerwaarde van het opzetten van een integrale aanpak. Vervolgens wordt er in paragraaf 6.2 gekeken naar welke organisaties er in betrokken moeten worden, bij het opzetten van deze integrale aanpak en welke organisatie hier als beste de regisseursrol in kan oppakken.

6.1 Integrale aanpak

Voordat we met het onderzoek aan de slag zijn gegaan, was het voor ons een gegeven dat een integrale aanpak het middel is om overgewicht bij kinderen en jongeren, in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar, te reduceren en te voorkomen. De vraag waar wij tijdens dit afstudeeronderzoek mee aan de slag gegaan zijn, is immers: 'Waaruit bestaat een integrale aanpak, die Stichting Elan in samenwerking met andere zorgorganisaties in kan zetten, om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen?' Ook al was dit voor ons een gegeven, het is goed om te kijken naar wat voor meerwaarde een integrale aanpak oplevert in vergelijking met andere behandelprincipes. Waarom is er bijvoorbeeld gekozen voor een integrale aanpak en niet voor een sociale kaart? Een sociale kaart die inzicht biedt in welke hulp organisaties bieden in de aanpak tegen overgewicht. Deze kaart zou gegeven kunnen worden aan de professionals die in Barneveld actief zijn en rondom het kind en de jongere met overgewicht staan. Op deze manier is voor iedereen ook elkaars rol inhoud duidelijk en kan er een afstemming van de rollen plaatsvinden. Het opzetten van een integrale aanpak kost immers ook tijd en geld, dus waarom moet hier in geïnvesteerd worden? Wat kan dit de betrokken professionals en de ouders van de kinderen en jongeren met overgewicht opleveren?

6.1.1 Drie componenten

De World Health Organization concludeert in haar rapport dat de multidisciplinaire behandeling van overgewicht bij kinderen momenteel de enige hoopgevende interventie is en als ultieme preventie van de overgewichtsepidemie moet worden gezien. Deze behandelvorm omvat ten minste drie componenten: aangepaste voeding, meer beweging en een psychologische behandeling (*Braet, 2010, p. 59*). Omdat men overgewicht beschouwt als het resultaat van een onbalans tussen inname en verbruik van energie, hebben onderzoekers de effecten geëvalueerd van een interventie waarin beide componenten beter met elkaar in evenwicht zijn. Ze zochten daarbij naar een leefstijl voor een kind, met meer beweging in combinatie met anders eten. Dit laatste betekent dat het kind een eetpatroon moet aanleren waarin het niet meer inneemt dan het nodig heeft en/of verbruikt. De resultaten van onderzoek naar dit soort interventies waren teleurstellend. Het blijkt noodzakelijk om niet alleen een gedragsverandering in gang te zetten, maar ook om te zorgen dat deze behouden blijft. Naast beweging en anders eten bleek er dus een derde component belangrijk te zijn, namelijk een psychologische interventie. Vooral gedragstherapie bleek geschikt om kinderen gewenst gedrag aan te leren en ongewenst gedrag te laten vervangen door gewenst gedrag. Dit kan men via de ouders doen, maar de kans op succes wordt groter als het kind door middel van de zelfcontroletherapie wordt geleerd om zelf in te grijpen. Aanvankelijk past men kleine veranderingen in de levensstijl van het kind toe, waarbij het kind zelf de doelen bepaalt en de professional de

bewegingsgewoonten. Hierdoor wordt de kans op succes groter, net als de kans dat het kind de therapie volhoudt (*Braet, 2010, p. 60*). Met behulp van gedragstherapeutische principes wordt vooral extern eten teruggedrongen door de plaatsen en tijdstippen waarop het kind mag eten te beperken (*Braet, 2010, p. 62*).

De bovengenoemde drie componenten zijn niet los van elkaar te zien, maar staan in wisselwerking met elkaar. Dit sluit aan bij het gedachtegoed vanuit de systeemtheorie. Het object dat men onderzoekt wordt van daaruit niet gezien als op zichzelf staand, maar in wisselwerking met zijn omgeving. Een eigenschap van een object of een systeem wordt niet zozeer gezien als eigen aan het object of systeem, maar wordt opgevat als eigenschap die niet los van de omgeving te zien is. De eigenschappen van een geheel worden wel beïnvloed, maar niet bepaald door de kenmerken van de onderdelen (*Rigter, 2010, p. 229*). Tijdens het behandelprogramma is het van belang om op elk van deze componenten in te gaan. Het geheel is meer dan de som der delen. Door afzonderlijk op deze componenten in te gaan wordt niet het effect bereikt, wat wel wordt bereikt als er op het geheel ingestoken wordt.

De kinderen vertonen na de driecomponentenbehandeling gemiddeld een gewichtsverlies dat 5 tot 15 procent onder hun aanvangsgewicht ligt. Een belangrijke implicatie van deze driecomponentenbehandeling is dat elke behandeling ten minste door drie deskundigen uit evenveel verschillende disciplines gedragen moet worden. Er zijn ook variaties mogelijk. In elke geval moet een programma gedragen worden door een diëtist(e) en een psycholoog. Daarnaast kan overwogen worden om een bewegingsdeskundige te vragen om delen van het programma in te vullen. In België is een interessant initiatief opgestart (Move XL), waarbij het bewegingsprogramma voor kinderen gecombineerd wordt met een groepsprogramma voor de ouders, onder leiding van een diëtist(e) en een psycholoog. De eerste resultaten lijken veelbelovend (*Braet, 2010, p. 61*).

Interventies waarbij aan de hand van een gestandaardiseerd protocol voedingsadvies, beweging en een gedragsverandering worden nagestreefd en die zijn gericht op de jongere met overgewicht en waarbij de jongere en zijn ouders actief betrokken zijn, worden ook wel multidisciplinaire interventies genoemd. In vooraanstaande medische en psychologische onderzoekstijdschriften worden deze interventies als evidence-based behandelingen erkend en als veelbelovend omschreven. Opmerkelijk is dat werkzame behandelingen gewichtscontrole nastreven in plaats van gewichtsverlies. Veder zijn ze vooral gericht op het aanleren van een gezonde levensstijl via veranderd eetgedrag en meer beweging (*Braet, 2010, p. 10*).

6.1.2 Participatie van de betrokkenen

Naast de drie componenten wordt er soms ook nog gesproken over een vierde component, namelijk de participatie van de betrokkenen. Samen met de bovengenoemde componenten wordt dit component gezien als noodzakelijke voorwaarde voor een geslaagde behandeling, zowel op korte als op lange termijn (*Happy Weight Stippenplan, 2014*). Waar gewerkt wordt met kinderen en jongeren, heb je te maken met ouders. Uit onderzoek blijkt dat de behandeling betere resultaten oplevert als ten minste één van de ouders erbij betrokken is, dan wanneer dat niet het geval is. Deze aanpak heeft zijn effectiviteit inmiddels ook op lange termijn bewezen. In een uniek follow-uponderzoek vond men dat zo'n tien jaar na de oorspronkelijke behandeling, waarbij kind en ouders betrokken waren, één op de drie behandelde kinderen niet langer obese genoemd kon worden. Nog eens een derde had na tien jaar een overgewicht van maximaal 20 procent. Het onderzoek pleit dus voor de combinatiebehandeling van kind plus ouders. Helaas laat dit onderzoek niet toe conclusies te trekken over het effect van dezelfde behandeling, maar dan alleen met het kind (of de ouder). Kortom, het ontbreekt hier nog aan goede vergelijkingsgroepen. Onlangs zijn er enkele interessante onderzoeken uitgevoerd waarbij ouders werden ingezet als mediators, om zo verandering te bewerkstelligen bij hun kind. Bij een follow-up na twee jaar was het gewicht van kinderen uit een

programma waarin alleen de ouders geïnccludeerd waren met zo'n 15 procent afgenomen. De kinderen die werden behandeld zonder de betrokkenheid van hun ouders waren drie procent in gewicht toegenomen. Er werd ook geëvalueerd op het effect van een oudertraining op het gewicht van de kinderen. De kinderen werden hierbij zelf niet betrokken. Na één jaar waren de kinderen van de ouders die een training volgden 7 procent in gewicht afgenomen. De kinderen uit de controlegroep, met ouders die geen training wensten te volgen, waren ongeveer 4 procent in gewicht toegenomen. Op basis van deze onderzoeken kunnen we voorzichtig concluderen dat een aanpak die alleen op de ouders (van jonge kinderen) wordt gericht zeker potentie heeft. Slechts drie onderzoeken hebben bekeken of het bij adolescenten zinvol is om de ouders bij de behandeling te betrekken. De bevindingen zijn inconsistent. Adolescenten streven meestal naar autonomie en daarom kunnen hun ouders vaak niet meer doen dan ondersteuning bieden (*Braet, 2010, p. 62*).

6.2 Organisaties integrale aanpak

Uit onderzoek is gebleken dat er minimaal vier disciplines moeten samenwerken om overgewicht bij kinderen en jongeren aan te pakken. Waar er eerder gesproken werd van drie componenten wordt hier de rol van een kinderarts ook benoemd. De disciplines zijn dan als volgt: een kinderarts, een diëtist(e), een bewegingsdeskundige en een psycholoog (*Braet, 2010, p. 46*). Hieronder volgt per discipline een rolbeschrijving zodat duidelijk is welk gedeelte door welke organisatie opgepakt kan worden en wat ieders rol hierin is.

6.2.1 Vier belangrijkste disciplines

Kinderarts

In de eerste plaats zal er een screening plaatsvinden. De kinderarts zal gewicht en lengte bepalen, de mate van overgewicht, de BMI en de overeenkomende percentages op de groeicurve. Daarnaast moet de kinderarts alert zijn op ziektebeelden (*Braet, 2010, p. 46*). De arts moet na afloop van het behandelprogramma contact houden met het gezin, bijvoorbeeld in de vorm van driemaandelijke consultaties. Het is raadzaam met de ouders te overleggen over wat ze minimaal haalbaar achten en over de vraag of het meest wenselijke ook mogelijk is (*Braet, 2010, p. 60*).

Diëtist(e)

De diëtist(e) zal de voedingsgeschiedenis proberen te achterhalen en het gezin een opdracht meegeven. Het kind wordt gevraagd gedurende één week een eetdagboek bij te houden. Het kind hoeft daarbij nog geen andere eetgewoonten aan te nemen, maar hoeft alleen te noteren wat het eet, hoeveel en wanneer. Tijdens een tweede gesprek zal de diëtist(e) dit dagboek uitgebreid bespreken om zicht te krijgen op de eetgewoonten van het gezin. Daarbij exploreert ze de motivatie en de mogelijkheden tot verandering.

Bewegingsdeskundige

De bewegingsdeskundige zal, aan de hand van een bewegingsdagboek, analyseren wat een kind in één week tijd aan bewegen doet: wat, hoeveel en wanneer. Dit dagboek wordt tijdens een tweede gesprek uitgebreid besproken om zicht te krijgen op de motivatie en mogelijkheden tot verandering.

Psycholoog

De psycholoog voert een psychologisch onderzoek uit. Dit onderzoek bevat drie onderdelen. Er vindt een interview plaats met ouders en kind, er wordt een psychodiagnostisch onderzoek gedaan met aparte tests voor ouders en kind en er kan aansluitend een klinisch interview plaatsvinden.

Tijdens het eerste deel van het psychologisch onderzoek moeten ouders en kind vragen beantwoorden over de volgende onderwerpen: de huidige gezinssamenstelling en de familiale ziektegeschiedenis, de ontwikkelingsgeschiedenis van het overgewicht met aandacht voor de eerder genomen maatregelen die het gewicht onder controle moesten brengen, de huidige eetgewoonten

van het gezin, de huidige bewegingsgewoonten van het gezin, de motivatie om hierin verandering te brengen, de opvoedingstradities in het gezin en psychologische evaluatie; deze omvat vragen naar de psychische belasting van de problematiek voor het kind en het gezin, de manier waarop de omgeving naar het zwaarlijvige kijkt, de impact van bepaalde gebeurtenissen of andere spanningen die invloed kunnen uitoefeningen (of uitgeoefend hebben) op het eetgedrag van het kind, of op de familie context. Tot slot wordt er aandacht besteed aan de verwachtingen van zowel de ouders als het kind ten aanzien van een behandeling gericht op gewichtscontrole.

Het tweede onderdeel omvat een psychodiagnostisch onderzoek. De kinderen en de ouders vullen onder begeleiding vragenlijsten in, die betrekking hebben op het zelfbeeld van het kind, mogelijke emotionele problemen en de eetgewoonten. Wanneer er aanwijzingen zijn voor problemen, zoals een trauma, angstproblematiek, depressie of oppositioneel-opstandig gedrag kan de psycholoog aansluitend een klinisch interview plannen waarbij hij nauwgezet ingaat op het mogelijk voorkomen van psychische stoornissen (*Braet, 2010, p. 46 en 47*).

Op grond van de informatie die alle disciplines tijdens het multidisciplinaire onderzoek hebben verzameld, moet het ook mogelijk zijn de verschillende hypothesen over het ontstaan en de instandhouding van het overgewichtprobleem te toetsen. De bevindingen worden vervolgens in een probleemsamenhang in kaart gebracht waarin men alle relevante factoren opneemt die op dat moment voor het betreffende kind gelden, naast een hypothese over de onderlinge samenhang. Daarbij moet het team zich tijdens het multidisciplinaire overleg ook buigen over de vraag of de behandeling van overgewicht het eerste probleem is wat behandeld moet worden, en zo ja, wat het behandeldoel moet zijn.

6.2.2 Vertaalslag naar Barneveld

De hier bovengenoemde disciplines vormen de belangrijkste partijen waaruit een integrale aanpak moet komen te bestaan. Dit komt zowel in de literatuur als in de praktijk naar voren. Als we kijken naar de huidige situatie in Barneveld zien we dat er door de laatste drie genoemde disciplines al samengewerkt wordt. In het behandelprogramma 'Kidsfit' vindt er een samenwerking plaats tussen een diëtist(e), een kinderfysiotherapeut en een orthopedagoog/psycholoog. De kinderarts ontbreekt in dit samenwerkingsverband maar de screening wordt hier gedaan door de schoolarts en de huisarts. Vanuit deze disciplines wordt er echter niet na afloop van het behandelprogramma contact gehouden met het gezin. De rol van de schoolarts en de huisarts ligt met name op het gebied van signalering. Vervolgens doen zij veelal een doorverwijzing en wordt er via deze weg geen contact gehouden met het gezin. Het ontbreken van een nazorgtraject wordt zowel door verscheidene professionals als door ouders als missend ervaren dus dit is iets waar wij in onze conclusie en aanbevelingen op in willen steken. Er volgt hieronder een uitgebreide rolbeschrijving van de huisarts, jeugdverpleegkundige en de schoolarts zodat duidelijk welke rol deze professionals in de praktijk innemen.

Huisarts

De huisarts kan ook een rol in de signalering van overgewicht spelen, omdat bij de huisarts ook veel kinderen en jongeren komen. Uit de interviews met de ouders komt naar voren dat de huisarts een belangrijke signalerende functie heeft. Vijf van de zes ouders die we geïnterviewd hebben, geven namelijk aan dat de huisarts degene is, die het overgewicht gesignaleerd heeft.

Jeugdverpleegkundige en de schoolarts

Als we kijken naar de diepte-interviews valt op dat jeugdverpleegkundigen en schoolartsen een belangrijke rol spelen in het signaleren en doorverwijzen van kinderen met overgewicht. Vanuit de diepte-interviews komt naar voren dat meerdere professionals de jeugdverpleegkundigen aanbevelen om te betrekken in de integrale aanpak. Zo kunnen schoolverpleegkundigen momenten

gebruikt worden om ouders te attenderen op eten. Schoolverpleegkundige kunnen hen daarin informeren en adviseren. Daarnaast komen de jeugdverpleegkundigen en schoolartsen op scholen dus zij zien de kinderen en weten hoe het met hun gezondheid is en hebben hierin dus een belangrijke signaleringsfunctie.

In de interviews met professionals komt naast bovengenoemde disciplines, ook de rol van sportclubs en scholen naar voren. Waar disciplines als een huisarts en een schoolarts en jeugdverpleegkundige al met elkaar samenwerken wordt door meerdere ouders en verschillende professionals ervaren dat er kortere lijntjes naar de sportclubs mogen lopen. In de praktijk blijkt dat het regelmatig lastig wordt gevonden om na een behandelprogramma een vaste sportactiviteit te vinden. Wat betreft scholen komt er een verschillend signaal naar voren. Sommige scholen zijn al heel bewust bezig met gezonde voeding en bewegen, waar dit bij andere scholen nauwelijks speelt. Vooral de ongezonde voeding in snoepautomaten en kantines wordt benoemd als belemmerende factor in de aanpak tegen overgewicht. Dit signaal komt zowel van professionals af als van de ouders. Hieronder wordt er dieper ingegaan op de rol van scholen en sportclubs. Deze informatie is verkregen aan de hand van interviews met ouders enerzijds en professionals anderzijds.

Scholen

Scholen hebben een voorbeeldfunctie naar kinderen. Het is belangrijk dat kinderen en ouders bewust worden van gezonde voeding. Op school is het van belang om de leerlingen aan te spreken op ongezond eetgedrag. Daarbij is het belangrijk om met hen hierover open in gesprek te gaan, zonder hen af te wijzen. Dit kan bijvoorbeeld door middel van voorlichtingsavonden. Het is ook van belang om in de lessen aandacht te besteden aan bewustwording en advisering van gezonde voeding. Tot slot komt er in de interviews met ouders naar voren dat veel kinderen met overgewicht gepest worden. Het is van belang dat scholen het pestprotocol in acht nemen en het pestgedrag zo aangepakt kan worden.

Sportclubs

Het is belangrijk om een kort lijntje met sportclubs te hebben. Tijdens het behandelprogramma wordt er gesport bij de kinderfysiotherapeut, maar het is ook van belang dat de kinderen en jongeren nadat het programma gestopt is een vervangende sportactiviteit vinden. Het kan helpend zijn als er een kort lijntje is met sportclubs zodat kinderen en jongeren tijdens het programma verschillende sporten kunnen ervaren. Door het ervaren van verschillende sporten wordt er meer zicht gekregen op welke sport de interesse van het kind of de jongere heeft en welke sport bij hem of haar past.

6.2.3 Oppakken regisseursrol

Het belang van de volgende disciplines wordt ingezien om te betrekken bij het opzetten van een integrale aanpak tegen overgewicht: een huisarts, jeugdverpleegkundige en schoolarts, een diëtist(e), een kinderfysiotherapeut, een psycholoog of orthopedagoog, scholen en sportclubs. Waar er binnen deze disciplines door sommigen al met elkaar samengewerkt wordt, is dit bij anderen niet het geval. Ook al wordt door alle geïnterviewde partijen de meerwaarde ingezien van een integrale aanpak om overgewicht bij kinderen en jongeren, in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen, dit alleen is niet voldoende. Nu er bij alle betrokken partijen de bewustwording is, kan er gekeken worden naar welke vervolgstappen er gezet kunnen worden. Een organisatie die de *regisseursrol* oppakt, zou hierbij helpend kunnen zijn. Waar er nu door meerdere organisaties wat gedaan wordt om overgewicht tegen te gaan, kan er gekeken worden naar hoe er tot een meer gezamenlijke aanpak gekomen kan worden. Een integrale aanpak waarin alle bovengenoemde partijen met elkaar samenwerken. Een organisatie die de regisseursrol op zich neemt zou hier het voortouw in kunnen nemen.

Als we kijken naar welke organisatie de regisseursrol het beste op zich kan nemen, is dat afhankelijk van een aantal factoren. In de aanpak van overgewicht valt er een onderscheid te maken tussen organisaties die overgewicht vanuit de sociaal-medische invalshoek benaderen en organisaties die hier vanuit de sociaal-maatschappelijke invalshoek op in spelen. Overgewicht wordt door de professionals gezien als een sociaal-maatschappelijk probleem, wat vraagt om op een preventieve manier aangepakt te worden. Bij de organisatie die de regisseursrol op zich neemt moet dit wel passen binnen en aansluiten bij haar takenpakket. Vanuit dit oogpunt komen er twee organisaties naar voren die deze regisseursrol mogelijk op zich zouden willen nemen. Allereerst is dit onze opdrachtgever, Stichting Elan. De andere organisatie is het CJG. Hieronder volgt eerst een beschrijving van de organisaties en vervolgens wordt weergegeven waarom zij de regisseursrol al dan wel of niet op zich zouden kunnen nemen. Aan de hand van deze informatie willen we tot slot tot een gedegen advies en aanbevelingen komen.

Centrum Jeugd en Gezin

Het CJG is er voor alle ouders en opvoeders die vragen hebben over de opvoeding, het opgroeien of de gezondheid van hun kind. Je kunt voor informatie, hulp, advies en ondersteuning terecht bij het CJG (*Centrum Jeugd en Gezin, z.d.*).

Het CJG vindt dat er sociaal-medisch oplossend te werk gegaan kan worden, maar men ziet overgewicht hier in de basis als een sociaal-maatschappelijk probleem. Het CJG gaat naast curatief juist ook preventief te werk. Overgewicht terugdringen is een belangrijk speerpunt. Dit is onder andere terug te zien in de signalerende rol die de schoolarts en de jeugdverpleegkundige vanuit het CJG hebben. Als belangrijke pijler van het gemeentelijk beleid wordt gezond en veilig opgroeien genoemd. Dit sluit aan bij een speerpunt van het CJG namelijk: het willen monitoren van een gezin. Daarnaast wordt aangegeven dat het CJG een neutrale voorkeur heeft ten opzichte van Stichting Elan. Volgens het CJG zijn zij volledig geaccepteerd in Barneveld, ook door alle soorten gelovigen. Tot slot werkt het CJG nauw samen met andere instanties en vormt dit een goed uitgangspunt.

Stichting Elan

Stichting Elan is een christelijke praktijk voor welzijn, maatschappelijk dienstverlening en therapie. Elan heeft een breed, gevarieerd aanbod en kan bij een breed scala aan hulpvragen ondersteuning bieden, zonder te verwijzen naar andere instellingen of organisaties. Dat gaat van sociale vaardigheidstraining aan jongeren tot opvoedingsondersteuning, van hulp bij relatieproblemen tot een gespreksgroep rouw, van individuele begeleiding tot outreachende hulp (*Stichting Elan, z.d.*).

Ook vanuit Stichting Elan wordt overgewicht gezien als een sociaal-maatschappelijk probleem. Om deze reden is het voor hen dan ook een logische stap, dat een maatschappelijk werk organisatie de regisseursrol op zich neemt. Een maatschappelijk werk organisatie kan inspelen op de sociale hoek en niet alleen op de medische hoek, maar het juist in een breder perspectief trekken. Het is een welzijnsinstelling, gericht op normaal functioneren en preventie. Een preventieve insteek sluit aan bij de aanpak die bij overgewicht wenselijk is. Daarnaast is maatschappelijk werk een organisatie die voor iedereen bedoeld is, waar de doelgroep van het CJG zich met name op gezinsniveau afspeelt. Ten opzichte van het CJG is Stichting Elan dus breder inzetbaar.

6.3 Conclusie en aanbevelingen

Aan de hand van bovengenoemde informatie zou zowel een CJG als een algemeen maatschappelijk werk (AMW) organisatie zoals Stichting Elan, de regisseursrol kunnen vervullen. Beide organisaties benaderen overgewicht immers als een sociaal-maatschappelijk probleem en streven naar een preventieve aanpak. Afhankelijk van de lokale situatie, invulling van taken, verantwoordelijkheden en werkzaamheden kan er gekeken worden welke organisatie in Barneveld het beste de regisseursrol op zich kan nemen. Als onderzoekers kunnen wij een advies geven maar de reikwijdte en

toepasbaarheid van dit onderzoek zal zich in de praktijk pas uitwijzen. Elke gemeente geeft op een andere manier invulling aan de sociale zorg, dus het is zinvol om per gemeente te kijken hoe dit ervoor staat. Wij hebben op dit moment onvoldoende zicht op hoe invulling van de sociale zorg in Barneveld geregeld is. Om deze reden adviseren we dan ook dat er nog vervolgacties moeten komen. Een dialoog met Stichting Elan, het CJG en de gemeente lijkt ons wenselijk. Tijdens dit gesprek kan er gekeken worden wat er in Barneveld de beste aanpak is. Het mini-symposium dat onze opdrachtgever naar aanleiding van ons afstudeeronderzoek met alle belangstellende professionals die rondom het kind en de jongere staan medio september wil geven, kan een mooie start van de integrale aanpak vormen.

Hoofdstuk 7: Conclusie en aanbevelingen

Inleiding

Na de methodologie en het betoog volgt nu het derde deel van ons onderzoeksverslag, met in dit hoofdstuk de conclusie en aanbevelingen. In de methodologie hebben we de aanleiding en achtergrond van het probleem, de vraagstelling en de deelvragen, de beschrijving en verantwoording van de gekozen onderzoeksmethoden, de doelstellingen, doelgroep en beoogde resultaten beschreven. Vervolgens hebben we in het betoog door middel van literatuur- en praktijkonderzoek een argumentatie proberen te geven, voor de beantwoording van onze hoofdvraag. We hebben met behulp van literatuuronderzoek gekeken naar wat er al bekend is over overgewicht, bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Daarnaast hebben we geïnventariseerd welke middelen er al voor deze doelgroep ontwikkeld zijn om overgewicht te reduceren en te voorkomen. In ons praktijkonderzoek hebben we onderzocht waar professionals aangeven behoefte aan te hebben, als het gaat om het opzetten van een integrale aanpak en hoe zij vanuit hun functie handelen, bij kinderen en jongeren met overgewicht in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Ook hebben we gekeken waar ouders behoefte aan hebben, als het gaat om het reduceren en voorkomen van overgewicht bij hun kind. Aan de hand van de behoeften van de ouders enerzijds en de professionals anderzijds, hebben we in het vorige hoofdstuk gekeken naar welke organisaties er op gemeentelijk niveau betrokken moeten worden, bij het ontwikkelen van een integrale aanpak.

In dit hoofdstuk willen we een antwoord geven op onze hoofdvraag. Onze hoofdvraag luidt als volgt: waaruit bestaat een integrale aanpak die Stichting Elan in samenwerking met andere zorgorganisaties in kan zetten, om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen?

Allereerst willen we in paragraaf 7.1 onze conclusie onderbouwen met resultaten en onderzoeksgegevens uit het betoog. Vervolgens geven we in paragraaf 7.2 onze aanbevelingen voor het opzetten van een integrale aanpak.

De conclusies die we hebben getrokken en de aanbevelingen die we geven zijn bedoeld als advies. Het is aan de professionals hoe zij hier in de praktijk invulling aan geven. Door het doen van onderzoek hebben we een inhoudelijke bijdrage proberen te leveren aan het geven van een advies voor het opzetten van een integrale aanpak. Het is aan de professionals om de toepasbaarheid hiervan in de praktijk te meten.

7.1 Conclusie

Door middel van ons literatuuronderzoek en de diepte-interviews die we afgenomen hebben bij professionals en ouders van kinderen en jongeren met overgewicht, zijn we tot de volgende conclusies gekomen.

Een belangrijke conclusie is dat er zowel vanuit de literatuur als vanuit de praktijk aangegeven wordt, dat er bij het opzetten van een integrale aanpak minimaal drie componenten betrokken moeten worden. Deze componenten zijn: een diëtist(e), een orthopedagoog of psycholoog en een kinderfysiotherapeut. Uit onderzoek is gebleken dat de samenwerking van deze drie componenten de meest succesvolle aanpak is. Als we kijken naar de huidige situatie in Barneveld, dan zien we dat er bij het behandelprogramma 'Kidsfit' door de drie bovengenoemde partijen samengewerkt wordt. Daarnaast nemen de huisarts en de jeugdverpleegkundige een belangrijke rol in, in de signalering van overgewicht. Ongeveer 98 procent van de kinderen komen langs bij de jeugdverpleegkundige. De huisarts daarentegen kent het gezin en die kan inspelen op de medische klachten. De huisarts en de jeugdverpleegkundige zijn beiden belangrijk om te betrekken in de opstartfase van een traject. Er zijn

in Barneveld verschillende samenwerkingsverbanden, maar hier worden niet alle disciplines bij betrokken. Het is echter van belang dat de krachten van alle disciplines gebundeld worden, zo kan er nauw naar elkaar worden doorverwezen. Een samenwerkingsverband met een diëtiste, een kinderpsycholoog of een orthopedagoog, een kinderfysiotherapeut, de huisarts, jeugdverpleegkundigen, scholen en sportclubs is in onze ogen wenselijk.

De rol van een huisarts komt vaak naar voren in de interviews. Zowel de ouders als de professionals zien een belangrijke signaleringsrol weggelegd voor de huisarts. Een opvallend gegeven is echter dat de huisarts aangeeft het lastig te vinden om patiënten aan te spreken op hun gewicht. De huisarts verduidelijkt dit tijdens het interview met het voorbeeld van roken. Het aanspreken van mensen op de risico's van roken was iets wat vroeger niet gebeurde door een huisarts. Nu zit dit echter in het systeem en wordt het logisch gevonden als de huisarts de mensen wijst op de gezondheidsrisico's die roken met zich meebrengt. Zo werkt het misschien ook wel met overgewicht. Wat ons betreft mag de huisarts de signaleringsrol vaker op zich nemen. Bij de huisarts draait het immers om de gezondheid van de patiënt. Het bespreken van overgewicht valt dan ook binnen het takenpakket van de huisarts. De huisarts staat over het algemeen dichter bij het gezin dan een schoolarts. Daarnaast kan een huisarts inspelen op mogelijke medische klachten als gevolg van het overgewicht.

Verschillende professionals geven aan dat zij het signaleren van overgewicht niet als hun taak zien of dat zij het moeilijk vinden om dit te benoemen. Een schoolmaatschappelijk werkster vindt dit een taak voor de jeugdverpleegkundige en een intern begeleider van een basisschool geeft aan, dat het meer een taak is voor de schoolarts. Daarnaast vinden verschillende leerkrachten, maar ook de huisarts het lastig om dit thema bespreekbaar te maken. Ze zijn bang dat het aanspreken van ouders, kinderen of jongeren ten koste gaat van de onderlinge relatie. Een opmerkelijk gegeven is dat er wel de noodzaak wordt gezien van een integrale aanpak. Iedere discipline kan daar een rol innemen. Zo kan het ook een leerkracht zijn die overgewicht bij een kind signaleert en daarover in gesprek gaat. Het is belangrijk dat elke discipline doet wat hij kan doen en niet wacht totdat een andere discipline ermee aan de slag gaat. Deze houding van professionals vormt een belemmerende factor in de aanpak van overgewicht.

Uit de interviews komt naar voren dat zowel ouders als professionals de meerwaarde van een integrale aanpak inzien. Echter lijkt op dit moment centrale coördinatie te ontbreken. Verschillende professionals geven aan niet precies te weten wat er lokaal al ontwikkeld is op het gebied van overgewicht. Professionals moeten kennis hebben van elkaar als organisatie en van de behandelprogramma's die er draaien, willen ze gericht kunnen doorverwijzen. Als professionals niet duidelijk hebben wie precies welk gedeelte oppakt in de aanpak van overgewicht, kan dit tot gevolg hebben dat er minder vaak kinderen met overgewicht gesignaleerd en doorverwezen worden. Door een duidelijke afstemming tussen de verschillende disciplines bij de uitvoering van taken, kan dit grotendeels voorkomen worden.

In de interviews met ouders komt naar voren dat verschillende kinderen gepest zijn vanwege hun overgewicht. Uit de interviews met de ouders en professionals komt naar voren dat scholen verschillende middelen inzetten voor de bewustwording van gezond voedsel, hierbij wordt het onderwerp pesten niet tot nauwelijks meegenomen. Aan dit onderwerp mag naar onze mening meer aandacht worden besteed. Verschillende kinderen hebben door hun overgewicht een laag zelfbeeld en zijn onzeker. Door het pesten wordt dit gevoel versterkt.

Voor het opzetten van een integrale aanpak is het van belang dat een organisatie de regisseursrol op zich neemt. Stichting Elan is degene die in februari 'Taskforce overgewicht onder kinderen en jongeren' heeft opgezet. Daarnaast is overgewicht terugdringen is een belangrijk speerpunt van het CJG. Het CJG is ook een onderdeel van de gemeente. Een dialoog met Stichting Elan, het CJG en de

gemeente lijkt ons wenselijk. Tijdens dit gesprek kan er gekeken worden wie de regisseursrol op zich gaat nemen.

7.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen die we meegeven aan de betrokken partijen zijn hieronder te vinden.

○ Organisaties

Pak het reduceren en voorkomen van overgewicht op een integrale manier aan. Alle disciplines zien de meerwaarde van een multidisciplinair team in. Uit de diepte-interviews komt naar voren dat het van belang is om een huisarts, een psycholoog of orthopedagoog, een diëtist, een schoolarts of jeugdverpleegkundige, een kinderfysiotherapeut, scholen en sportclubs te betrekken. De drie disciplines die je minimaal bij een integrale aanpak moet betrekken zijn: een diëtist, een kinderfysiotherapeut en een psycholoog of orthopedagoog. Zo kan er ingespeeld worden op: eetgedrag, beweging en psychisch welbevinden. Het mini-symposium dat onze opdrachtgever naar aanleiding van ons afstudeeronderzoek met alle belangstellende professionals die rondom het kind en de jongere staan medio september wil geven, kan als een mooie start van de integrale aanpak gezien worden. Daarnaast kan een dialoog met Stichting Elan, het CJG en de gemeente waarschijnlijk meer duidelijkheid geven over de invulling van de regisseursrol.

Het opzetten van een integrale aanpak betekent ook dat er tijd nodig is van de betrokken professionals om hieraan deel te nemen. Het is belangrijk om af te stemmen welke taken elk discipline uitvoert en dat er regelmatig wordt overlegd. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met het feit dat de professionals een eigen praktijk hebben of dat ze werkzaam zijn in een praktijk. Het kan voor hen daardoor lastig zijn om tijd in te plannen. Voordat er gestart gaat worden met het opzetten van een integrale aanpak is het dan ook van belang om te kijken hoe het logistiek geregeld moet worden. Tijdens een gezamenlijke moment is het belangrijk dat hier duidelijke afspraken over worden gemaakt. Zo raden wij aan om structureel op een vaste dag een tijd af te spreken. Op deze manier kunnen professionals ruim van tevoren tijd vrijhouden in hun agenda.

De professionals die deelnemen aan de integrale aanpak moeten betaald worden. Het is het van belang om te kijken hoe de aanpak gefinancierd gaat worden. Is er bijvoorbeeld niet een fonds waar aanspraak op gedaan kan worden? Of op bepaalde subsidiegelden? Het is belangrijk dat deze vragen zijn beantwoord, voordat de integrale aanpak wordt opgezet.

Het bieden van een nazorgtraject is belangrijk. Zowel professionals als ouders geven aan dat een nazorgtraject van belang is om zo een gezonde leefstijl vast te houden. Na een intensieve periode tijdens het behandelprogramma, is er behoefte aan een geleidelijke afbouw van een programma. Het is van belang dat er na een behandelprogramma een nazorgtraject volgt. De literatuur bewijst dat de kans van slagen hoger is, als het behandelprogramma na een intensieve periode geleidelijk wordt afgebouwd.

Een positieve benaderingswijze is belangrijk. Ouders hebben in de beginfase vaak een andere zienswijze en zien het overgewicht van hun kind niet als een probleem. Daarnaast hebben ouders ook moeite om hun kind in een hokje te stoppen. Zij vinden het lastig als zij hiermee geconfronteerd worden. Het is als professional belangrijk om begrip te tonen en niet volledig de nadruk te leggen op het overgewicht van het kind.

Betrokkenheid van de ouders is van essentieel belang bij de behandeling. Uit onderzoek blijkt dat de behandeling betere resultaten oplevert als ten minste een van de ouders erbij betrokken, dan wanneer dat niet het geval is. Door groepsbijeenkomsten en gezamenlijke gesprekken kan de betrokkenheid van ouders gedurende behandeling vergroot worden. Het is belangrijk om een

behandeldoel op te stellen met de ouders en het kind en deze regelmatig te evalueren. Verder moeten de ouders ruimte hebben om vragen te stellen. Het is belangrijk dat er ruimte is voor de ideeën van ouders en dat er op een serieuze manier omgegaan wordt, met het overgewicht van hun kind. Dit zorgt ervoor dat ouders sneller intrinsiek gemotiveerd raken, wat vervolgens de kans op een succesvolle afloop van een behandelprogramma vergroot. Daarnaast hebben ouders ook behoeften aan praktische tips en adviezen om overgewicht bij hun kind aan te pakken.

- **Scholen**

Op scholen wordt er aandacht besteed aan gezonde voeding. Hier zou echter nog meer aandacht aan geschonken kunnen worden. Het is belangrijk dat kinderen en ouders bewust worden van gezonde voeding. Op school is het van belang om de leerlingen aan te spreken op ongezond eetgedrag. Daarbij is het belangrijk om met hen hierover open in gesprek te gaan, zonder hen af te wijzen. Het is ook van belang om in de lessen aandacht te besteden aan bewustwording en advisering van gezonde voeding. Daarnaast zijn kinderen met overgewicht vaak het doelwit van pesterijen. Dit is ook iets waar een school door middel van bepaalde themalessen en tijdens de mentoruren op in kan spelen. Scholen zouden bijvoorbeeld een project kunnen organiseren voor kinderen en ouders met betrekking tot de bewustwording van gezonde voeding of voorlichtingsavonden voor ouders.

- **Sportclubs**

Het is belangrijk om een kort lijntje met sportclubs te hebben en deze te betrekken bij de behandeling. Tijdens een behandelprogramma wordt er gesport bij de kinderfysiotherapeut, maar het is ook van belang dat de kinderen en jongeren nadat het programma gestopt is een vervangende sportactiviteit vinden. Het kan helpend zijn als er een kort lijntje is met sportclubs zodat kinderen en jongeren tijdens het programma verschillende sporten kunnen ervaren. Door het ervaren van verschillende sporten wordt er meer zicht gekregen op welke sport de interesse van het kind of de jongere heeft en welke sport bij hem of haar past.

- **Gemeente Barneveld**

Daarnaast horen we uit verschillende interviews met professionals een aantal initiatieven noemen die er vanuit de gemeente op het gebied van bewegen georganiseerd worden. Echter geven ouders aan niet altijd duidelijk te hebben wat de mogelijkheden zijn. Zo gaf een ouder aan dat ze beperkt zit qua financiën en dat er de behoefte is aan een laagdrempelige sportactiviteit. Deze ouder was niet op de hoogte van het sportaanbod waar kinderen gratis naartoe kunnen als ouders een minimum aan financiën hebben. De gemeente zou hierdoor meer publiciteit mogen maken voor de programma's die er zijn. Zo kan er ook een bredere doelgroep worden bereikt.

- **Vervolgonderzoek**

Uit de interviews met ouders en professionals valt ons op dat de ouders en kinderen die deelnemen aan een behandelprogramma, een selectief gezelschap is. Ouders en kinderen die hieraan deelnemen zijn gemotiveerd. De vraag is echter: hoe bereik je de ouders en kinderen die niet gemotiveerd zijn? Wat is hier voor nodig? Dit zou een interessant vervolgonderzoek kunnen zijn om een bredere doelgroep te bereiken.

Hoofdstuk 8: Evaluatie en discussie

Inleiding

Dit hoofdstuk vormt het laatste hoofdstuk van ons onderzoeksverslag. In 8.1 zullen we door middel van een evaluatie terugblikken op de uitvoering van ons onderzoek. Deze evaluatie bestaat uit een productevaluatie over het onderzoek en uit een procesevaluatie over het verloop van het proces gedurende het onderzoek. In paragraaf 8.2 wordt een discussie uiteengezet. Met een kritische blik zullen wij op ons onderzoek terugblikken. In de discussie worden de resultaten van ons onderzoek bediscussieerd.

8.1 Evaluatie

8.1.1 Productevaluatie

In ons onderzoeksverslag hebben wij antwoord gegeven op de hoofdvraag van ons onderzoek: waaruit bestaat een integrale aanpak die Stichting Elan in samenwerking met andere zorgorganisaties in kan zetten, om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen? Voor ons onderzoek hebben we een literatuuronderzoek gedaan. In hoofdstuk 2 hebben we gekeken naar wat er bekend is over overgewicht. In hoofdstuk 3 hebben we stil gestaan bij welke middelen er al ontwikkeld zijn om overgewicht te reduceren en te voorkomen. Tot slot hebben we in hoofdstuk 6, door middel van een literatuuronderzoek antwoord gegeven op de volgende deelvraag: welke organisaties moeten er op gemeentelijk niveau betrokken worden bij de ontwikkeling van een integrale aanpak?

Om antwoord te geven op onze derde deelvraag, hebben we interviews afgenomen met verschillende professionals. We hebben aandacht geschonken aan de behoeften van professionals ten opzichte van het opzetten van een integrale aanpak en hoe zij handelen vanuit hun functie bij kinderen en jongeren, met overgewicht, in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Vervolgens hebben we in hoofdstuk 5 interviews afgenomen met ouders van kinderen met overgewicht, om in kaart te brengen waar zij behoeften aan hebben, om overgewicht bij kinderen en jongeren te voorkomen en te reduceren.

Om advies te geven waaruit een integrale aanpak moet komen te bestaan, was het voor ons van belang om in ons onderzoek aandacht te schenken aan welke middelen er al ontwikkeld zijn, om overgewicht te voorkomen en te reduceren. Daarnaast was het voor ons relevant om te weten wat er vanuit de literatuur bekend is over een integrale aanpak. Door dit in ons onderzoek mee te nemen, konden wij gerichte aanbevelingen geven aan Stichting Elan. Het afnemen van diepte-interviews was voor ons erg helpend om in kaart te brengen welke middelen er nu al in Barneveld worden ingezet. Door de behoeften van ouders en professionals te peilen, konden wij gerichte aanbevelingen aan Stichting Elan geven voor de invulling van een integrale aanpak. Dit sluit aan bij de doelstelling van ons onderzoek:

- *Begin juli 2015 advies geven aan Stichting Elan waaruit een integrale aanpak moet bestaan, zodat ze deze in kunnen zetten onder de deelnemende organisaties.*

We hebben diepte-interviews afgenomen omdat de behoeften van professionals en ouders duidelijker naar voren komen in een interview, dan in een enquête. Daarnaast hebben we ook rekening gehouden met de gevarieerde groep ouders en professionals die we hebben geïnterviewd. Zo hebben we bijvoorbeeld professionals geïnterviewd uit verschillende organisaties, die om het kind heen staan. Bij ouders hebben we rekening gehouden met een gevarieerde doelgroep door te letten op: leeftijd van ouders, leeftijd en geslacht van kinderen, gezinssamenstelling, nationaliteit, opleiding/werk en religie. Daarbij hebben we ook ouders geïnterviewd die net waren begonnen met

een behandelprogramma, die middenin het programma zaten, of die het programma al hadden doorlopen.

Hieronder hebben wij een SWOT-analyse gemaakt om inzicht te geven in de krachten, zwaktes, kansen en bedreigingen van ons onderzoeksverslag.

SWOT-analyse	
Intern: Krachten (Strengths)	Intern: Zwaktes (Weakness)
S1: Er is gebruikt gemaakt van verschillende onderzoeksmethodes: een literatuuronderzoek en diepte-interviews door middel van praktijkonderzoek. Dit geeft het onderzoek een breder perspectief. S2: Om antwoord te geven op onze hoofdvraag hebben wij ouders en professionals geïnterviewd om hun behoeften in kaart te brengen. Daardoor hebben we de adviezen voor het opzetten van een integrale aanpak vanuit verschillende invalshoeken belicht. S3: We hebben diepte-interviews afgenomen onder een gevarieerde doelgroep. Zoals hierboven staat genoemd is er bijvoorbeeld rekening gehouden met het interviewen van professionals uit verschillende organisaties. Ten opzichten van de ouders is er bijvoorbeeld rekening gehouden met het geslacht en de leeftijd van hun kind. S4: In ons onderzoek is er een verbinding gemaakt tussen bestaande literatuur en de uitkomst van de diepte-interviews.	W1: We hebben een beperkt aantal professionals (8) en ouders (6) geïnterviewd. Dit maakt dat er geen totaalbeeld is van de organisaties in Barneveld, de behoeften van professionals en van ouders. W2: De informatie uit de diepte-interviews bevat meningen van ouders en professionals. Ieder geeft adviezen. Er moet daarbij een afweging worden gemaakt welke adviezen meegenomen kunnen worden.
Extern: Kansen (Opportunities)	Extern: Bedreigingen (Threats)
O1: In Ede en in Veenendaal zijn er vanuit het Ziekenhuis Gelderse Vallei projecten uitgezet. Zij willen dit graag verder uitzetten in andere gemeenten. O2: Centrum Jeugd en Gezin heeft als speerpunt overgewicht bij kinderen en jongeren. Zij zijn een onderdeel van de gemeente. Zo zou een integrale aanpak opgezet kunnen worden. O3: Verschillende professionals werken veel met kinderen en jongeren met overgewicht. Daarnaast zijn er ook verschillende behandelprogramma's opgezet. Deze krachten kunnen gebundeld worden.	T1: Het opzetten van een integrale aanpak en het uitvoeren van een behandelprogramma moet gefinancierd worden. De vraag is waaruit dit gefinancierd kan worden, omdat een kinderpsycholoog of een jeugdmaatschappelijk werker niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar T2: Om een integrale aanpak op te zetten, is er tijd nodig van de professionals die hieraan deelnemen. Zij hebben een eigen praktijk of ze zijn werkzaam in een praktijk. Daardoor wordt het lastig om tijd in te plannen.

8.1.2 Procesevaluatie

Als we kijken naar onze samenwerking bij dit onderzoek en het maken van dit onderzoeksverslag, zijn we erg tevreden. We hebben samen veel tijd doorgebracht om het onderzoek en het onderzoeksverslag tot een goed einde te kunnen volbrengen. Tijdens het proces hebben we veel

overlegt over de beslissingen die er gemaakt moesten worden en hebben we feedback gegeven op elkaars hoofdstukken. Omdat er erg veel informatie is over overgewicht bij kinderen en jongeren, was het noodzakelijk in de weergave enerzijds compleet te zijn en het tegelijkertijd tot de essenties te beperken. De grote hoeveelheid informatie die er zowel vanuit de praktijk als vanuit de literatuur te verkrijgen was, maakte onze afstudeeropdracht complex. Het was hierbij steeds van belang om te kijken naar welke informatie relevant was en de hoofdlijnen naar voren te halen.

De beperkingen van ons onderzoek liggen vooral op het gebied van de dataverzameling. In de eerste instantie hadden wij de verwachting dat we ouders zouden interviewen die bij de kinderfysiotherapeut kwamen. Op het moment dat we hiermee aan de slag wilden gaan, bleek dat deze kinderfysiotherapeut geen kinderen met overgewicht behandelde. Hierover bleken we verkeerd geïnformeerd te zijn. Daarna hebben we via de huisarts en de diëtist(e) ouders benaderd. De meeste ouders, die we hebben benaderd, waren erg terughoudend of zij gingen in de weerstand. Zij gaven bijvoorbeeld aan dat ze niet mee wilden werken, omdat ze hun kind niet in het hokje van 'te dik' wilden plaatsen. Uiteindelijk hebben wij zes ouders geïnterviewd die bereid waren om mee te werken. Wij hebben veel aan deze informatie gehad om de behoeften van ouders in kaart te brengen.

We hebben ook interviews afgenomen met verschillende disciplines. Zij waren allen bereid om mee te werken en konden op korte termijn een afspraak inplannen. Vele disciplines zagen ook de meerwaarde in van ons onderzoek en waren bereid om mee te denken. Deze bereidheid heeft ervoor gezorgd dat we veel relevante informatie hebben kunnen verkrijgen wat de kwaliteit van ons onderzoek ten goede gekomen is.

8.2 Discussie

In deze paragraaf werpen we een kritische blik op de resultaten die uit ons onderzoeksverslag naar voren zijn gekomen. Kenmerkend voor de kwalitatieve vorm van onderzoek, is het gebruik maken van verschillende databronnen. In ons onderzoeksverslag hebben wij gebruik gemaakt van een diversiteit aan bronnen. In grote lijnen is er in de verantwoording van ons onderzoek een tweedeling te maken: een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Bij deze twee vormen van onderzoek zijn we afwisselend bezig geweest met het verzamelen en analyseren van gegevens. Dit maakt dat we de gegevens uit de praktijk en de theorie naast elkaar hebben kunnen leggen en deze sluiten ook op elkaar aan. Zo hebben we in de beginfase van ons onderzoek gekeken naar wat er bekend is over overgewicht en welke middelen en interventies er ingezet worden, om overgewicht te reduceren en te voorkomen. Vervolgens hebben we in een latere fase, de gegevens die uit de diepte-interviews naar voren zijn gekomen, geanalyseerd en een verbinding gelegd met de literatuur. Waar nodig zijn we ook op zoek gegaan naar nieuwe literatuur om zo de informatie vanuit de praktijk te kunnen verantwoorden.

Voordat we interviews afgenomen hebben, hebben we een topic-lijst samengesteld. We hebben vragen gesteld zonder vaste antwoordalternatieven te geven. Deze semigestructureerd werkwijze zorgt ervoor dat we enerzijds een aantal vaste hoofdlijnen hebben behandeld, maar anderzijds zorgt dit er ook voor dat we tijdens het gesprek zijn ingegaan op punten die we op dat moment relevant vonden. Dit zorgt naar onze mening voor een juiste balans tussen eigen inbreng als interviewer en het inspelen en aansluiten op de behoeften van de ander.

Waar in ons literatuuronderzoek gebruik gemaakt is van een grote verscheidenheid aan bronnen, willen we opmerken dat de informatie die we uit ons praktijkonderzoek verzameld hebben geen totaalbeeld geeft, maar slechts een indicatie is. Voor de interviews met ouders hebben we zes ouders geïnterviewd waarvan het kind overgewicht heeft en bekend is bij de huisarts of diëtist(e). We moeten er rekening mee houden dat we hierdoor te maken hebben met een selecte doelgroep.

Conclusies die we trekken vanuit de interviews moeten dan ook vanuit deze invalshoek getrokken worden. Zo komt uit vijf van de zes interviews met ouders naar voren, dat de huisarts degene is die overgewicht bij hun kind gesignaleerd heeft. Hieruit kunnen we de conclusie trekken dat de huisarts een belangrijke signaleringsfunctie heeft. Wel moeten we dit plaatsen naast de informatie die naar voren komt uit het interview met de jeugdverpleegkundige. Zij geeft aan dat ze ongeveer 98 procent van de kinderen ziet. Bij de huisarts zal dit percentage lager zijn. De huisarts kan alleen de kinderen met overgewicht signaleren die op zijn praktijk komen.

Het afnemen van interviews bij ouders ging lastiger dan we in de eerste instantie verwacht hadden. Het lag in de lijn der verwachtingen dat we ouders zouden interviewen die bij de kinderfysiotherapeut kwamen. Op het moment dat we dit ten uitvoering wilde brengen bleek dat deze kinderfysiotherapeut geen kinderen met overgewicht in behandeling had. Hierover bleken we verkeerd geïnformeerd te zijn. Het huidige samenwerkingsverband van de kinderfysiotherapeut met onder andere de diëtist(e) en de huisarts zorgde voor korte lijntjes waardoor het ons toch op korte termijn gelukt is, om interviews met ouders af te nemen. We merkten in het benaderen van ouders op, hoe belangrijk de zienswijze van ouders op het probleem is. Van het aantal van ouders die we mogelijk konden benaderen, haakte een aantal ouders af. Deze ouders gaven aan hun kind niet gelijk in een hokje te willen stoppen. De behulpzame houding van de huisarts, praktijkondersteuners en de diëtist(e) heeft er voor gezorgd dat we het aantal geplande interviews hebben kunnen nemen. Een kanttekening die geplaatst kan worden is dat de ouders die we geïnterviewd hebben veelal gemotiveerd waren voor het behandelprogramma. Voor de toepasbaarheid van ons onderzoek betekent dit, dat vooral de behoeften van de gemotiveerde ouders onderzocht zijn. De behoefte van de niet-gemotiveerde ouders zijn maar beperkt meegenomen.

Het inlassen van extra tijd was ook wenselijk geweest bij het afnemen van interviews met professionals. Alhoewel we interviews af hebben kunnen nemen onder een verscheidenheid aan professionals, is het ons bijvoorbeeld niet gelukt om een interview af te nemen met een orthopedagoog of psycholoog. Dit terwijl deze psychologische invalshoek wel als één van de (ten minste) drie componenten gezien wordt, waaruit een integrale aanpak moet komen te bestaan. We hebben dit proberen te compenseren door tijdens de interviews met andere organisaties te vragen naar de rolhoud van de orthopedagoog of psycholoog, wanneer deze namen genoemd werden. Ook hebben we zowel telefonisch als mailcontact gehad met deze praktijk, zodat zij ons via deze weg informatie konden verstrekken die nodig was voor dit onderzoeksverslag. Al met al hebben we dus wel de benodigde informatie verkregen wat de kwaliteit van ons onderzoek ten goede komt.

Daarnaast moet er rekening gehouden worden met het feit dat er bij het afnemen van diepte-interviews met zowel de professionals als met de ouders gevraagd wordt naar behoeften en adviezen bij het opzetten van een integrale aanpak, dit zijn met name subjectieve meetgegevens. We hebben zo breed mogelijk ouders en professionals proberen te vinden maar het reduceren en voorkomen van overgewicht blijft maatwerk en verschilt van kind tot kind, dus dit is ook iets waar professionals in hun benaderingswijze op moeten letten.

Het breed afnemen van interviews heeft er voor gezorgd dat we de aanpak tegen overgewicht, vanuit verschillende disciplines hebben kunnen bekijken. Vanuit dit startpunt moet het mogelijk zijn om een goede afstemming tussen de rollen te laten plaatsvinden.

Bibliografie

Aantjes-Westerlaken, S. (2012). *Kinderen en Overgewicht*. Geraadpleegd op 6 mei 2015, van <http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/?uploadId=ede%3Aoai%3Arepository.samenmaken.nl%3Asmpid%3A12533>

Apeldoorn, A.G., & Kroes, A.N. (2006). *Kinderen met obesitas*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://kennisbank.hva.nl/document/218676>

Avendonk, M.J.P. van de, Binsbergen, J.J. van., Cleynert, G.A., Dapper, A.L.M., Glijsteen, R., Halteren, M.M. van., Langens, F.N.M., & Mekenkamp-Oei, S.N. (z.d.). *Nederlands huisartsen genootschap standaard obesitas*. Geraadpleegd op 5 mei 2015, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-obesitas>

Baarda, B., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers BV

Bakel, A.M. van., & Zantinge, E.M. (2013a). *Overgewicht: Zijn er verschillen naar etniciteit?* Geraadpleegd op 6 mei 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-zijn-er-verschillen-naar-etniciteit/>

Bakel, A.M. van., & Zantinge, E.M. (2013b). *Neemt het aantal mensen met overgewicht toe of af?* Geraadpleegd op 6 mei 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/trend/>

Balhuizen, I., & Boxsem, I. (2012). *VET! Kinderen over obesitas. Hoe kom je eraan en kom je er vanaf?* Utrecht/Antwerpen: Kosmos Uitgevers.

Berg, M. van den., & Vijlbrief, R. (2007). *Draaiboek 'De behandeling van overgewicht bij kinderen'* Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://kennisbank.hva.nl/document/219049>

Braet, C. (2010). *Kinderen met overgewicht*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). *Leefstijl en (preventief) gezondheidsonderzoek; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83021ned&D1=19-23&D2=0-13%2C30-42&D3=0&D4=I&VW=T>

Centrum Jeugd en Gezin. (z.d.). Geraadpleegd op 25 juni 2015, van <http://www.cjg.nl/>

Dal, van, J., & Haaren, van, M. (2012). *Jongeren en overgewicht. Een onderzoek naar de behoeftes van jongeren ten aanzien van interventies gericht op overgewicht en obesitas*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:13621/DS1>

Dom, G. (2004). *Bewegen en fit blijven*. Uitgeverij: Consumentenbond.

Donatz, E., & Stout, A.M. (2012). *Hoe beweeg je jongeren tot bewegen?* Geraadpleegd op 6 mei 2015, van <http://www.hbo-kennisbank.nl/record/oai:repository.samenmaken.nl:smpid:13787>

Gezondheidsraad. (2010). *Voor dik en dun*. Den Haag.

GO (Gezond gewicht Overvecht). (z.d.). Geraadpleegd op 2 mei 2015, van Nederlands Jeugdinstituut: <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=316323>

Hammega, L. (2007, gewijzigd in 2014). Bereken je BMI. Body Mass of Quetelet Index. Geraadpleegd op 6 mei 2015, van <http://www.gezondheidsnet.nl/alles-over-afvallen/bereken-je-bmi>

Hintum, M. van., & Rigter, J. (2013). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Hoogenveen, R., Luijben, G., & Panhuis-Plasmans, M. (2012). *Zorgkosten van ongezond gedrag kosten van ziekten notities 2012-2*. Gedownload op 2 maart 2015, van http://www.kostenvanziekten.nl/object_binary/o16557_KVZ-2012-2-Zorgkosten-van-ongezond-gedrag.pdf

Hoven, H. van den, & Kessler, C. (2011). *Preventie en ethiek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Ieperen-Schelhaas, K. (2011). *Contextuele hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Jongeren Op Gezond Gewicht. (z.d.). Geraadpleegd op 24 april 2015, van <https://jongerenopgezondgewicht.nl/het-doel>

Knoops, K. (2013). *Vaker overgewicht jongeren in huishoudens met een lager inkomen*. Geraadpleegd op 5 mei 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3874wm.htm>

Meernik, I. (2014). *Kinderen van werkende moeders dikker*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.gezondheidsnet.nl/overgewicht-en-afvallen/kinderen-van-werkende-moeders-dikker>

Merck Manual Medisch Handboek. (2003). *Overgewicht. Voeding en stofwisseling*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.merckmanual.nl/mmhenl/print/sec12/ch156/ch156a.html>

Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Mil, van E., & Struik, A. (2015). *Overgewicht en obesitas bij kinderen. Verder kijken dan de kilo's*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering. (2006). *Wat kan uw gemeente doen aan de preventie van overgewicht bij jeugdigen? Richtlijnen voor een geïntegreerde lokale aanpak*. Geraadpleegd op 1 juni 2015, van http://www.regionaalkompas.nl/object_binary/o5206_Wat%20kan%20uw%20gemeente%20doen_Brochure.pdf

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Welke factoren beïnvloeden de voeding en het voedingsgedrag?* Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/voeding/welke-factoren-beïnvloeden-de-voeding-en-het-voedingsgedrag/>

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d. A). *Richtlijn: JGZ-richtlijn voeding en eetgedrag. Bijlage factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van voedingspatronen en eetgedrag*. Geraadpleegd op 14 mei 2015, van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=4&rlpag=554>

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d. B). *Richtlijn: JGZ-richtlijn overgewicht*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=10&rlpag=675>

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d. C). *Richtlijn: JGZ-richtlijn overgewicht. Onderbouwing*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=10&rlpag=850>

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.d. D). *Richtlijn: JGZ-richtlijn voeding en eetgedrag*. Geraadpleegd op 6 mei 2015, van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=4&rlpag=523>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Erkende interventies*. Geraadpleegd op 24 april 2014, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. A). *Overgewicht probleemschets definitie*. Geraadpleegd op 5 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Probleemschets-Definitie>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. B). *PDF Cijfers over eten*. Gedownload op 6 mei 2015.

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. C). *Risicofactoren*. Geraadpleegd op 5 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Probleemschets-Risicofactoren>

Nederlands Jeugdinstituut. (2014 D). *PDF Cijfers over bewegen*. Gedownload op 11 mei 2015.

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. E). *Alle leerlingen actief*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Alle-Leerlingen-Actief>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. F). *B.Slim beweeg meer.eet gezond*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=148094>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. G). *Beweeg Wijs*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=148096>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. H). *B-Fit*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=126920>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. I). *Club Fit 4 Utrecht*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=309431>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. J). *Club2Move*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=148095>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. K). *Convenant Gezond Gewicht*. Geraadpleegd op 24 april 2015, van http://www.convenantgezondgewicht.nl/convenant_gezond_gewicht

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. L). *Cursus Evenwicht*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=140990>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. M). *De Gezonde HAP&STAP Vierdaagse*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=141232>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. N). *Dutch Obesity Intervention in Teenagers (DOiT)*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=127440>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. O). *Erkende interventies*. Geraadpleegd op 2 mei, 2015 van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. P). *IRun2BFit*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=141233>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Q). *JUMP-in*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=122620>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. R). *Krachtvoer*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=127386>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. S). *Lekker Fit Rotterdam*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=122628>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. T). *Lekker Fit!* Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=141839>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. U). *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=122652>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. V). *Playgrounds*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=147929>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. W). *Programma's gezond gewicht en gezonde leefstijl*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overgewicht/programma-s-gezond-gewicht-gezonde-leefstijl>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. X). *Realfit*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=122667>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Y). *sCOOLsport*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=146232>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Z). *Scoren voor Gezondheid*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=127388>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Z1). *Smaaklessen*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=147944>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Z2). *Smakelijke eters*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=131709>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Z3). *Spreekuur Familie Lekkerbek*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=147943>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Z4). *SuperChefs*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=141235>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Z5). *VETisnietVET*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=127518>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d. Z6). *Weet en Beweeg*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=316332>

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. (2013). *Obesitas (ernstig overgewicht) bij kinderen*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van https://www.olvg.nl/afdelingen/kindergeneeskunde/medische_informatie/obesitas_ernstig_overgewicht_bij_kinderen2

Opvoedeninformatie. (z.d.). *Gezond gewicht*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, van Opvoeden.nl: <https://www.opvoeden.nl/basisschoolkind/groei-en-ontwikkeling/lichamelijke-ontwikkeling/gezond-gewicht/>

Partnerschap Overgewicht Nederland. (2011). *Colofon Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'*.

Rasenberg, S., & Veen-Roelofs, J. (2014). *Happy Weight Stippenplan*.

Rijksoverheid. (z.d.) *Programma's gezond gewicht en gezonde leefstijl*. Geraadpleegd op 24 april 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overgewicht/programma-s-gezond-gewicht-gezonde-leefstijl>

Rigter, J. (2013). *Handboek ontwikkelingspsychologie bij kinderen en jongeren*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Savelkoul, M., & Uiters, E. (2014). *Zijn er verschillen naar sociaal economische status?* Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-zijn-er-verschillen-naar-sociaal-economische-status/>

Stentor. (2011). *Rokende moeder krijgt dikke kinderen*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.destentor.nl/algemeen/binnenland/rokende-moeder-krijgt-dikke-kinderen-1.765350>

Stichting Elan. (z.d.). *Over Elan*. Geraadpleegd op 16 april 2015, van <http://www.elanbarneveld.nl/over-ons/over-elan>

Veen, G. van der. (2012). *Smakelijk weten. Trends in voeding en gezondheid*. Geraadpleegd op 6 mei 2015, van <http://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Consumenten/Mijn%20boodschappen/Duurzamer%20eten/smakelijk-weten.pdf>

Voedingscentrum. (z.d.) *Overgewicht*. Geraadpleegd op 6 mei, van <http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/overgewicht.aspx>

Vos, M., & Wolde, M. van der. (2012). *Stevig onderzoek*. (afstudeeropdracht) [HBO-kennisbank]. Gedownload op 6 mei 2015, van <http://hhs.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:12804/DS1/>

Vos, T. (z.d.). Een 'beetje' te zwaar. *Overgewicht bij kinderen*. Opvoedadvies. Geraadpleegd op 14 april, van <http://www.opvoedadvies.nl/gewicht.html>

Wendel-Vos, G.C.W. (2014). Normen van lichamelijke (in) activiteit. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/normen-van-lichamelijke-in-activiteit/>

Wensink, J.W. (2009). Overgewicht bij pubers door slaapttekort. Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.dokterdokter.nl/gezond-leven/puber/overgewicht-bij-pubers-door-slaapttekort/>

Ziekenhuis Gelderse Vallei. (2013). *Ouders en kinderen doen programma 'Aan Tafel!'* Geraadpleegd op 16 april 2015, van <http://www.geldersevallei.nl/nieuws/1970/ouders-en-kinderen-doen-programma-aan-tafel>

Ziekenhuis Gelderse Vallei. (z.d. A). *'Aan Tafel!' (overgewicht 3-8 jaar)*. Geraadpleegd op 17 juni 2015, van <http://www.geldersevallei.nl/informatie/962/aan-tafel-overgewicht-3-8-jaar>

Ziekenhuis Gelderse Vallei. (z.d. B). *Basta (overgewicht kinderen 8-12)*. Geraadpleegd op 17 juni 2015, van <http://www.geldersevallei.nl/informatie/961/basta-overgewicht-kinderen-8-12-jaar>

Ziekenhuis Gelderse Vallei (2014C). *'Toppers'! Behandelprogramma voor tieners met overgewicht en obesitas*. Geraadpleegd op 17 juni 2015, van <http://www.geldersevallei.nl/nieuws/2114/'Toppers'-behandelprogramma-voor-tieners-met-overgewicht-en-obesitas>

Bijlage 1: Indeling interviews professionals

Er is voor gekozen om de interviews in een aparte bijlage te zetten, omdat de interviews niet zomaar terug te lezen zijn. De volledige interviews zijn op te vragen bij Stichting Elan, de Christelijke Hogeschool of de auteurs van dit onderzoeksverslag.

Hieronder is een indeling te vinden van de afgenomen interviews. De onderstaande datums zijn de datums wanneer de interviews zijn afgenomen. Omdat het onderzoeksverslag op internet wordt geplaatst is er voor gekozen om de interviews zoveel mogelijk te anonimiseren.

Afgenomen interviews (organisaties)			
Organisatie	Functie	Interview	Datum
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Kinderarts	Interview 1	30 april 2015
De Meerwaarde, gedeelte praktijkonderwijs	Zorgcoördinator	Interview 2	13 mei 2015
Praktijk voor kinderfysiotherapie	Kinderfysiotherapeut	Interview 3	13 mei 2015
Diëtist(e)npraktijk Barneveld	Zorgcoördinator	Interview 4	18 mei 2015
Huisartsenpraktijk De Burgt	Huisarts	Interview 5	21 mei 2015
Stichting Elan	Schoolmaatschappelijk werker (speciaal onderwijs de Vogelhorst en praktijkonderwijs de Meerwaarde)	Interview 6	22 mei 2015
Centrum Jeugd en Gezin	Schoolmaatschappelijk werkster (Johannes Fontanus College en De Meerwaarde, gedeelte middelbaar onderwijs)	Interview 7	22 mei 2015
Centrum Jeugd en Gezin	Sociaal verpleegkundige Jeugd gezondheidszorg (Johannes Fontanus College, De Meerwaarde en basisscholen)	Interview 7	22 mei 2015
Basisschool De Fontein	Intern begeleider van groep 4 t/m 8	Interview 8	28 mei 2015

Bijlage 2: Interviewprotocol professionals

Hoofdvraag: Hoe handelt u vanuit uw functie en de organisatie, waarin u werkzaam bent, bij kinderen en jongeren met overgewicht?

Introductie

- Doel van het interview
- Toestemming van opname
- Uitleg privacy / anonimiteit
- Duur interview

Gespreksonderwerpen (zie topiclijst)

Functieomschrijving

Behandelprogramma's

Samenwerking

Succesfactoren

Belemmerende factoren

Advies voor multidisciplinair samenwerken

Richting afsluiting

Wilt u nog iets kwijt wat nog niet ter sprake is geweest?

Hebt u nog vragen?

Afsluiting

Hartelijk dank voor uw medewerking. Wij gaan het interview verwerken. Wij zullen het onderzoeksverslag doorsturen als we het hebben ingeleverd. Voor Stichting Elan zullen wij een presentatie houden. Dat doen we waarschijnlijk met alle betrokken partijen, maar daar hoort u nog van. Mogen wij eventueel nog contact met u opnemen als we nog vragen hebben?

Bijlage 3: Indeling interviews ouders

Er is voor gekozen om de interviews in een aparte bijlage te zetten, omdat de interviews niet zomaar terug te lezen zijn. De volledige interviews zijn op te vragen bij Stichting Elan, de Christelijke Hogeschool of de auteurs van dit onderzoeksverslag.

Hieronder is een indeling te vinden van de afgenomen interviews. De onderstaande datums zijn de datums wanneer de interviews zijn afgenomen. Omdat het onderzoeksverslag op internet wordt geplaatst is er voor gekozen om de interviews zoveel mogelijk te anonimiseren.

Afgenomen interviews (ouders)		
Naam:	Interview:	Datum:
Ouder/verzorger 1	Interview 9	29 mei 2015
Ouder/verzorger 2	Interview 10	3 juni 2015
Ouder/verzorger 3	Interview 11	3 juni 2015
Ouder/verzorger 4	Interview 12	8 juni 2015
Ouder/verzorger 5	Interview 13	8 juni 2015
Ouder/verzorger 6	Interview 14	12 juni 2015

Bijlage 4: Interviewprotocol ouders

Hoofdvraag: Waar liggen de behoeftes van ouders in de aanpak tegen overgewicht en wat wordt er als helpend en niet- helpend ervaren?

Introductie

- Doel van het interview
- Toestemming van opname
- Uitleg privacy / anonimiteit
- Duur interview

Achtergrondinformatie

Voordat we gaan beginnen willen we een aantal gegevens van u noteren, zodat we deze kunnen verwerken in ons verslag.

Leeftijd:

Geslacht:

Werk:

Opleiding:

Religie:

Gezinssamenstelling:

Gespreksonderwerpen (zie topiclijst)

Huisarts en Diëtist(e)

Ontstaan overgewicht

Beleving overgewicht

Gevolgen overgewicht

Voeding

Beweging

Middelen

Toekomstbeeld

Vragen aan de hand van literatuur

Mening ouders

Richting afsluiting

Wilt u nog iets kwijt wat nog niet ter sprake is geweest?

Hebt u nog vragen?

Afsluiting

Hartelijk dank voor uw medewerking. Wij gaan het interview verwerken. Wij zullen het onderzoeksverslag doorsturen als we het hebben ingeleverd. Mogen wij eventueel nog contact met u opnemen als we nog vragen hebben?

Bijlage 5: Topiclijst diepte-interviews

Ouders

Diëtist(e)/huisarts

Hoe bent u in aanraking gekomen met de diëtist(e)/huisarts?

Wat heeft ervoor gezorgd dat uw deze stap heeft gezet?

Hoe ervaart u de behandeling van de diëtist(e)/huisarts?

Hoe ervaart uw kind deze behandeling?

Ontstaan overgewicht

Wanneer is er overgewicht bij uw kind gesignaleerd? Wat vond u daarvan?

Had u op dat moment door dat er sprake was van overgewicht?

Hoe is het overgewicht bij uw kind ontstaan?

Zijn er toen stappen gezet om het overgewicht van uw kind tegen te gaan?

Zo ja: welke stappen? Zo niet: kunt u aangeven wat u heeft tegengehouden in het zetten van stappen?

Beleving overgewicht

Wat vindt u ervan dat u kind overgewicht heeft?

Stel dat ik aan uw kind zou vragen wat hij vindt van zijn overgewicht, wat zou hij mij dan antwoorden?

Vind u een gezond gewicht belangrijk? (Wat vindt u belangrijk aan een gezond gewicht? Of hoe komt het dat u dit niet zo belangrijk vindt?)

Hoe is dit terug te zien in uw leefstijl?

Gevolgen overgewicht

Heeft overgewicht invloed op het gedrag van uw kind? (niet naar het strand aan, lichaam verhullen etc.)

Heeft overgewicht invloed op het zelfbeeld van uw kind?

Hoe gaan anderen om met het overgewicht van uw kind? (pesten)

Ondervindt uw kind problemen van zijn overgewicht? (Medische klachten zoals slaapproblemen, verminder conditie, suikerziekte etc.)

Voeding

Hoe zou uw kind te motiveren zijn om gezonder te eten?

Hoe ziet u uw rol als ouder hierin?

Beweging

Hoeveel beweging heeft uw kind op dit moment? (per dag, per week) (ook buitenspelen en fietsen etc. en hoe vaak en hoelang)

En hoe zou uw kind te motiveren zijn om meer te bewegen?

Hoe wordt er in uw gezin met bewegen omgegaan? (Zitten jullie op eens sport? Vaak de auto pakken etc.)

Middelen

Wat zou uw kind helpen om tot een gezond gewicht te kunnen komen? (belonen?)

Wie heeft u nodig om dat te kunnen bereiken?

Kunt u iets bedenken wat uw kind zou kunnen belemmeren om tot een gezond gewicht te komen?

Wat zou er helpend zijn in de...

- Thuisituatie?
- Schoolsituatie?

- Verdere omgeving? (vriendjes, familie, buurt)

Kunt u ook iets bedenken wat niet helpend zou zijn?

Hebt u nog contact met andere organisaties doordat uw kind overgewicht heeft?

Toekomstbeeld

Wat denkt u dat er nodig is om een gezond gewicht bij uw kind vast te houden?

Stel uw kind heeft zijn streefgericht bereikt, wat zou dit als gevolg hebben? (hoe zou een dag dan eruit zien?)

Vragen aan de hand van literatuur

Denkt u dat werken aan overgewicht voor uw kind het beste zou gaan in een groep of individueel?

Mening ouders

Wij gaan advies geven voor het ontwikkelen van een integrale aanpak waarin verschillende organisaties met elkaar samen gaan werken. Contact met welke organisaties zou volgens u helpend zijn om het overgewicht van uw kind tegen te gaan?

Wat zou u als advies meegeven aan ouders van kinderen met overgewicht?

Professionals

Op welke manier komen jullie in aanraking met kinderen en jongeren met overgewicht?

Wat is jullie rol hierin?

Wij gaan advies geven voor het ontwikkelen van een integrale aanpak waarin verschillende organisaties met elkaar gaan samenwerken. Het contact met welke organisaties zou volgens u helpend zijn om het overgewicht van kinderen en jongeren tegen te gaan?

Wat zou volgens u het belang van uw organisatie kunnen zijn?

Hoe ziet uw de rol van uw organisatie in de praktijk voor zich?

Wat is er in deze aanpak nodig om deze aanpak tot een succesvolle aanpak te maken?

Wat zou volgens u een risico zijn wat in deze aanpak voor een belemmering kan zorgen?

Bijlage 6: Labelsysteem professionals en ouders

Voor de verwerking van de interviews hebben we gebruik gemaakt van kernlabels en labels. De kernlabels zijn opgedeeld in kernlabels voor professionals en kernlabels voor ouders. Op deze manier hebben we de relevante informatie uit de interviews gelabeld. De fragmenten die gelabeld zijn, worden gebruikt om antwoord te geven op de hoofd- en deelvragen en het label geeft informatie over de inhoud van het fragment. Om de fragmenten te verwerken, hebben we gebruik gemaakt van het onderstaande schema. De uitwerking hiervan is terug te vinden in hoofdstuk 2 en 6 van het bronnenboek.

Fragment nummer	Kernlabel	Label	Fragment

Labelsysteem professionals	
Kernlabel	Definitie
Signaleren	Door middel van ons onderzoek, onderzoeken wij waaruit een integrale aanpak moet bestaan om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te voorkomen en te reduceren. Hierbij is het van belang dat er voldoende kinderen met overgewicht gesignaleerd worden, zodat zij kunnen deelnemen in een passend behandelprogramma. In de interviews hebben wij de vraag gesteld hoe overgewicht bij kinderen en jongeren wordt gesignaleerd en hoe zij benaderd worden. Hier zullen we door middel van onze conclusies en aanbevelingen bij stil staan.
Doorverwijzen	Als bijvoorbeeld een jeugdverpleegkundige overgewicht signaleert, is het van belang dat dit met het kind en eventueel de ouders wordt opgepakt. Als het gewicht niet verminderd, is het belangrijk dat het kind wordt doorverwezen naar de huisarts, zodat deze kan kijken wat er aan de hand is en wat er veranderd kan worden. Door actief door te verwijzen wordt overgewicht bij kinderen en jongeren goed in kaart gebracht. Dit is essentieel om het probleem aan te pakken en het kind niet uit het oog te verliezen.
Functieomschrijving	Om een integrale aanpak te kunnen implementeren, is het essentieel om te weten welke taken de professionals uitvoeren. Zo kan er een duidelijke afstemming tussen de verschillende disciplines plaatsvinden van wie wat doet.
Behandelprogramma	In Barneveld zijn verschillende projecten opgezet. Het is belangrijk om kennis te hebben van de organisaties, de werkwijze van de professionals, maar ook van de behandelprogramma's. Door kennis te hebben van de behandelprogramma's kunnen disciplines ook gemakkelijker naar elkaar doorverwijzen, omdat zij dan op de hoogte zijn van het aanbod.
Scholen	We hebben professionals van verschillende scholen geïnterviewd. Elke school kijkt anders naar het thema overgewicht en zet verschillende middelen in. Er zijn bijvoorbeeld scholen waar gezonde voeding wordt besproken in de lessen. Daarnaast zijn er ook scholen die kinderen aanspreken op het voedsel dat ze nuttigen en daarover met de kinderen in gesprek gaan.

	Scholen hebben een voorbeeldfunctie. Wij zien voor scholen een belangrijke rol weggelegd als het gaat over het thema overgewicht. Scholen kunnen bijvoorbeeld informatieavonden organiseren voor de ouders, om bijvoorbeeld ouders bewust te maken van wat gezonde voeding is.
Belemmerende factor	Van verschillende professionals hebben we te horen gekregen wat belemmerende factoren kunnen zijn bij het opzetten van een integrale aanpak en het deelnemen van kinderen en ouders aan een behandelprogramma. Daarnaast wordt er ook aangegeven wat belemmerende factoren kunnen zijn in de aanpak van overgewicht. Het is belangrijk dat hiermee rekening wordt gehouden in de conclusies en aanbevelingen.
Advies	Tijdens dit onderzoek hebben we gekeken naar de behoeften van professionals als het gaat over het voorkomen en reduceren van overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Door hun behoeften te peilen, kunnen we inspelen op de samenwerking en wat er nog meer belangrijk is bij het opzetten en het uitvoeren van een integrale aanpak.

Labelsysteem ouders	
Kernlabel	Definitie
Eerste stap	Om in beeld te krijgen hoe overgewicht in Barneveld gesignaleerd word is het van belang om in kaart te brengen hoe ouders en kinderen in aanraking komen met een professional. Hebben zij zelf hulp gezocht of werd hen hulp aangeboden? Zo ja, wat heeft er voor gezorgd dat zij (uiteindelijk) hulp hebben gezocht?
Eerste contact en aanpak	Met oog op het bovenstaande label hebben wij dit label ook gebruikt omdat bij dit label, door de ouders wordt aangegeven hoe zij bij een professional zijn terecht gekomen en hoe er toen gehandeld is door de professionals.
Behandelprogramma	Sommige kinderen hebben een behandelprogramma gevolgd, bijvoorbeeld bij 'Medifit'. De fragmenten die onder het label behandelprogramma vallen gaan over de inhoud van het programma en over hoe de behandeling is verlopen. Daarnaast wordt er ook onder dit label vermeld hoe de behandeling is verlopen voor kinderen, die geen behandelprogramma hebben gevolgd.
Eetgedrag	Door middel van dit label wordt ingegaan op het eetgedrag van het kind en het gezin, waar het kind deel van uitmaakt. Dit label was voor ons van belang, omdat eetgedrag één van de drie componenten is die naast beweging en psychisch welbevinden in een integrale aanpak word aangepakt.
Bewegen	Door middel van dit label wordt ingegaan op de beweging van het kind en het gezin waar het kind deel van uitmaakt. Voor ons onderzoek was het van belang om te weten hoe dit bij het kind en het gezin was. Zo konden we ingaan op eventuele behoeften van ouders en het kind ten opzichte van beweging.
Beleving	In ons literatuuronderzoek hebben we stil gestaan bij de psychosociale gevolgen van overgewicht. In de gesprekken met ouders kwam regelmatig naar voren hoe een kind het overgewicht ervaart en hoe

	ouders dit ervaren. Het is voor ons van belang om dit te peilen, omdat het belangrijk is om dit in de behandeling mee te nemen.
Omgang	Pesten is één van de psychosociale gevolgen die een kind met overgewicht kan ondervinden. Een kind kan een laag zelfbeeld ontwikkelen, wat het gevolg kan zijn van hoe anderen tegen overgewicht aankijken. De omgang van anderen ten opzichte van overgewicht is een belangrijke factor voor het psychisch welbevinden van een kind.
Scholen	In de gesprekken met ouders komt regelmatig naar voren hoe scholen omgaan met gezonde voeding, bewegen en pesten. Door dit in kaart te brengen, kunnen wij adviezen meegeven aan de scholen. Ouders hebben hierin verschillende behoeften. Het is van belang dat scholen hier op inspelen. Zij spelen ook een rol in de omgeving van kinderen.
Medische klachten	In ons literatuuronderzoek hebben we stil gestaan bij medische oorzaken en gezondheidsrisico's ten opzichte van overgewicht. Om globaal een beeld te krijgen van het kind, het gezin en zijn/haar leefsituatie was het voor ons van belang om dit in kaart te brengen. Als kinderen medische klachten ondervinden van hun overgewicht of als dat de oorzaak is van hun overgewicht, is het van belang dat daar rekening mee wordt gehouden in het behandelprogramma.
Behoeften	Tijdens dit onderzoek hebben we gekeken naar de behoeften van ouders als het gaat over het voorkomen en reduceren van overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Door hun behoeften te peilen, kunnen we inspelen op de samenwerking en wat er nog meer belangrijk is bij het opzetten en het uitvoeren van een integrale aanpak.
Advies	In de interviews gaven ouders regelmatig een advies voor de professionals. Door dit mee te nemen in de aanbevelingen kunnen professionals beter op de behoeften van ouders inspelen. Een ouder geeft bijvoorbeeld aan dat het goed is op een nazorgtraject op te zetten. Uit ervaring vindt zij het erg lastig om met haar kind op gewicht te blijven, nadat de begeleiding stop wordt gezet.

Bijlage 7: Begrippenlijst

Autoritatieve opvoedingsstijl

De ouders stellen redelijk grenzen voor hun kinderen en leggen hun regels duidelijk uit. Ze overleggen veel met de kinderen, er is ruimte voor de eigen inbreng van de kinderen. De ouders voeden op met gezag en liefde. Ook moedigen ze het zelfstandige gedrag van hun kind aan.

Autoritaire opvoedingsstijl

De ouders domineren, ze zijn de baas. Zij bepalen de regels en stellen eisen aan het gedrag van hun kind. Het kind hoort de ouders te gehoorzamen. Rust in de opvoeding, regelmaat en orde dat staat voor op. Luistert het kind niet, dan volgt er een straf.

Beschrijvende onderzoeksvraag

Beschrijft of benoemt de aard of de kenmerken van de onderzoeksverschijnselen en meestal vindt er ook een inventarisatie of categorisatie van de verschijnselen plaats.

Diabetes type 2

Bij diabetes type 2 reageert het lichaam niet meer goed op insuline. Dat is het hormoon dat de bloedsuikerspiegel regelt. De insuline is als het ware onzichtbaar, en kan zijn werk niet doen. Daardoor blijft er te veel suiker in je bloed zitten. Eerst maakt het lichaam extra insuline aan, maar na verloop van tijd steeds minder.

Hyperinsulinemie

De stof insuline speelt een belangrijke rol in onze stofwisseling. Insuline laat het lichaam weten dat koolhydraten (suikers) beschikbaar zijn om verbrand te worden en geeft het lichaam opdracht om overtollige koolhydraten als vet op te slaan. Door allerlei oorzaken kan het lichaam 'doof' zijn geworden voor het signaal van insuline dat er koolhydraten verbrand kunnen worden. Dit wordt insulineresistentie genoemd. Ons lichaam reageert op deze hardhorendheid door de alvleesklier meer insuline te laten maken om de glucosewaarden op een normaal niveau te houden. Zo ontstaat er hyperinsulinemie. Bij hyperinsulinemie is de insulinespiegel chronisch verhoogd terwijl uw bloedsuikerwaarde nog binnen de referentiewaarde ligt.

Integrale aanpak

Multidisciplinair samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties om overgewicht bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te reduceren en te voorkomen.

Jicht

Jicht is een reumatische ziekte waarbij urinezuurkristallen neerslaan in de gewrichten. Dit komt doordat de stofwisseling in het lichaam niet goed verloopt, waardoor urinezuur zich ophoopt.

LDL-cholesterol

Lage Dichtheid Lipoproteïne-cholesterol is ongunstig voor de gezondheid. LDL vervoert cholesterol van de lever naar de rest van het lichaam. Deze verbindingen kunnen zich vastzetten in de binnenwand van bloedvaten. Ze blijven plakken aan beschadigingen van de vaatwanden. Deze beschadigingen kunnen het gevolg zijn van roken, verhoogde bloeddruk of ouderdom. De bloedvaten slibben daardoor langzaam dicht en het bloed kan er steeds moeilijker doorheen stromen. Dit staat bekend als slagaderverkalking. De medische term is arteriosclerose.

Onderzoek

Een zoekproces gebaseerd op denken, intuïtie en creativiteit, waarin op een systematische manier gegevens worden verkregen, gebruikt en geanalyseerd, met als doel kennis te verzamelen.

Permissieve opvoedingsstijl

De ouders geven hun kind veel positieve aandacht, maar stellen weinig eisen aan hun kinderen. De ouders gaan er vanuit dat aan alle initiatieven en behoeften van het kind tegemoet gekomen moet worden.

Partijen

Speciaal onderwijs, basis- en middelbare scholen, praktijkonderwijs, jeugdverpleegkundigen van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM), schoolmaatschappelijk werk, CJG, ziekenhuis, huisartsen en schoolartsen, diëtist(e) en de kinderfysiotherapeut.

Prevalentie

Het percentage van de bevolking op een bepaald moment met een bepaalde aandoening of ziekte.

Regisseursrol

Organisatie die de voortrekkersrol op zich neemt in de integrale aanpak om overgewicht te reduceren en te voorkomen. Aansturen, inzetten en bedenken wie er binnen het multidisciplinaire team wat oppakt.

Survey-onderzoek

Kenmerkend bij dit type onderzoeksvorm is dat de dataverzameling over het algemeen ongestructureerd of semi-gestructureerd is.

Synergie

Effect van samenwerking dat groter is dan wat de afzonderlijke partijen in totaal bereikt zouden hebben.

Taskforce

Een speciaal comité, gewoonlijk bestaande uit een aantal experts uit het vakgebied. Een taskforce wordt gevormd met een speciaal doel. Vaak is dit het onderzoeken en maken van aanbevelingen over een probleem dat breed wordt ervaren.

Triglyceriden

Mensen die veel suikers en koolhydraten eten hebben erg veel calorieën in hun lichaam. Het zijn er meer dan het lichaam nodig heeft voor verbranding, dus dit wordt allemaal omgezet in vetten en het resultaat is logisch: te hoge triglyceridenwaarden. Dit verhoogd je cholesterol, wat kan leiden tot hart- en vaatziekten.

Verwaarlozende opvoedingsstijl

De ouders stellen weinig of geen eisen. Er is weinig aandacht, ondersteuning en stimulering voor de kinderen.