

# Overbruggingsplan

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



# Colofon

## **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: Vrije Universiteit Amsterdam

E-mail: [carry.renders@vu.nl](mailto:carry.renders@vu.nl)

Telefoon: 020-5983514

Naam organisatie: Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg

E-mail: [a.vangrieken@erasmusmc.nl](mailto:a.vangrieken@erasmusmc.nl)

Telefoon: 010-7043498

Naam ontwikkelaars oorspronkelijk overbruggingsplan: prof. dr. R.A. Hirasing, dr A.M.W. Bulk-Bunschoten, dr F.J.M. van Leerdam, dr C.M. Renders

**Website** (van de interventie): Het Overbruggingsplan is onderdeel van de Richtlijn Overgewicht voor de Jeugdgezondheidszorg <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=10>

## **Contactpersoon**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : dr. C.M. Renders

E-mail : [carry.renders@vu.nl](mailto:carry.renders@vu.nl)

Telefoon : 020-5983514

## **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: dr. C.M. Renders, dr. A. van Grieken

Titel interventie: Overbruggingsplan

Databank(en): NJI en Loket gezond Leven

Plaats, instituut: Amsterdam , Vrije Universiteit

Datum: december 2017

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

**[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)**

# Inhoud

Colofon .....	2
Inhoud .....	3
Samenvatting .....	Error! Bookmark not defined.
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1.    Uitgebreide beschrijving .....	6
Beschrijving interventie .....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	9
2.    Uitvoering.....	14
3.    Onderbouwing .....	18
4.    Onderzoek .....	Error! Bookmark not defined.
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.    Samenvatting Werkzame elementen .....	Error! Bookmark not defined.
6.    Aangehaalde literatuur .....	Error! Bookmark not defined.
7.    Praktijkvoorbeeld .....	Error! Bookmark not defined.

## Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Het Overbruggingsplan is een interventie waarmee de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) kinderen met overgewicht en hun ouders passende ondersteuning biedt om leefstijl in het gezin te verbeteren en daarmee verdere gewichtstoename van het kind in vergelijking met de lengtetoename te voorkomen. In de praktijk wordt het Overbruggingsplan toegepast bij kinderen van 2-12 jaar. Er wordt ingezet op de factoren: bewustzijn, attitude, sociale invloed, eigen effectiviteit en vaardigheden om zo **Beweeg-** en **Ontbijtgedrag** te bevorderen en consumptie van gezoete (**Fris**)dranken, **Fastfood** en **Tussendoortjes** en **Televisiekijken/(spel)computeren** te reduceren. De ondersteuning bestaat uit maximaal 3 vervolgconsulten na signalering van overgewicht. In het eerste consult wordt een anamnese en lichamelijk onderzoek uitgevoerd en gezamenlijk een passend veranderplan opgesteld. De vervolgconsulten richten zich op het monitoren van de voortgang en op het veranderen van (de determinanten van) leefstijlgedrag. Dit gebeurt middels motivationele gesprekstechnieken, huiswerkopdrachten en het activeren van sociale steun. Een landelijk onderzoek liet zien dat een klein effect op de BMI van kinderen met matig overgewicht kan worden bereikt.

## Doelgroep – max 50 woorden

Het Overbruggingsplan is onderdeel van de JGZ-Richtlijn Overgewicht en is ontwikkeld voor kinderen van 2-18 jaar met overgewicht ter voorkoming van obesitas (geïndiceerde preventie). In de praktijk wordt het toegepast bij kinderen tussen 2-12 jaar.

Intermediaire doelgroepen:

- ouders van kinderen met overgewicht
- JGZ-professionals

## Doel – max 50 woorden

Het doel van het Overbruggingsplan is om na signalering van overgewicht, zoals beschreven in de Richtlijn Overgewicht voor de JGZ, een verdere gewichtstoename in vergelijking met de lengtetoename door groei te voorkomen. Dit wordt bewerkstelligd door kinderen met overgewicht en hun ouders te begeleiden, inpasbaar binnen de JGZ-praktijk.

## Aanpak – max 50 woorden

De begeleiding bestaat uit maximaal 3 vervolgconsulten aanvullend op het reguliere consult. Tijdens deze vervolgconsulten wordt een anamnese en lichamelijk onderzoek uitgevoerd en wordt gezamenlijk een haalbaar veranderplan opgesteld, uitgevoerd en gemonitord om gedragsverandering bij het kind te bewerkstelligen en daarmee gewichtstoename te voorkomen. Verschillende interventie-elementen, gericht op een verandering van determinanten van gedrag, worden hierbij toegepast.

## Materiaal – max 50 woorden

De volgende materialen zijn ontwikkeld:

Voor JGZ professionals:

- stroomdiagram met de te volgen stappen van het Overbruggingsplan;
- E-learning motiverende gespreksvoering (via JGZ-academie);
- factsheet en informatiemap 'praten over overgewicht';
- toolkit voor het betrekken van ouders;
- anamneselijst.

Voor ouders:

- eet- en beweegdagboek;
- boekje met praktische tips om gezond gedrag bij het kind te ondersteunen.

## Onderbouwing – max 150 woorden

De werkwijze binnen het Overbruggingsplan is gebaseerd op theorieën van gedragsverandering en richt zich op de determinanten van voedings- en bewegingsgedrag: kennis, risicoperceptie, attitude, sociale steun,

eigen effectiviteit en vaardigheden. De anamnese tijdens het eerste consult draagt bij aan vergroten van bewustzijn rondom gezond voedings- en bewegingsgedrag en een gezond gewicht. Bovendien geeft deze inzicht in de gezinssituatie en thuisomgeving. Motiverende gespreksvoering wordt ingezet om de attitude van ouders en kinderen positief te beïnvloeden en hen te ondersteunen bij het opstellen van een haalbaar, concreet veranderplan op het gebied van gedrag en daarbij behorende activiteiten. De eigen effectiviteit van deelnemers wordt vergroot door ze positieve ervaringen op te laten doen in het veranderplan en hen aan te zetten tot en te ondersteunen bij het experimenteren met gedrag bijv op het gebied van voorbeeldfunctie of (opvoedings)vaardigheden. Huiswerkopdrachten dragen bij aan het bewustzijn van gedrag, geven inzicht in belemmeringen en succesfactoren en bieden input voor feedback om daarmee het veranderplan bij te stellen. Bovendien heeft de JGZ een belangrijke rol in de wijknetwerken waarbinnen de ouders en kinderen kunnen worden geholpen aan een extra steuntje in de rug (sociale steun).

### **Onderzoek** – max 100 woorden

Uit een landelijk onderzoek onder vijfjarige kinderen werd na 2 jaar geen significant effect op de BMI gevonden in de totale populatie. Wel werden kleine effecten aangetoond onder kinderen met matig overgewicht. Het onderzoek liet in de totale populatie geen significante effecten zien op middelomtrek of de BOFT-gedragingen. Wel gingen kinderen in zowel de interventie- als de controlegroep gedurende de studieperiode relatief minder zoete dranken drinken. In aanvullende analyses werd aangetoond dat de kinderen die minstens 3 consulten hadden ontvangen significant vaker aan de aanbevolen hoeveelheid van maximaal 2 zoete drankjes per dag voldeden. Wanneer televisie kijken werd besproken tijdens het consult was er een significant grotere kans dat kinderen minder vaak meer dan de aanbevolen duur van 2 uur televisie per dag keken.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

*Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.*

*Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.*

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

De primaire doelgroep bestaat uit kinderen tussen 2-12 jaar met overgewicht.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

Het Overbruggingsplan Overgewicht richt zich ook op ouders en JGZ professionals:

Ouders zijn zich niet altijd bewust van een te hoog gewicht van hun kind, vinden het niet nodig er iets aan te doen en/ of weten niet hoe ze het concreet kunnen aanpakken binnen de context van hun gezinsleven. Ook zijn ze vaak niet op de hoogte van de mogelijkheden die de JGZ biedt om daarbij te ondersteunen.

JGZ-professionals hebben behoefte aan een concrete in de JGZ-praktijk inpasbare interventie die door hen kan worden toegepast nadat ze overgewicht bij een kind hebben signaleerd.

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

*Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?*

**Indicatie- en contra-indicatiecriteria**

Selectiecriteria voor de doelgroep:

- Het kind heeft overgewicht
- Het kind is tussen 2-12 jaar

Om overgewicht vast te stellen worden de internationale afkapwaarden Body Mass Index (BMI) naar leeftijd en geslacht (IOTF waarden) gebruikt. De klinische blik of een kind overgewicht heeft of niet, gebaseerd op kunde en ervaring van de JGZ professional, kan de doorslag geven als de BMI op de grens van normaal gewicht en overgewicht ligt.

Contra-indicaties:

- Kinderen met obesitas
- Kinderen bij wie overgewicht een medische oorzaak heeft
- Kinderen met een psychisch probleem of trauma

Kinderen met obesitas worden doorverwezen naar de huisarts en/of de kinderarts ter uitsluiting van comorbiditeit en causaliteit. Begeleiding van kinderen met obesitas kan niet uitgevoerd worden binnen het basistakenpakket (BTP) JGZ, omdat dit intensievere begeleiding vergt.

### **Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

*Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?*

Het Overbruggingsplan is in 2004-2005 op verzoek van de JGZ en met subsidie van het ministerie van VWS systematisch ontwikkeld m.b.v. literatuuronderzoek, raadplegen van experts, een expertmeeting met praktijkwerkers in de JGZ, JGZ-managers en experts op het gebied van overgewicht. Daarnaast is een pilotstudie uitgevoerd zowel onder JGZ professionals als ouders, waarin de toepasbaarheid en haalbaarheid is nagegaan evenals ervaringen met verschillende onderdelen van de interventie.

Het Overbruggingsplan is opgenomen in de Richtlijn Overgewicht die in 2012 voor de JGZ is ontwikkeld. Voor deze ontwikkeling is een multidisciplinaire projectgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle specialismen die met het voorkomen, signaleren, interveniëren en eventueel verwijzen van kinderen met overgewicht in de JGZ te maken hebben. De projectgroepleden waren door de beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname aan de werkgroep en waren gezamenlijk verantwoordelijk voor de integrale tekst van de richtlijn. Daarnaast was een klankbordgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van in de JGZ werkzame beroepsgroepen, van aanpalende beroepsgroepen (huisartsen, kinderartsen, psychologen en diëtisten), van het Partnerschap Overgewicht Nederland, Pharos en van ouders.

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het hoofddoel van het Overbruggingsplan Overgewicht is om na signalering van overgewicht, zoals beschreven in de Richtlijn Overgewicht voor de JGZ, een verdere gewichtstoename in vergelijking met de lengtetoeename door groei te voorkomen (geïndiceerde preventie).

De interventie wordt beschouwd als effectief indien na 1 jaar één van de volgende uitkomstindicatoren gunstig zijn veranderd:

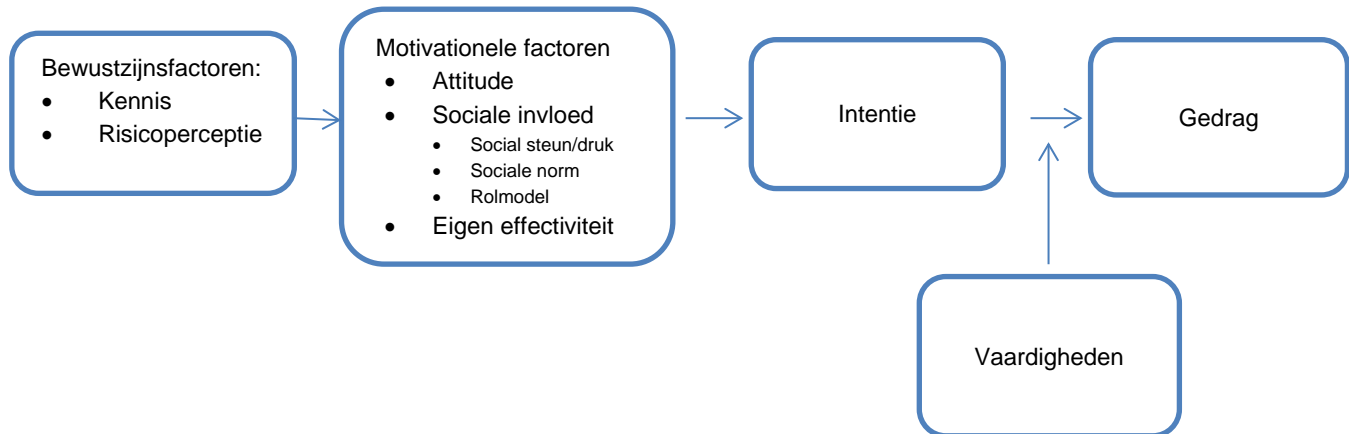
- o de BMI SDS (is afgenomen);
- o de middelomtrek (> 12 jaar) (is niet toegenomen of is afgenomen) ;
- o één of meer van de doelen uit het gezamenlijk opgestelde veranderplan wordt/worden goed uitgevoerd.

### **Subdoelen** – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?*

Het hoofddoel wordt gerealiseerd door een individuele aanpak, die past binnen het gezin. Om het hoofddoel te realiseren zijn een aantal subdoelen geformuleerd. De subdoelen zijn gericht op gedragsverandering van het kind (d.w.z. meer bewegen, minder zitten en gezonder voedingsgedrag) welke gerealiseerd worden door de onderliggende factoren van gedragsverandering, de zogenaamde determinanten van gedrag. De selectie van de determinanten van gedrag zijn gebaseerd op het Attitude, Sociale invloed, en Eigen-effectiviteit model (ASE-model) (De Vries et al., 1988) en de opvolger van dit model: het I-Change model (De Vries & Mudde 1998). Volgens deze modellen wordt gedrag bepaald door iemands intentie tot gedrag en zijn/haar vaardigheden. Deze intentie tot gedrag wordt bepaald door iemands ervaren sociale steun, attitude en eigen effectiviteit. Deze zogenaamde motivationele factoren worden weer beïnvloed door bewustzijnsfactoren als kennis en risicoperceptie.

*Theoretisch model onderliggend aan het Overbruggingsplan gebaseerd op het I-Change model*



**Bewustzijn: kennis en risicoperceptie:**

- Voor ouders en kinderen: Verkrijgen praktische en inhoudelijke informatie over overgewicht/obesitas en gezond eet- en beweeggedrag.

**Attitude:**

- Voor ouders en kinderen: Ervaren dat gezond eet- en beweeggedrag met kleine aanpassingen in het dagelijks leven in het gezin bevorderd kan worden.

**Sociale invloed:**

- Voor ouders: Ervaren steun van de JGZ-professional in het nastreven van een gezond eet- en beweeggedrag.
- Voor kinderen: Ervaren steun en voorbeeldgedrag van ouders bij het nastreven van gezond eet- en beweeggedrag.

**Eigen effectiviteit:**

- Voor ouders: Verkrijgen van geloof in eigen kunnen om samen met hun kind concrete haalbare doelen op te stellen die met kleine aanpassingen in het gezin kunnen worden bereikt en gezond eet- en beweeggedrag stimuleren.
- Voor kinderen: Verkrijgen van geloof in eigen kunnen om met kleine aanpassingen gezonder te eten en of te bewegen.

**Intentie:**

- Voor ouders: Verkrijgen van intentie om hun kind te steunen bij het aanleren van een gezondere leefstijl.
- Voor kinderen: Verkrijgen van intentie om met kleine aanpassingen gezonder te eten en/of te bewegen.

**Vaardigheden:**

- Voor ouders: Verkrijgen van vaardigheden om samen met hun kind concrete haalbare doelen op te stellen, te monitoren en bij te stellen waarmee kleine aanpassingen in het gezin kunnen worden bereikt en gezond eet- en beweeggedrag wordt gestimuleerd. Verkrijgen van (opvoedings)vaardigheden om gezond eet- en beweeggedrag te stimuleren.
- Voor kinderen: Verkrijgen van vaardigheden om met kleine aanpassingen gezonder te eten en of te bewegen.

**Gedrag:**

- Voor ouders en kinderen: Het behalen van de door ouders en kind zelf opgestelde doelen op het gebied van de BOFT gedragingen:
  - Bevorderen van **B**eweeggedrag, het regelmatig en gezond **O**ntbijten en het verminderen van consumptie van gezoete (**F**ris) dranken, eten van **F**astfood en **T**ussendoortjes en **T**elevisiekijken/(spel)computeren en ander zittend gedrag.



## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie – max 200 woorden

*Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?*

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Het Overbruggingsplan Overgewicht is een methodiek waarmee de JGZ kinderen met overgewicht en hun ouders passende ondersteuning kan bieden in het verbeteren van de leefstijl in het gezin. Het Overbruggingsplan signaleert overgewicht bij kinderen om vroegtijdig ontwikkeling van obesitas te voorkomen.

Het Overbruggingsplan Overgewicht wordt uitgevoerd aan de hand van een stappenplan (zie figuur 1).

1. In de JGZ worden kinderen regelmatig gezien middels contactmomenten tijdens de verschillende ontwikkelingsperioden, volgens de richtlijnen beschreven in het nieuwe Basistaken pakket (BTP) en het Landelijk Professioneel Kader (LPK).  
Tijdens deze contactmomenten met de JGZ worden de kinderen gewogen en gemeten en wordt de BMI bepaald. Vervolgens wordt vastgesteld of er sprake is van overgewicht of obesitas, door gebruik te maken van de Internationale BMI-afkapwaarden naar leeftijd en geslacht, zo nodig aangevuld met de klinische blik.
2. Bij vaststelling van overgewicht volgt begeleiding in de JGZ: het Overbruggingsplan. In totaal worden drie aanvullende consulten aangeboden aan de ouder voor persoonlijke begeleiding van het kind en het gezin.
3. Gedurende elk consult wordt de voortgang gemonitord.  
Wanneer in het 3<sup>e</sup> consult nog geen verandering heeft plaatsgevonden wordt verwezen naar een lokaal gecombineerd leefstijlprogramma met aandacht voor gezonde voeding en lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering. Hierbij kunnen (kinder)diëtist, (kinder)fysiotherapeut, pedagoog en/of psycholoog, maar ook andere lokale professionals in de wijk worden betrokken.  
Wanneer tijdens een vervolconsult blijkt dat het gewicht stabiel blijft en/of de middelomtrek afneemt en/of veranderplan goed wordt uitgevoerd en een verbetering in leefstijl plaatsvindt, is er (voldoende) effect van de interventie en wordt een vervolgspraak gemaakt voor een jaar later.



Figuur 1. Stappenplan Overbruggingsplan Overgewicht. Aangepast van Overbruggingsplan Overgewicht 2004.

### Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

*Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.*

*Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.*

*Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.*

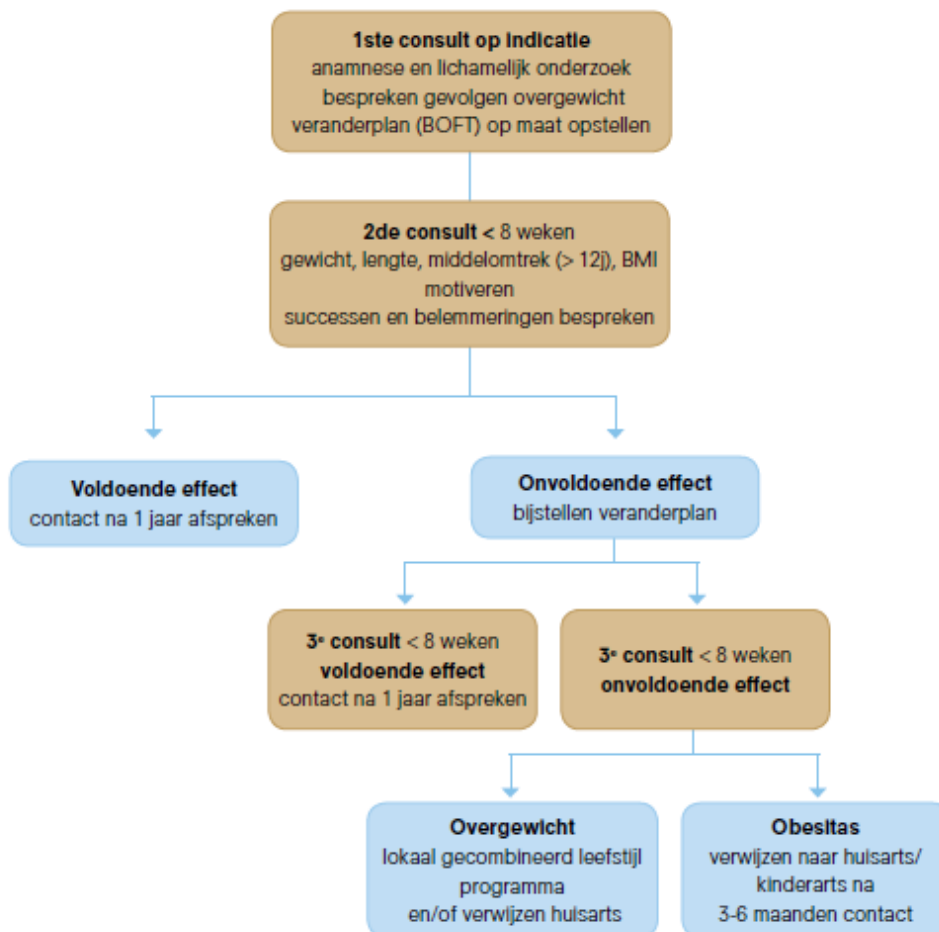
De uitvoer van de begeleiding van ouder en kind volgens het Overbruggingsplan Overgewicht.

#### 1. Signalering doelgroep Overbruggingsplan.

Tijdens elk consult dat plaats vindt bij de JGZ professional kan middels de methoden beschreven in de Richtlijn Overgewicht, overgewicht of obesitas bij het kind worden gesignaleerd. Vervolgens is de JGZ professional verantwoordelijk voor passende zorg en ondersteuning voor het kind met overgewicht of obesitas. Kinderen met verdenking op een medische oorzaak voor het overgewicht, kinderen met obesitas en kinderen met hypertensie worden naar de huisarts/kinderarts verwezen. Kinderen met overgewicht krijgen het Overbruggingsplan aangeboden. Indien er lokaal een leefstijl interventie voor kinderen met overgewicht of obesitas beschikbaar is (bij voorkeur erkend door de Erkenningcommissie Interventies), kan in overleg met ouders ook hiervoor gekozen worden.

#### 2. Het aanbieden van het Overbruggingsplan Overgewicht aan de ouder: drie extra consulten met ouder en kind (zie figuur 2 voor stappenplan).

Het Overbruggingsplan omvat drie vervolgconsulten op indicatie. De inhoud van elk consult wordt in overleg met de ouders bepaald, waarbij het doel is het veranderen van de leefstijlgedragingen. De nadruk ligt op de leefstijlverandering van **het gehele gezin**. Dat betekent dat wordt gestimuleerd dat het hele gezin wordt betrokken; vaders, moeders, en eventuele andere kinderen in het gezin.



Figuur 2. Consulten op indicatie volgens het Overbruggingsplan

voldoende effect = Het gewicht blijft stabiel of middelomtrek neemt af of er is verbetering leefstijl

onvoldoende effect = Het gewicht neemt toe, middelomtrek neemt toe en/of geen verbetering leefstijl

### Elementen die worden ingezet bij de uitvoering van de vervolgsconsulten

De volgende interventie elementen worden ingezet in de uitvoering van de vervolgsconsulten, deze elementen zijn gebaseerd op het Common Elements Framework (Becker et al 2015, Chorpita et al 2005, Chorpita et al 2002):

- Assessment/anamnese: op verschillende manieren informatie verzamelen over lengte en gewicht, beweeg- en eetgedrag (BOFT-gedragingen) en over factoren die gezond gedrag belemmeren of bevorderen in de directe leefomgeving van het gezin en het kind, zoals vragenlijsten en gesprekken;
- Motivationale gespreksvoering technieken: expliciet gebruik 'veranderings' gesprekstechnieken;
- Huiswerk: gebruik eet- en beweeg dagboekjes;
- Haalbare en realistische doelen met bijbehorende activiteiten opstellen in een (aanpasbaar) veranderplan met als doel BOFT-gedragingen en daarmee uiteindelijk BMI veranderen;
- Support netwerk activeren: formele en informele steun.

Het Overbruggingsplan is zo ingericht dat de gezinnen na afloop gemotiveerd en in staat zijn om samen met hun kind concrete haalbare doelen op te stellen voor gezond eet- en beweggedrag, die met kleine aanpassingen in het gezin kunnen worden bereikt.

### Assessment/ Anamnese

Het eerste vervolgsconsult bevat altijd een uitgebreide anamnese. De anamnese is belangrijk om het verdere vervolg vast te stellen. De anamnese bestaat uit twee hoofdonderdelen:

- a. Ten eerste aandacht voor de voorgeschiedenis, familie achtergrond, voeding en lichamelijke activiteit (inclusief de BOFT-gedragingen) en perceptie van het overgewicht (zie anamneselijst bij materialen) van de ouders en kind. Bovendien is aandacht voor factoren in het gezin die een duurzame leefstijlverandering ondersteunen of belemmeren en in hoeverre kind en ouders in staat zijn om bij de aanpak van leefstijlgedragingen de regie te nemen.
- b. Ten tweede volgt een lichamenlijk onderzoek, waarbij gewicht, lengte, bloeddruk (vanaf 5 jaar) en middelomtrek (vanaf 12 jaar) worden gemeten.

Als er op grond van lichamenlijk onderzoek en de anamnese aanwijzingen zijn voor een organische oorzaak of er sprake is van hypertensie, volgt verwijzing naar de huisarts en/of kinderarts. In de meeste gevallen bestaat een dergelijke aanwijzing niet en volgt alsnog begeleiding in de JGZ.

De anamnese draagt bij aan vergroten van *bewustzijn* door het verbeteren van *kennis* en *risicoperceptie* van de ouder en (afhankelijk van de leeftijd) het kind over gezond eet- en beweeggedrag en een gezond gewicht. Daarnaast geeft de anamnese inzicht in de mate van *eigen effectiviteit* van ouder en kind en de *sociale steun* die ouders en kind ontvangen. De anamnese biedt input om haalbare concrete doelen te stellen die binnen de context van het dagelijkse gezinsleven passen. De anamnese vormt de basis voor het in kaart brengen van de huidige motivatie en gedragingen in het gezin.

### **Motiverende gespreksvoering technieken**

Motiverende gesprekvoering is een benadering om mensen te helpen hun problemen te onderkennen en om hen daadwerkelijk te motiveren, hun intentie te vergroten om iets te doen aan hun huidige of potentiële problemen. Het centrale thema van motiverende gespreksvoering is het verkennen en oplossen van ambivalentie. Ambivalentie is een *attitude* van het wel willen veranderen en eigenlijk ook weer niet, omdat je opziet tegen de veranderingen of omdat je er bang voor bent en je meer zeker voelt bij de huidige situatie. Motiverende gespreksvoering technieken kunnen worden ingezet om ouders en kinderen feedback te geven over hun gedrag, hen te ondersteunen in het opstellen van haalbare concrete doelen op het gebied van gedragsverandering en daarbij behorende activiteiten (*sociale steun*) en hun geloof in eigen kunnen (*eigen effectiviteit*) te versterken. Ook kunnen de technieken helpen bij het aanzetten van de ouder tot experimenten met gedrag, *voorbeeldfunctie (rolmodellering)* of (opvoedings)*vaardigheden* en ook het geven van instructies om het gedrag of de (opvoedings)*vaardigheden* correct uit te voeren.

Om de motivatie en actiebereidheid en daarmee de *intentie* tot gedragsverandering van kind en ouders te vergroten zet de JGZ professional in de begeleiding motiverende gespreksvoering technieken in gedurende alle consulten met de ouder.

Tijdens het eerste vervolgconsult zal de nadruk liggen op het wegnemen van mogelijke barrières en belemmeringen en het verhogen van de motivatie, maar zal ook een eerste veranderplan worden gemaakt. Daarbij zal aandacht blijven voor het ondersteunen van ouders en kind in het nemen van de eigen regie in de opzet en uitvoering van het plan.

### **Huiswerk**

Huiswerk voor de ouder en kind kan bijdragen aan het *bewustzijn* van gedrag, en biedt daarnaast input voor feedback, het monitoren van gedrag, opstellen van doelen met daarbij behorende activiteiten en het aanzetten tot gedragsexperimenten.

Het eet- en beweeg dagboek kan worden ingezet als huiswerk. Met het dagboek kunnen ouders en/of het kind gedurende een aantal dagen bijhouden wat er gegeten, gedronken en bewogen wordt.

### **Haalbare en realistische doelen opstellen in een (aanpasbaar) veranderplan**

Het stellen van haalbare en realistische doelen kan bijdragen aan gedragsverandering via feedback en monitoring van gedrag, het stellen van doelen en maken van een planning, versterken van het geloof in eigen kunnen (*eigen effectiviteit*), identificatie met gerealiseerde veranderingen en het vormen van nieuwe *kennis* op basis van gedragsexperimenten.

Tijdens het eerste consult of een vervolgconsult wordt een haalbaar veranderplan opgesteld. Tijdens welk consult dit exact wordt gedaan is afhankelijk van de motivatie van de ouders/het kind.

Er wordt een haalbaar veranderplan op maat passend bij de *motivatie, vaardigheden* en mogelijkheden binnen het gezin opgesteld met een gecombineerde leefstijlaanpak, waarbij het plan zich richt op het bevorderen van één of meerdere van de BOFT- leefstijlgedragingen.

Het is van belang het veranderplan met (een) specifieke doel(en), taakverdeling en de voorbeeldfunctie van ouders te bespreken en te benoemen. Ook worden concrete afspraken gemaakt over hoe het (de) doel(en) bereikt worden in welke tijd (volgens SMART-criteria). Daarbij moet rekening worden gehouden met opvoedings- en gezondheids*vaardigheden* (bijv. weten ouders wat gezond/gemakkelijk te bereiden/niet te duur is). Bovendien is van belang de stappen niet te groot te maken, zodat snel kleine successen kunnen worden geboekt.

### Support netwerk activeren: formele en informele steun

De JGZ heeft een belangrijke rol in de wijknetwerken en binnen deze netwerken kunnen de ouders worden geholpen aan een extra steuntje in de rug (*sociale steun*). Dit kunnen laagdrempelige voorzieningen zijn zoals een buurtsportcoach waarop een ouder kan worden geattendeerd. Maar de JGZ professional kan, indien gewenst door ouder en kind, ook andere professionals, zoals diëtist, fysiotherapeut, psycholoog of maatschappelijk werk inschakelen om het gezin verder te ondersteunen. Bij gezinnen waarin multiproblematiek speelt zal de JGZ professional altijd afstemming zoeken met andere lokale professionals om het gezin zo goed mogelijk te ondersteunen.

### Overzicht van onderdelen van het overbruggingsplan en op welke gedragsdeterminanten deze aangrijpen

Onderdeel van het Overbruggingsplan	Bewustzijn: kennis en risicoperceptie	Gedragsdeterminanten			
		Attitude	Sociale steun (en rolmodel)	Eigen effectiviteit	Vaardigheden
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessment/ Anamnese</li> <li>• Motiverende gesprekvoering technieken</li> </ul>	x	x	x	x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huiswerk</li> <li>• Haalbare en realistische doelen opstellen in een (aanpasbaar) veranderplan</li> </ul>	x	x	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support netwerk activeren</li> </ul>			x		

Door het beïnvloeden van het bewustzijn (kennis en risicoperceptie) en motivationele factoren (attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit) wordt de intentie tot gedragsverandering beïnvloed en daarmee de daadwerkelijk gedragsverandering. Naast intentie beïnvloeden vaardigheden de daadwerkelijke gedragsverandering.

## 2. Uitvoering

### **Materialen** – max 200 woorden

*Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?*

De volgende materialen zijn beschikbaar om de uitvoering van het Overbruggingsplan te ondersteunen (zie <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=10>).

Materialen ter ondersteuning van de professional in de uitvoering van het Overbruggingsplan:

- Een informatiemap: praten over gewicht voor de JGZ  
[https://issuu.com/voedingscentrum/docs/praten\\_over\\_gewicht\\_2d640f7020af3a/1?ff=true&e=1222161/39578300](https://issuu.com/voedingscentrum/docs/praten_over_gewicht_2d640f7020af3a/1?ff=true&e=1222161/39578300)
- Een tipsheet over hoe je met kinderen en ouder praat over overgewicht  
<http://www.partnerschapovergewicht.nl/images/C4O>  
[Factsheet Met kinderen en hun ouders praten over gewicht en leefstijl 200317\\_def.pdf](http://www.partnerschapovergewicht.nl/images/C4O)
- E-learning motiverende gespreksvoering via JGZ academie  
<https://www.ncj.nl/producten-diensten/professionele-ontwikkeling-producten/jgz-academie/>
- Toolkit 'Ouderbetrokkenheid en gezond gewicht': toolkit voor professionals met tips & trucs voor het betrekken van ouders bij voedings- en beweegactiviteiten
- Een anamneselijst

\* Er is ook een app beschikbaar waarin de Richtlijn Overgewicht evenals alle andere Richtlijnen binnen de JGZ beschikbaar zijn. Deze app kan via het NCJ gedownload worden.

Materialen ter ondersteuning van de ouder:

- Eet- en beweegdagboek  
In een eet- en beweegdagboek wordt de ouder gevraagd gedurende twee dagen doordeweeks en een weekenddag bij te houden wat gegeten, gedronken wordt en wanneer bewogen wordt door het kind. Dit kan de ouder inzicht verschaffen in de huidige leefstijlgedragingen. Wanneer vaker ingevuld kan het ook ondersteunend werken om doelen te monitoren. De ouder wordt gevraagd het dagboek het eerstvolgende consult mee te nemen.
- Een informatie boekje getiteld: 'Kinderen en overgewicht-actieplan voor ouders' dat ouders ondersteunt bij de aanpak van overgewicht bij hun kind.

### **Locatie en type organisatie** – max 200 woorden

*Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?*

De interventie wordt uitgevoerd door organisaties die zich bezighouden met Jeugdgezondheidszorg, zoals GGD'en, Thuiszorgorganisaties, gemeentes en zelfstandige Stichtingen. De interventie vindt plaats op locatie van de JGZ organisatie.

### **Opleiding en competenties van de uitvoerders** – max 200 woorden

*Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?*

Uitvoerders van het Overbruggingsplan zijn JGZ professionals.

Competenties die nodig zijn voor de uitvoerders zijn:

- een open en niet veroordelende houding
- beheersing coachtechnieken- en vaardigheden zoals motiverende gespreksvoering, vraag- en oplossingsgericht werken
- aansluiten bij het referentiekader van ouder en kind.

Deze competenties zijn onderdeel van het werken in de JGZ. Thema's als deskundigheidsbevordering (o.a. gespreksvoering, oplossingsgericht werken), interculturele gespreksvoering en opvoedingsondersteuning zijn onderdeel van de opleiding tot jeugdarts of jeugdverpleegkundige (zie o.a. [www.tno.nl](http://www.tno.nl); [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl);

[www.hsleiden.nl](http://www.hsleiden.nl), [www.cursussen.hu.nl](http://www.cursussen.hu.nl) en [www.avansplus.nl](http://www.avansplus.nl)). Het LPK en BTP schrijven voor dat organisaties moeten voorzien in training van de medewerkers hierin. Voor het gebruik van Motivationale gesprekvoering technieken wordt extra training sterk aanbevolen. Er zijn verschillende instituten die scholing en professionalisering van de JGZ middels cursusaanbod versterken, bijvoorbeeld via de NSPOH en JGZ Academie.

### **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

Op landelijk niveau vindt kwaliteitsbewaking door het NCJ en de IGZ plaats. Regionaal vindt kwaliteitsbewaking plaats door de JGZ organisatie.

#### Landelijk niveau

De IGZ heeft een toezichthoudende rol op de kwaliteit van uitvoering van de JGZ en voert in dit kader audits uit. Onderdeel van de rol van de IGZ is toezicht op de uitvoering van de richtlijnen in de praktijk. Het Overbruggingsplan Overgewicht is onderdeel van de Richtlijn Overgewicht.

Het NCJ biedt diverse activiteiten en tools om structureel de invoer, het gebruik en het borgen en monitoren van JGZ richtlijnen door JGZ organisaties te ondersteunen en te bevorderen. Zo is er een implementatietoolkit met materialen en randvoorwaarden opgesteld, een implementatie-atelier, zijn er indicatoren opgesteld aan de hand waarvan monitoring en borging plaats vindt en is er structureel contact met opleidingsinstituten en partners in het jeugdveld in het kader van deskundigheidbevordering waarin veel aandacht is voor gesprekvaardigheden.

#### Regionaal (zie ook randvoorwaarden)

Voor de uitvoering van de richtlijn Overgewicht en daarmee het Overbruggingsplan Overgewicht ligt verder de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de uitvoering bij de JGZ organisatie. Elke JGZ organisatie kan hiervoor zijn eigen werkprotocollen opstellen.

Algemene voorwaarden aan JGZ organisaties zijn het realiseren van de juiste competenties van de uitvoerders.

- Het is de verantwoordelijkheid van de JGZ organisatie om haar medewerkers te scholen. Naast de opleidingsplannen worden hiervoor aanvullend (digitale) trainingen aangeboden. Hierbij kan het 'train- de- trainer' principe worden toegepast, waarbij een JGZ professional wordt getraind om de training jaarlijks te herhalen aan de eigen medewerkers.
- Het is de verantwoordelijkheid van de JGZ organisatie om professionals te ondersteunen in de uitvoering van de richtlijnen. Zo kan er worden gekozen voor intervisie bijeenkomsten tussen professionals en/of andere vormen van evaluatie van uitvoering.

### **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

*Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?*

Randvoorwaarden zijn:

- Financiering en tijd: De JGZ-medewerker moet de mogelijkheid krijgen om de extra consulten uit te voeren. De interventie is inpasbaar binnen het BTP en LPK.
- De JGZ-medewerkers moeten beschikken over bepaalde competenties:
  - kennis over signaleren van overgewicht
  - kennis hebben van de oorzaken van overgewicht
  - vaardig zijn in het gebruik van Motivational Interviewing (MI)-technieken en coaching
  - vaardig zijn om ouders te motiveren tot gedragsverandering.

Voor gesprekstechnieken (o.a. motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken) is veel aandacht in de opleiding maar ook in nascholingen en periodieke trainingen. In het position paper 'Samen voor de Jeugd' van AJN Jeugdartsen Nederland, Verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid en Nederlandse Vereniging voor doktersassistenten (2016) worden onder andere als

randvoorwaarden voor kwaliteit van de JGZ gesteld:

([https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20161102\\_position\\_paper\\_samen\\_voor\\_de\\_jeugd.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20161102_position_paper_samen_voor_de_jeugd.pdf)):

- Ruimte voor periodieke training in gespreksvaardigheden en voor invoering van nieuwe richtlijnen (kunde).
- Periodieke toetsing van vaardigheden, intervisie en reflectie op elkaar.
- Innovatie door stimuleren van een open houding en tijd voor dialoog zowel in de organisatie als met ouders, jeugdigen en onze ketenpartners.

Gemeenten, JGZ-organisaties en professionals zijn zelf verantwoordelijk voor deze randvoorwaarden.

- Contextueel gezien is een belangrijke randvoorwaarde dat de JGZ-medewerker kennis heeft over het zorg- en welzijnsaanbod in de wijk. Preventieprogramma's ter voorkoming van overgewicht bij kinderen en adolescenten in de JGZ hebben het meest zin als zij onderdeel uit maken van een integrale aanpak waarin een verscheidenheid aan relevante (uitvoerende) partijen, aan interventies en aan leefomgevingen worden betrokken om gezond eet- en beweeggedrag te stimuleren. Dus bij voorkeur heeft de gemeente een integrale aanpak van overgewicht. Hierbij is een goede afstemming en samenwerking met andere zorg- en wijkprofessionals van belang, waarin de JGZ professional een centrale rol kan spelen.

### Implementatie – max 200 woorden

*Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.*

Implementatie van het Overbruggingsplan bij JGZ-organisaties in de periode 2005-2012 heeft veelal plaatsgevonden door een workshop per organisatie waarin de methode stap voor stap werd toegelicht. Deze workshop werd georganiseerd vanuit VUMC/Kenniscentrum Overgewicht. Per organisatie werd vervolgens invulling gegeven aan verdere implementatie. Onderdeel hiervan was een cursus Motivational interviewing (MI). Uit een inventarisatie bij alle GGD'en in Nederland, uitgevoerd als voorbereiding op het ontwikkelen van de Richtlijn Overgewicht, bleek 91% van de JGZ organisaties voor 0-4 jarigen en 85% van de JGZ-organisaties voor 4-19 jarigen het Overbruggingsplan te gebruiken. De meerderheid van de medewerkers van de JGZ-organisaties gaf ook aan geschoold te zijn om het Overbruggingsplan toe te passen.

Na de ontwikkeling van de Richtlijn Overgewicht heeft een proef-implementatie plaatsgevonden in een aantal GGD organisaties waarna de Richtlijn en randvoorwaarden voor implementatie zijn aangescherpt.

Vervolgens is de Richtlijn Overgewicht waar het Overbruggingsplan Overgewicht sinds 2012 onderdeel van is, geïmplementeerd door implementatiefunctionarissen uit JGZ-organisaties. Deze functionarissen hebben als taak het coördineren en begeleiden van de invoering van de richtlijnen in de eigen organisatie. De Implementatiefunctionarissen worden bij hun taken ondersteund door het NCJ met implementatie-scholing, een implementatietoolkit, (digitale) informatie – en ervaringsuitwisseling en een landelijke helpdesk. Om deze implementatiefunctionarissen te ondersteunen bij het opstellen van implementatieplannen op maat is een leidraad gemaakt gebaseerd op een werkmodel voor het implementeren van vernieuwingen en veranderingen in de (preventie) gezondheidszorg. Deze leidraad en ook de andere ondersteunende middelen waaronder een 'Quickscan borging' zijn te vinden op <https://www.ncj.nl/richtlijnen/implementatie-richtlijnen-in-de-jgz/>

*Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.*

Zie toelichting hierboven.

### Kosten – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.*

In tabel 1 is een overzicht te vinden van de kosten van de interventie.

Tabel 1. Overzicht geschatte kosten bij uitvoering Overbruggingsplan Overgewicht voor JGZ

Materiaal	Kosten algemeen	
Ondersteunende materialen	Geen (gratis via website NCJ)	



professionals		
Ondersteunende materialen ouders	Geen (gratis via website NCJ)	
<b>Personeel JGZ</b>		
Scholing	€ 900,- per 10 JGZ professionals	Jaarlijks herhalen
Evt. inzet aandacht functionaris overgewicht in eigen instelling	€70,- per uur	
Uitvoering extra consulten door JGZ professional bij gezin waarvan kind overgewicht heeft (circa 13% van kinderen-wisselend per regio en leeftijd!*)	JGZ professional per uur: €90** 20 tot 30 minuten per consult (incl. voorbereiding) = €45,-  Per 3 consulten € 135,-  Wanneer er 10.000 kinderen onder het 'werkgebied' van de organisatie vallen, komen 1300 kinderen in aanmerking voor 3 consulten. De kosten voor uitvoering hiervan door een JGZ professional zijn dan: € 175.500,-.	Vervolg consult bij JA na een jaar bij effect: €45,-  Wanneer voor alle kinderen een vervolgconsult na een jaar wordt uitgevoerd door een JGZ professional zijn de kosten hiervoor: €58.500,-.

\* 13 % is gebaseerd op de uitkomsten van de vijfde Landelijke Groeistudie (Schonbeck et al, 2009).

\*\* Schatting kosten

Het Basistakenpakket (BTP) voorziet in de (financiële) mogelijkheid om per gesignaleerd probleem extra consulten in te lassen. De extra consulten die nodig zijn om kinderen met overgewicht te begeleiden passen binnen de taken van de JGZ. Dit geldt ook voor extra consulten nodig om ouders die twifelen over het feit dat hun kind overgewicht heeft en/of dat er wat aangedaan moet worden, te motiveren.

Sinds de implementatie van het Landelijk Professioneel Kader (2015) heeft de JGZ-professional en JGZ organisatie de mogelijkheid om het Basispakket waar de Richtlijn Overgewicht onderdeel van uitmaakt nog meer flexibel en op maat vorm te geven.

Het probleem overgewicht verschilt per regio en leeftijdsgroep. Deze laatste factoren maken het moeilijk om een algemene inschatting te maken van kosten. In bovenstaande tabel is een schatting gemaakt.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem – max 400 woorden

*Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.*

Overgewicht is een van de grootste 'public health'-problemen van nu en de toekomst.,Het wordt zelfs de cholera van deze tijd genoemd (van der Woud *et al*, 2011).

De prevalentie van kinderen met overgewicht is in Nederland in de periode 1980-1997 meer dan verdubbeld: in 1980 had 3 tot 5% van de 5- tot 11-jarige jongens overgewicht, in 1997 was dit 7 tot 12% (HiraSing *et al*. 2001). Cijfers uit de 'Vijfde Landelijke Groeistudie' laten een verdere stijging van de prevalentie van overgewicht bij kinderen zien (Schönbeck *et al*, 2010). Bij jongens is het percentage met overgewicht gestegen tot 13,3% en bij meisjes tot 14,9%. Ook is het percentage jongens en meisjes met obesitas sterk toegenomen. Bij jongens is de prevalentie gestegen van 0,3% in 1980 tot 0,9% in 1997 en 1,8% in 2009. Bij meisjes is een vergelijkbare trend te zien en zijn de percentages 0,5% (1980), 1,6% (1997) en 2,2% (2009). Wel lijkt onder jongens tot 5 jaar geen verdere toename van overgewicht plaats te vinden, ook niet in de grote steden. Recentere lokale cijfers laten in sommige steden (bijv Zwolle, Breda, Amsterdam en Dordrecht) een stabilisatie in de prevalentie van overgewicht en obesitas zien, alhoewel er tussen wijken grote verschillen bestaan. De prevalenties van overgewicht en obesitas variëren sterk binnen verschillende etnische groepen. Cijfers uit de 'Vijfde Landelijke Groeistudie' laten zien dat de prevalentie van overgewicht bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst twee-tot vijfmaal zoveel is toegenomen dan in de Nederlandse populatie (van Dommelen 2015).

Overgewicht en obesitas leiden tot vele gezondheidsproblemen: psychosociale problemen (pesten, depressie), gewrichtsproblemen, hypertensie, diabetes type 2, leververvetting en cardiovasculaire problemen. (Reilly *et al* 2003, Hannon *et al*. 2005, Franks *et al* 2010). Kinderen met overgewicht en obesitas ervaren een lagere kwaliteit van leven dan hun leeftijdgenoten met een gezond gewicht (van Grieken *et al*. 2012, Buttita *et al*. 2014).

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. Preventie van overgewicht en obesitas is dus van groot belang en hier moet al op jonge leeftijd mee begonnen worden (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008).

#### Oorzaken – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?*

Gewichtstoename ontstaat door een langdurige, veelal subtiele, onevenwichtigheid in de energiebalans met aan de ene kant de energie-inname door voeding en aan de andere kant het energiegebruik door beweging. Zowel factoren in de fysieke en sociale omgeving als individuele gedragsfactoren beïnvloeden het eet- en beweeggedrag (Parsons *et al*. 1999; Summerbell *et al*. 2009).

Een theoretisch model dat wordt gebruikt om individueel gedrag te verklaren is het ASE model (De Vries *et al*., 1988) en de opvolger van dit model, het I-Change model. In dit model staan de factoren attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit centraal. Deze factoren hebben invloed op de intentie om een bepaald gedrag uit te voeren. Deze motivationele factoren worden, volgens deze modellen, beïnvloed door bewustzijnsfactoren (Lechner *et al*. 2010).

#### Bewustzijn: kennis en risicoperceptie

Veel ouders schatten niet goed in of hun kind een ongezond gewicht heeft (Remmers *et al.* 2014). Ouders die niet beseffen dat hun kind overgewicht heeft, niet weten of niet vinden dat dit een probleem is, zijn niet klaar om ondersteuning of interventie te ontvangen (Elder, Zyzla & Harris, 1999; Gerards, 2012). Dat geldt ook voor het kind zelf.

Verder is *kennis* over een gezond eet- en beweeggedrag een voorwaarde om gezond eet- en beweeggedrag te bevorderen. In een Nederlandse studie werd aangetoond dat de helft van de ouders van jonge kinderen onvoldoende kennis hebben over gezonde voeding (Booij *et al.* 2008). Voldoende kennis en *risicoperceptie*, van het eigen gedrag en een positieve attitude t.o.v. een gedragsverandering zijn dan ook een noodzakelijke eerste stap voor gedragsverandering.

### **Attitude**

Met *attitude* wordt de houding ten opzichte van bepaald gedrag bedoeld. Deze wordt beïnvloed door kennis en bewustzijn. Uit eerder onderzoek blijkt dat ouders die het overgewicht van hun kind erkennen en ook zien als een gezondheidsprobleem meer geneigd zijn om het overgewicht bij hun kinderen actief aan te pakken (Rhee 2005).

### **Eigen effectiviteit**

Het vergroten van eigen effectiviteit van ouders om zittend gedrag van hun kinderen te verminderen en fysieke activiteit te verbeteren worden gezien als veelbelovende benaderingen om dit gedrag daadwerkelijk gunstig te beïnvloeden (Xu *et al.* 2015). Bovendien laten kinderen die zichzelf meer in staat achten gezond eet- of beweeggedrag uit te voeren, gezonder gedrag zien op dit gebied (Cortis *et al.* 2017, Fitzgerald *et al.* 2013).

### **Sociale steun**

De sociale omgeving speelt een belangrijke rol in het veranderen van leefstijl gedrag. Wanneer kinderen zich gesteund voelen door hun ouders heeft dit een positief effect op de mate van lichamelijke activiteit of op gezond eetgedrag (de Bourdeaudhuij *et al.* 2008). De JGZ kan het gezin ondersteuning bieden via de formelere sociale omgeving van het gezin, bijvoorbeeld via verwijzing naar lokale zorg en voorzieningen.

### **Intentie**

Door het beïnvloeden van het bewustzijn (kennis en risicoperceptie) en motivationele factoren (attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit) wordt de intentie tot gedragsverandering beïnvloed en daarmee de daadwerkelijk gedragsverandering

### **Vaardigheden**

Opvoedingsvaardigheden van ouders (regels, monitoring, gezamenlijk eten, rolmodel) beïnvloeden het voedings- en bewegingsgedrag van hun kinderen (de Jong *et al.* 2013, de Jong *et al.* 2015, Veldhuis *et al.* 2014, van Grieken *et al.* 2015, Yee *et al.* 2017). De JGZ kan ouders ondersteunen in het aanleren of verbeteren van opvoedpraktijken. Daarnaast is het belangrijk om interventies op maat aan te bieden, ouders en kinderen nauw te betrekken bij de interventie en aan te sluiten bij hun wensen, behoeftes, competenties en mogelijkheden om gedrag te veranderen (Spear *et al.* 2007, Chorpita *et al.* 2005, Becker 2015).

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

### **Aan te pakken factoren** – max 200 woorden

*Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?*

Het hoofddoel van het Overbruggingsplan is het ontstaan van obesitas bij kinderen te voorkomen door overgewicht te verminderen (zie 1.2). Subdoelen hierbij zijn inzetten op de factoren die bijdragen aan verandering in leefstijlgedrag, wat ten grondslag ligt aan het ontstaan van overgewicht en obesitas.

De factoren oftewel determinanten van gedragsverandering zijn gebaseerd op het ASE model en I-Change model (zie onderbouwing): het bevorderen van bewustzijn (kennis, risicoperceptie), attitude, sociale steun, eigen effectiviteit, en (opvoedings)vaardigheden van ouders en kinderen.

De volgende interventie elementen (Common Elements Framework; Becker *et al.* 2015, Chorpita *et al.* 2005, Chorpita *et al.* 2002) worden hierbij ingezet: assessment/anamnese, motivationele gespreksvoering technieken, huiswerk, haalbare en realistische doelen opstellen in een (aanpasbaar) veranderplan en het support netwerk activeren.

De combinatie van mogelijk werkzame elementen gericht op de determinanten van gedragsverandering moet leiden tot het verhogen van de intentie tot gedragsverandering en daarmee daadwerkelijke gedragsverandering.

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

**Verantwoording** – max 1000 woorden

*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.*

### **Ontwikkeling vanuit samenwerking tussen wetenschap, praktijk en beleid**

Bij de ontwikkeling van het Overbruggingsplan is systematisch te werk gegaan en gebruik gemaakt van: literatuuronderzoek, het raadplegen van experts, een expertmeeting met praktijkwerkers in de JGZ, JGZ-managers en experts op het gebied van overgewicht. Daarnaast is een pilotstudie uitgevoerd onder JGZ professionals en ouders. De vorm, uitvoering en inhoud van de interventie zijn op basis hiervan vastgelegd. Een belangrijk uitgangspunt was dat naast het realiseren van de interventie-doelen de interventie toepasbaar zou zijn in de JGZ uitvoeringspraktijk.

Zo is de stapsgewijze aanpak ontstaan die binnen 3 extra consulten op indicatie kan worden uitgevoerd. De tijd tussen de consulten is gebaseerd op de resultaten van de expertmeeting en de pilotstudie waar randvoorwaarden voor het uitvoeren van het Overbruggingsplan en de haalbaarheid binnen de JGZ zijn besproken en getest.

Naast het feit dat deze minimale interventie strategie inpasbaar is in de JGZ, kan een dergelijke methode een bijdrage leveren aan gedragsverandering (Schwartz *et al.*, 2007, MacDonell *et al.*, 2012, Britt *et al.*, 2004, Emmons *et al.*, 2001, Soderlund *et al.*, 2011, Mead *et al.*, 2017, Sargent *et al.*, 2011).

### **Rol van de Jeugdgezondheidszorg bij aanpak van overgewicht**

Voor de aanpak van overgewicht is gezien de omvang en ernst een integrale 'community-based' aanpak nodig, waar de rijksoverheid, lokale overheid, school, het gezin, jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisarts, kinderarts, gedragsdeskundigen, maar ook sportclubs en het bedrijfsleven allen een belangrijke rol in spelen. Een belangrijk onderdeel van een brede aanpak is het creëren van een ketenaanpak waarin de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen op elkaar zijn afgestemd. De JGZ kan hierin een belangrijke bijdrage leveren. Zij ziet namelijk vrijwel alle kinderen op de reguliere contactmomenten tussen de 0 en 19 jaar.

Het is gezien de omvang van het probleem niet wenselijk en haalbaar om alle kinderen bij wie overgewicht wordt gesignaleerd te verwijzen naar de huisarts, kinderarts, of (langdurige) multidisciplinaire programma's. Voor sommige kinderen en ouders zal dit namelijk niet nodig zijn, omdat zij zelf met een duwtje in de goede richting en enige ondersteuning in staat zijn om het probleem aan te pakken. Bovendien zullen niet alle kinderen en ouders aan dergelijke programma's willen meedoen.

Het Overbruggingsplan binnen de JGZ is dan ook een belangrijk onderdeel van deze integrale aanpak.

### **De volgende elementen van de aanpak dragen verder specifiek bij aan het bereiken van de doelen van het Overbruggingsplan.**

#### **1. Veranderingen in BOFT gedragingen en BMI**

##### *a. Veelbelovende gedragingen in aanpak overgewicht*

De aanpak richt zich op het voorkomen van obesitas door het verminderen van overgewicht middels het *inzetten op het verbeteren van de leefstijlgedragingen*. Uit het literatuuronderzoek uitgevoerd tijdens de ontwikkeling van het Overbruggingsplan kwamen de BOFT- gedragingen naar voren als veelbelovend in de aanpak van overgewicht en nieuwe wetenschappelijk studies bevestigen dit (Coombs *et al* 2015, Scharf *et al* 2016, Rosato *et al* 2016, Brown *et al* 2009, Schröder *et al* 2007, Larson *et al* 2016, Olafsdottir *et al* 2013, Roblin *et al* 2007, Santaliestra-Pasias *et al* 2013, Remmers *et al* 2014). Bovendien heeft het gunstig beïnvloeden van de BOFT-gedragingen positieve neveneffecten op de gezondheid van kinderen zoals: minder frisdrank is gerelateerd aan minder cariës; ontbijten aan betere schoolprestaties en dagelijks bewegen (zoals buitenspelen) aan betere sociale en motorische vaardigheden (Sohn 2006, Marshall 2013, Burrows 2017, Burdette 2005, Little 2008). Daarnaast hebben ze geen negatieve neveneffecten. In het veranderplan dat samen met de ouders wordt opgesteld is aandacht voor een *gecombineerde aanpak waarin gezonde voeding en lichamelijke activiteit centraal staan*. Interventies waarbij aandacht is voor deze verschillende componenten blijken het meeste effect op de BMI te kunnen bewerkstelligen (Waters *et al* 2011, Oude Luttikhuis 2009, Mead 2017).

#### *b. De belangrijkste determinanten van gedrag als subdoel van de interventie*

De factoren oftewel determinanten van gedragsverandering zijn gebaseerd op het ASE model en de opvolger van dit model het I-Change model (de Vries & Mudde, 1998) (zie onderbouwing): het bevorderen van bewustzijn (kennis, risicoperceptie), attitude, sociale steun, eigen effectiviteit, en (opvoedings)vaardigheden van ouders en kinderen. Met deze verandering in determinanten wordt naar verwachting intentie van gedrag en gedrag beïnvloed.

De aanpak die gebruikt wordt is een aanpak waarbij *de doelgroep, de ouder en het kind, centraal* staan. De ouders en het kind worden gestimuleerd in het nemen van *de eigen regie* (voor zover mogelijk) in de opzet en uitvoering van het veranderplan om een of meerdere BOFT- gedragingen naar keuze aan te pakken. Ze worden daarbij ondersteund door de professional. Verschillende studies laten zien dat interventies die de ouders/gezin betrekken en daarbij aandacht geven aan vergroten van *kennis, opvoedingsvaardigheden* en gedragsverandering het meest succesvol zijn (Doak *et al*, 2006; Golan *et al*, 2004; Hammersley *et al*, 2016; Marsch *et al*, 2014; Oude Luttikhuis *et al*, 2009; Waters *et al*, 2011; WHO, 2012 ). Deze participatieve aanpak past binnen de huidige werkwijze van de JGZ waarin ouder en kind centraal staan en de inhoud van de consulten sturen.

## **2. Veelbelovende interventie elementen**

### **a. Assessment/ Anamnese**

De anamnese vormt de basis voor het in kaart brengen van de huidige motivatie en gedragingen in het gezin. De anamnese draagt bij aan vergroten van bewustzijn door het verbeteren van kennis en risicoperceptie van het kind en de ouder over gezond eet- en beweeggedrag en een gezond gewicht. Daarnaast geeft de anamnese inzicht in de mate van *eigen effectiviteit* van de ouder en de sociale steun die ouders ontvangen. De anamnese biedt input om haalbare concrete doelen te stellen die binnen de context van het dagelijkse gezinsleven passen.

### **b. Motiverende gespreksvoering technieken**

Motiverende gespreksvoering start bij de attitudes waarbinnen de ouder hoogstwaarschijnlijk een zekere mate van ambivalentie ervaart. Ouders willen vaak aan de ene kant wel en aan de andere kant ook weer niet veranderen, omdat ze opzien tegen veranderingen of er bang voor zijn en zich zekerder voelen bij de huidige situatie. Door de ambivalentie weg te nemen wordt ook het gevoel van eigen regie van de ouder versterkt.

De motiverende gespreksvoering is als interventie-element toegevoegd naar aanleiding van resultaten uit een pilot bij twee GGD-en en twee Thuiszorgorganisaties waaruit bleek dat hier behoefte aan was, vooral wanneer ouders niet vonden dat hun kind overgewicht had en/of vonden dat het niet nodig was er iets aan te doen. Motiverende gespreksvoering blijkt een effectieve interventiestrategie (MacDonell *et al* 2012, Britt *et al* 2004, Schwartz 2007). Om de effecten te versterken zijn opriscurussen en feedback op het gebruik van deze technieken wenselijk (Schwartz *et al*, 2007, Emmons *et al*, 2001, Soderlund *et al* 2011).

### **c. Huiswerk**

Huiswerk kan bijdragen aan het creëren van bewustzijn van gedrag, en biedt daarnaast input voor feedback, het monitoren van gedrag, opstellen van doelen, vergelijken van uitkomsten en het aanzetten tot gedragsexperimenten.

d. Haalbare en realistische doelen opstellen in een (aanpasbaar) veranderplan

Het veranderplan wordt gezamenlijk opgesteld met concrete haalbare doelen, passend bij de motivatie, vaardigheden en mogelijkheden binnen het gezin, waarbij het plan zich richt op het bevorderen van een of meerdere van de BOFT-leefstijlgedragingen. Dit kan bijdragen aan gedragsverandering via feedback en monitoring van gedrag, het stellen van doelen en maken van een planning, versterken van het geloof in eigen kunnen (eigen effectiviteit), vergelijken van uitkomsten, identificatie met gerealiseerde veranderingen en het vormen van nieuwe kennis op basis van gedragsexperimenten

Het is van belang het veranderplan met (een) specifieke doel(en), taakverdeling, planning en de voorbeeldfunctie van ouders te bespreken en te benoemen. Daarbij wordt rekening gehouden met opvoedings- en gezondheidsvaardigheden (bijv. weten ouders wat gezond/gemakkelijk te bereiden/niet te duur is, dat de tv tijdens eten beter uit kan worden gezet etc).

e. Support netwerk activeren

De JGZ heeft een belangrijke rol in de wijknetwerken en binnen deze netwerken kunnen de ouders worden geholpen aan een extra steuntje in de rug (sociale steun).

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

#### A) Titel, auteurs, organisatie

Voor de ontwikkeling van de JGZ-Richtlijn Overgewicht is een knelpuntenanalyse verricht om inzicht te krijgen in het huidige beleid rondom kinderen met overgewicht en de knelpunten daarbij. De resultaten zijn gepubliceerd in het Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg en opgenomen in de bijlage van de JGZ-Richtlijn Overgewicht. De auteurs zijn/waarsamen werkzaam bij de VU, VUMc en TNO kwaliteit van Leven.

van de Veer M., l'Hoir MP, Renders CM, Beltman M, Blok DIJ, Timmermans-Leenders EP, Bulk-Bunschoten AMW, Kist-van Holthe JE, HiraSing RA. Knelpuntenanalyse JGZ beleid overgewicht en obesitas. Tijdschr JGZ 2011;6:118-21.

#### B) Type onderzoek, meetinstrumenten en omvang

In de periode van juni tot oktober 2009 zijn naar alle (77) JGZ-organisaties in Nederland vragenlijsten verstuurd, om de knelpunten en succesfactoren van het beleid bij kinderen met overgewicht en obesitas te inventariseren. Het verzoek was of de manager, stafarts of verpleegkundige die het meest bij dit beleid betrokken was, deze vragenlijst wilde invullen en of zij vragen die zij niet konden beantwoorden, wilden voorleggen aan een inhoudsdeskundige (de stafarts, stafverpleegkundige, JGZ-arts of jeugdverpleegkundige). De vragenlijst besloeg de thema's: signaleren (21 vragen), interventie (14 vragen), verwijzen (4 vragen), scholing (2 vragen) en financiële middelen (3 vragen).

#### C) Relevante uitkomsten

De vragenlijst werd geretourneerd door 87% van de 47 organisaties die zich richten op de zorg voor 0- tot 4-jarigen en 90% van de 30 organisaties die zich richten op 4- tot 19-jarigen.

Van de organisaties voor 0- tot 4-jarigen gebruikte 91% het Overbruggingsplan; van de organisaties voor 4- tot 19-jarigen was dit 85%. De JGZ-organisaties die geen protocol hadden, hadden hier wel behoefte aan. 88% van de JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen en 84% van de JGZ-organisaties voor 4- tot 19-jarigen vonden het Overbruggingsplan (goed) bruikbaar.

Door 88% van de JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen en 85% van de JGZ-organisaties voor 4- tot 19-jarigen werden knelpunten bij het gebruik van het Overbruggingsplan aangegeven. De belangrijkste knelpunten waren het gebrek aan motivatie van ouders en kinderen en de extra tijd die het Overbruggingsplan de JGZ-medewerkers kostte. Ouders bleken niet altijd op de hoogte van de gevolgen van overgewicht te zijn en zagen daardoor de ernst ervan niet in. Bij veel ouders bestond een drempel voor de 3 extra consulten van het Overbruggingsplan. Daarnaast was er een enkele keer gebrek aan motivatie bij de JGZ professionals.

Succesvolle elementen waren vooral de uniformiteit in het beleid, dat het Overbruggingsplan eenvoudig toepasbaar is en de handige adviezen. Suggesties voor verbetering van het Overbruggingsplan waren onder

andere het meer eigen maken van motiverende gespreksvoering, meer tijd beschikbaar stellen, extra contactmomenten, meer aandacht voor opvoeding en gedragsverandering en kinderen met overgewicht verwijzen naar een multidisciplinair team. Deze aspecten zijn meegenomen in de ontwikkeling van de Richtlijn Overgewicht.

- A. Van Grieken A, Veldhuis L, Renders CM, Borsboom GJ, van der Wouden JC, Hirasig RA, Raat H (2013). Population-based childhood overweight prevention: outcomes of the 'Be active, eat right' study. PLoS ONE, 2013 May 31;8(5):e65376. DOI: 10.1371/journal.pone.0065376
- B. In het kader van de effectevaluatie uitgevoerd door Erasmus MC, VUmc en de Vrije Universiteit (zie 4.2) is ook op een aantal punten de uitvoering van het Overbruggingsplan in kaart gebracht. Het onderzoek betreft een gerandomiseerde trial, waarin circa 4000 kinderen in de controlegroep deelnamen en circa 4000 in de interventiegroep. Van de kinderen in de interventiegroep zijn de kinderen met overgewicht, geen obesitas, uitgenodigd voor een consult in het kader van het Overbruggingsplan. In deze studie waren dat circa 300 kinderen. In de controlegroep ontvingen circa 300 kinderen de reguliere zorg van de JGZ.  
JGZ medewerkers vulden na elk aanvullend consult met ouders in de interventie groep een korte vragenlijst in over de duur en acties ondernomen in het consult. Ook vulden de JGZ professionals een evaluatie vragenlijst in. Ouders werd gevraagd naar hun ervaringen met het Overbruggingsplan/ de extra consulten middels een evaluatie vragenlijst.
- C. Uit de administratie bleek dat niet alle kinderen het volledige Overbruggingsplan ontvingen in de vorm van 3 consulten. De meest genoemde redenen voor minder dan 3 consulten waren dat het lastig was de ouders te motiveren, dat er andere problemen speelden of dat de arts besloot dat op basis van de klinische blik het kind geen overgewicht had.  
De aanvullende consulten werden veelal bijgewoond door ouders van kinderen met een hogere BMI. Er waren geen verschillen in opleidingsniveau, geboorteland, leeftijd of BMI tussen de moeders die wel of niet een aanvullend consult bijwoonden.  
Het meeste advies tijdens de aanvullende consulten ging over het drinken van zoete dranken (38.4%) en buiten spelen (29.8%). Het verminderen van het drinken van zoete dranken was ook het onderwerp van de meeste veranderplannen.  
Het eerste consult werd volgens de professionals met name gebruikt om bewustzijn en kennis te vergroten over overgewicht en de leefstijl gedragingen (BOFT-gedragingen). Vaak werd ook al aan de motivatie van ouders gewerkt. De huiswerkopdrachten in de vorm van eet- en beweegdagboekjes werden in bijna de helft van de consulten gebruikt (41%).  
Veel artsen gaven aan dat zij het toepassen van de motivationele interview technieken moeilijk vonden. De JGZ artsen waardeerden het Overbruggingsplan met gemiddeld een 7 of hoger in 65% van de ingevulde vragenlijsten. De ouders waardeerden de aanvullende consulten in 90% met een 7 of hoger, het advies dat ouders ontvangen vinden zij vaak bruikbaar en passend bij het gezin.

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek



- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

#### A) Titels, auteurs, organisatie

De volgende wetenschappelijke publicaties zijn gepubliceerd in internationale tijdschriften. De auteurs zijn werkzaam bij de VU en het Erasmus MC.

1. Van Grieken A, Veldhuis L, Renders CM, Borsboom GJ, van der Wouden JC, Hirasing RA, Raat H (2013). Population-based childhood overweight prevention: outcomes of the 'Be active, eat right' study. *PLoS ONE*, 2013 May 31;8(5):e65376. DOI: 10.1371/journal.pone.0065376
2. Van Grieken A, Renders CM, Veldhuis L, Looman CW, Hirasing RA, Raat H (2014). Promotion of a healthy lifestyle among 5-year-old overweight children: health behaviour outcomes of the 'Be active, eat right' study. *BMC Public Health*, 2014 Jan 21;14:59. DOI: 10.1186/1471-2458-14-59.

#### B) Type onderzoek, meetinstrumenten en omvang

Beide papers betreffen het 'Be active, eat right' onderzoek (de Lekker bewegen, goed eten studie) waarin de effecten van het Overbruggingsplan op de middelomtrek & BMI van de kinderen en de gedragsmaten ('BOFT' gedragingen) zijn geëvalueerd.

Het onderzoek betreft een gerandomiseerde trial, waarin circa 4000 kinderen in de controlegroep deelnamen en circa 4000 in de interventiegroep. Van de kinderen in de interventiegroep zijn de kinderen met overgewicht, geen obesitas, uitgenodigd voor een consult in het kader van het Overbruggingsplan. In deze studie waren dat circa 300 kinderen. In de controlegroep ontvingen de kinderen de reguliere zorg van de JGZ.

Door middel van vragenlijsten aan het begin van het onderzoek (baseline) en na afloop (2 jaar later, follow-up) en door middel van het meten van lengte en gewicht door de JGZ professional (baseline) en getrainde onderzoeksassistenten (follow-up) zijn resultaten verzameld. De vragenlijsten bevatten onder andere vragen over de achtergrond kenmerken van de kinderen, maar ook de BOFT gedragingen.

#### C) Relevante uitkomsten

De studies lieten over de gehele populatie geen verschil zien in BMI na twee jaar follow-up. Wel werden er kleine effecten van de interventie (het Overbruggingsplan) aangetoond onder de kinderen met matig overgewicht. Na twee jaar follow-up hadden de kinderen in de interventiegroep met matig overgewicht (BMI 17.25 en 17.50 op de beginmeting) minder toename in BMI (respectievelijk - 0.67 en -0.52) dan kinderen met een vergelijkbaar BMI in de controlegroep. De studies lieten geen significante effecten zien op middelomtrek, of de BOFT gedragingen. Wel gingen kinderen in zowel de interventie als de controlegroep gedurende de studieperiode relatief minder zoete dranken drinken.

In een aanvullende analyse werd aangetoond dat de kinderen van ouders die minstens 3 consulten hadden ontvangen significant vaker niet meer dan 2 zoete drankjes per dag drinken.

De inhoud van de consulten bleek ook van belang. De aanvullende analyse liet zien dat de kinderen van ouders die tijdens de consulten met de JGZ professional hadden gesproken over zoete drankjes inname, iets vaker minder dan 2 zoete dranken dronken. Wanneer televisie kijken werd besproken tijdens het consult was er een significant grotere kans dat kinderen minder vaak meer dan 2 uur televisie keken.

Daarnaast is er gekeken naar mogelijk verschillende effecten van de interventie onder subgroepen. Zo bleek dat jongens een veel grotere kans hadden om 2 of minder zoete drankjes per dag te drinken in de interventie groep dan jongens in de controle groep. Meisjes in de interventiegroep speelden vaker buiten dan meisjes in de controlegroep.

Tot slot zijn een aantal aanvullende uitkomsten geëvalueerd, zoals naar school fietsen, gezamenlijk ontbijten en opvoedvaardigheden. Veel van deze aanvullende uitkomsten lieten verandering in het voordeel van de interventiegroep zien, maar niet op een statistisch significant niveau.

Naar aanleiding van onderzoeken naar de uitvoering en behaalde effecten zoals hiervoor beschreven zijn in het Overbruggingsplan zoals opgenomen in de Richtlijn Overgewicht enkele aanpassingen gedaan zoals:

- De JGZ-medewerkers zijn de laatste jaren geschoold in diverse methoden voor gespreksvoering en in programma's waarvan gespreksvoering een belangrijk onderdeel vormt, zoals klantgericht werken, Triple P, Samen Starten. Deze methoden vormen de basis van de gespreksvoering en kunnen bij allerlei onderwerpen toegepast worden, waaronder ook overgewicht. Het herkennen in welke fase van gedragsverandering een ouder zit, is belangrijk voor de keuze van de gesprekstechniek.  
Het is aan de JGZ-medewerker om in te schatten in welke fase de ouder zit en daarop het gesprek aan te passen.
- Bij de aandacht voor (opvoedings)vaardigheden wordt aangesloten bij de elementen van positief opvoeden volgens het Triple P programma waarin inmiddels veel JGZ professionals zijn geschoold (Sanders *et al* 2003).
- In het Overbruggingsplan is opgenomen dat niet alleen na het 3<sup>e</sup> vervolgconsult wanneer er onvoldoende effect is van het Overbruggingsplan verwezen kan worden naar een lokaal gecombineerd leefstijlprogramma, maar in overleg met de ouders ook eerder.
- Zoals al in de Richtlijn Overgewicht beschreven, zijn er steeds meer aanwijzingen dat een korte slaapduur en overgewicht bij kinderen geassocieerd zijn (Fatima *et al* 2015, Paruthi *et al* 2016). Aangezien het bevorderen van slaap een gunstige invloed heeft op veel gezondheidsklachten en hieraan geen nadelen verbonden zijn, kan het aansturen van voldoende slaap van kinderen ook een onderdeel worden van het veranderplan zoals dat binnen het overbruggingsplan wordt opgesteld. (zie ook JGZ-Richtlijn 'Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen'). Dit kan in de update van de Richtlijn Overgewicht en overbruggingsplan worden meegenomen.

*Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.*

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

*Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.*

Max 250 woorden

De volgende interventie elementen worden ingezet in de uitvoering van het Overbruggingsplan, deze elementen zijn gebaseerd op het Common Elements Framework (Becker *et al* 2015, Chorpita *et al* 2005, Chorpita *et al* 2002):

- Assessment/anamnese: op verschillende manier informatie verzamelen over lengte en gewicht, beweeg- en eetgedrag (BOFT-gedragingen) en over factoren die gezond gedrag belemmeren of bevorderen in de directe leefomgeving van het gezin en de kinderen, zoals vragenlijsten en gesprekken;
- Motivationale gespreksvoering technieken: expliciet gebruik 'verandering' gesprekstechnieken;
- Huiswerk: gebruik eet- en beweeg dagboekjes;
- Haalbare en realistische doelen opstellen in een (aanpasbaar) veranderplan;
- Support netwerk activeren: formele en informele steun.

Praktisch (grotendeels afhankelijk van de invulling van de specifieke JGZ organisatie):

- De interventie is inpasbaar binnen de structuur van de Jeugdgezondheidszorg;
- De interventie heeft een groot bereik;
- De interventie is op maat voor een individueel kind en zijn gezin (n.a.v. een individueel consult) en gaat uit van 'eigen kracht';
- JGZ professionals worden uitgebreid getraind in motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken in hun opleiding en ook daarna is er periodieke training in gespreksvaardigheden;
- JGZ professionals hebben een belangrijke rol in de wijknetwerken en binnen deze netwerken kan worden gezorgd voor eventuele aanvullende ondersteuning.

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

## 6. Aangehaalde literatuur

*Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).*

Becker KD, Lee BR, Daleiden EL, Lindsey M, Brandt NE, Chorpita BF (2013). The common elements of engagement in children's mental health services: which elements for which outcomes? *J Clin Child Adolesc Psychol.* 44(1):30-43.

Booij YS, Leerdam FJM van, Stolte IG, Pijpers FIM, Wal MF van der (2008) Kennis van ouders over overgewicht en gezonde voeding van kinderen. *Tijdschr JGZ*;40(5):114-8.

Britt E, Hudson SM, Blampied NM (2004) Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 53: 147–155.

Brown WH, Pfeiffer KA, McIver KL, Dowda M, Addy CL, Pate RR (2009). Social and environmental factors associated with preschoolers' nonsedentary physical activity. *Child Dev*; 80:45–58.

Burdette HL, Whitaker RC (2005) Resurrecting free play in young children: looking beyond fitness and fatness to attention, affiliation, and affect. *Arch Pediat Adol Med*; 159:46.

Burrows T, Goldman S, Pursey K, Lim R (2017). Is there an association between dietary intake and academic achievement: a systematic review. *J Hum Nutr Diet*;30(2):117-140

Buttitta M, Iliescu C, Rousseau A, Guerrien A (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Qual Life Res*;23:1117-1139.

Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, Manios Y, Moschonis G, Savva S, Zaborskis A, Rito AI, Nanu M, Vignerova J, Caroli M, Ludvigsson J, Koch, FS, Serra-Majem, L., Szponar L, van LF, Brug J (2010). Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev* 11, 389-398.

Chorpita BF, Yim LM, Donkervoet JC, Arensdorf A, Amundsen MJ, McGee C et al (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165–190.

Chorpita BF, Daleiden EL, Weisz JR (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: a distillation and matching model. *Ment Health Serv Res.*;7(1):5-20.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320, 1240-1243.

Coombs NA, Stamatakis E (2015). Associations between objectively assessed and questionnaire-based sedentary behaviour with BMI-defined obesity among general population children and adolescents living in England. *BMJ Open*;18;5(6):e007172. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007172.

Cortis C, et al (2017). Psychological determinants of physical activity across the life course: A "Determinants of Diet and Physical ACTivity" (DEDIPAC) umbrella systematic literature review. *PLoS One*; 17;12(8):e0182709. doi: 10.1371/journal.pone.0182709.

De Bourdeaudhuij I, Te Velde SJ, Brug J et al. (2008) Personal, social and environmental predictors of daily fruit and vegetable intake in 11-year-old children in nine European countries. *Eur J Clin Nutr* 62, 834–841.

de Jong E, Visscher TL, Hirasing RA, Heymans MW, Seidell JC, Renders CM (2013). Association between TV viewing, computer use and overweight, determinants and competing activities of screen time in 4-13 year old children. *Int J Obes*;37:47-53.

- de Jong E, Visscher TL, Hirasing RA, Seidell JC, Renders CM (2015). Home environmental determinants of children's fruit and vegetables consumption with different SES backgrounds. *Pediatr Obes*:10(2):134-40.
- Doak CM, Visscher TLS, Renders CM, Seidell JC (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity reviews*, 7, 111-136.
- Emmons KM, Rollnick S (2001) Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med* 20: 68–74.
- Elder JP, Zyzla GX, Harris S (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am J of Prev Med*: 17, 275–284
- Epstein LH, Paluch RA, Consalvi A, Riordan K, Scholl T (2002). Effects of manipulating sedentary behaviour on physical activity and food intake. *J Pediatr*: 140: 334–339.
- Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E. (2013) Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*:63:48-58.
- Franks PW, Hanson RL, Knowler WC, Sievers ML, Bennett PH, Looker HC (2010). Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. *NEJM*:362(6):485-93.
- Frayling TM, Timpson NJ, Weedon MN, Zeggini E, Freathy RM, Lindgren CM et al (2007). A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. *Science* 316, 889-894.
- Gerards SM, Dagnelie PC, Jansen MW, De Vries NK, Kremers SP (2012). Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Fam Pract*:13:37
- Golan M, Crow S (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev*; 62: 39–50.
- Hammersley ML, Jones RA, Okely AD (2016). Parent-Focused Childhood and Adolescent Overweight and Obesity eHealth Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 21;18(7):e203. DOI: 10.2196/jmir.5893.
- Hannon TS, Rao G, Arslanian SA (2005). Childhood obesity and type 2 diabetes mellitus. *Pediatrics* 116, 473-480.
- HiraSing RA, Fredriks AM, van Buuren S, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. (2001). [Increased prevalence of overweight and obesity in Dutch children, and the detection of overweight and obesity using international criteria and new reference diagrams]. *Ned. Tijdschr Geneeskd*. 145, 1303-1308.
- Hirasing R, Gouwerok M. (2007). *Kinderen met overgewicht. Een actieplan voor ouders*. Rean Uitgeverij. ISBN: 90-5669-111-2.
- Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereecken C, Mulvihill C, Roberts C et al (2005a). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obes Rev* 6, 123-132.
- Kist-van Holthe JE, Beltman M, Bulk-Bunschoten AMW, L'Hoir M, Kuijpers T, Pijpers F, Renders CM, Timmermans-Leenders EP, Blok D-IJ, van de Veer M, HiraSing RA (2012) *Overgewicht. Preventie Signalering, interventie en verwijzing*. JGZ Richtlijn. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Utrecht.

- Larson NI, Miller JM, Watts AW, Story MT, Neumark-Sztainer DR (2016). Adolescent Snacking Behaviors Are Associated with Dietary Intake and Weight Status. *J Nutr*;146(7):1348-55. doi: 0.3945/jn.116.230334.
- Lissau I, Overpeck MD, Ruan WJ, Due P, Holstein BE, Hediger ML (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158, 27-33.
- Little H, Wyver S: Outdoor play: does avoiding the risks reduce the benefits? (2008) *Aust J Early Child*: 33:33-40.
- Lobstein T, Frelut ML (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev* 4, 195-200.
- Loos RJ, Lindgren CM, Li S, Wheeler E, Zhao JH, Prokopenko I et al. (2008). Common variants near MC4R are associated with fat mass, weight and risk of obesity. *Nat. Genet* 40, 768-775.
- Markus EF, HiraSing RA (2010). Literatuurstudie naar de prevalentie van overgewicht bij kinderen in de voorschoolse leeftijd. *Tijdschr JGZ* 42, 78-80.
- Marsh S, Foley LS, Wilks DC, Maddison R (2014). Family-based interventions for reducing sedentary time in youth: a systematic review of randomized controlled trials. *Obes Rev.* ;15(2):117-33.
- Marshall TA. Preventing dental caries associated with sugar-sweetened beverages (2013). *J Am Dent Assoc*; 144: 1148-1152.
- Macdonell K, Brogan K, Naar-King S, Ellis D, Marshall S (2012) A pilot study of motivational interviewing targeting weight-related behaviors in overweight or obese African American adolescents. *J Adolesc Health* 50: 201-203.
- Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D et al (2017) Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 22;6:CD012651. doi: 10.1002/14651858.CD012651
- Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Ann. Beh. Med* 46: 81-95. DOI: 10.1007/s12160-013-9486-6.
- Niemer S, van den Eynde E, Gruintjes I, Halberstadt J. Tipsheet. Hoe praat je respectvol met kinderen en hun ouders over gewicht en leefstijl? Amsterdam: Care for Obesity. November 2017 [http://www.partnerschapovergewicht.nl/images/Tipsheet\\_-\\_Hoe\\_praat\\_je\\_respectvol\\_over\\_gewicht\\_en\\_leefstijl\\_v2017.11.01\\_def.pdf](http://www.partnerschapovergewicht.nl/images/Tipsheet_-_Hoe_praat_je_respectvol_over_gewicht_en_leefstijl_v2017.11.01_def.pdf)
- Olafsdottir S, Berg C, Eiben G, Lanfer A, Reisch L, Ahrens W, Kourides Y, Molnar D, Moreno LA, Siani A, Veidebaum T and Lissner L on behalf of the IDEFICS consortium: Young children's screen activities, sweet drink consumption and anthropometry: results from a prospective European study (2013). *Eur J Clin Nutr*: 68(2): 223-228.
- Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H., Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD001872. DOI: 10.1002/14651858.CD001872.pub2.
- Parsons TJ, Power, C, Logan S, Summerbell CD (1999). Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 23 Suppl 8, S1-107.
- Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM et al (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med* ;12(6):785-786.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 47(9), 1102-1114.

Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, et al (2003). Health consequences of obesity. *Archives of disease in childhood* ;88(9):748-52.

Remmers T, Broeren SM, Renders CM, Hirasing RA, van Grieken A, Raat H (2014). A longitudinal study of children's outside play using family environment and perceived physical environment as predictors. *Int J Behav Nutr Phys Act.*:11:76. doi: 10.1186/1479-5868-11-76

Remmers T, van Grieken A, Renders CM, Hirasing RA, Broeren SM, Raat H (2014). Correlates of Parental Misperception of Their Child's Weight Status: The 'Be Active, Eat Right' Study. *PLoS One*:14;9(2):e88931. doi: 10.1371/journal.pone.0088931. eCollection 2014.

Rhee KE, De Lago CW, Rscott-Mills T, Mehta SD, Davis RK (2005). Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*: 116(1):e94–101.

Roblin L. Childhood obesity: food, nutrient, and eating-habit trends and influences (2007). *Appl Physiol Nutr Metab*: 32(4):635–645.

Rosato V, Edefonti V, Parpinel M, Milani GP, Mazzocchi A, Decarli A, Agostoni C, Ferraroni M (2016). Energy Contribution and Nutrient Composition of Breakfast and Their Relations to Overweight in Free-living Individuals: A Systematic Review. *Adv Nutr*:16;7(3):455-65. doi: 10.3945/an.115.009548.

Sanders MR, Tully LA, Turner KM, Maher C, McAuliffe C. (2003). Training GPs in parent consultation skills. An evaluation of training for the Triple P-Positive Parenting Program. *Aust Fam Physician*;32(9):763-8.

Santaliestra-Pasias AM, Rey-Lopez JP, Moreno Aznar LA (2013). Obesity and sedentarism in children and adolescents: what should be done? *Nutr Hosp*, 28(Suppl 5):99–104.

Sargent GM, Pilotto LS, Baur LA (2011). Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obes Rev.*;12(5):e219-35. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00777.x.

Scharf RJ, DeBoer MD (2016). Sugar-Sweetened Beverages and Children's Health. *Annu Rev Public Health* ;37:273-93. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021528

Schönbeck Y, van Buuren S. (2010). Factsheet resultaten vijfde landelijke groeistudie.

Schönbeck Y, Talma H, van Dommelen P, Bakker B, Buitendijk SE, Hirasing RA, van Buuren S (2011). Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: a comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009 1. *PLoS One* 6, e27608.

Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, et al. (2007) Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161: 495–501.

Soderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns* 84: 16–26.

Sohn W, Burt BA, Sowers MR (2006). Carbonated Soft Drinks and Dental Caries in the Primary Dentition. *J Dent Res*; 85:262-266

Spear BA, Barlow SE, Ervin C et al (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*:120(suppl 4):S254–S288

Summerbell CD, Douthwaite W, Whittaker V, Ells LJ, Hillier F, Smith S et al (2009). The association between diet and physical activity and subsequent excess weight gain and obesity assessed at 5 years of age or older: a systematic review of the epidemiological evidence. *Int J Obes (Lond)* 33 Suppl 3, S1-92.

van Dommelen P, Schönbeck Y, HiraSing RA, van Buuren S (2015). Call for early prevention: prevalence rates of overweight among Turkish and Moroccan children in The Netherlands. *Eur J Public Health*;25(5):828-33.

van der Woud A. (2011). Tienduizenden tonnen stront stroomden er door de grachten. *Historicus Auke van der Woud: armoede nu is echt wat anders dan armoede in de negentiende eeuw.*

van Grieken A, Renders CM, van de Gaar VM, Hirasing RA, Raat H (2015). Associations between the home environment and children's sweet beverage consumption at 2-year follow-up: the 'Be active, eat right' study. *Pediatr Obes*;10(2):126-33.

Van Grieken A, Renders CM, Veldhuis L, Looman CW, Hirasing RA, Raat H (2014). Promotion of a healthy lifestyle among 5-year-old overweight children: health behaviour outcomes of the 'Be active, eat right' study. *BMC Public Health*, Jan 21;14:59. DOI: 10.1186/1471-2458-14-59.

Van Grieken A, Veldhuis L, Renders CM, Borsboom GJ, van der Wouden JC, Hirasing RA, Raat H (2013). Population-based childhood overweight prevention: outcomes of the 'Be active, eat right' study. *PLoS ONE*, May 31;8(5):e65376. DOI: 10.1371/journal.pone.0065376

Veldhuis L, van Grieken A, Renders CM, Hirasing RA, Raat H (2014). Parenting style, the home environment, and screen time of 5-year-old children; the 'be active, eat right' study. *PLoS One* :12;9(2):e88486. doi: 10.1371/journal.pone.0088486. eCollection 2014.

Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y et al. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*.7;(12):CD001871.

World Health Organization (WHO). (2012). Population-based approaches to childhood obesity prevention. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland . ISBN 978 92 4 150478 2. Available at [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO\\_new\\_childhoodobesity\\_PREVENTION\\_27nov\\_HR\\_P RINT\\_OK.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_P RINT_OK.pdf).

Willer CJ, Speliotes EK, Loos RJ, Li S, Lindgren CM, Heid I, Berndt SI et al (2009). Six new loci associated with body mass index highlight a neuronal influence on body weight regulation. *Nat. Genet* 41, 25-34.

Xu H, Wen LM, Rissel C (2015). Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. *J Obes*;2015:546925. doi: 10.1155/2015/546925. Epub 2015 Mar 19.

Yee AZ, Lwin MO, Ho SS (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis *Int J Behav Nutr Phys Act*;14(1):47. doi: 10.1186/s12966-017-0501-3.



## 7. Praktijkvoorbeeld

*Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?*

De casus beschrijft een jongen L. met een geboortedatum van 01-05-2004. Hij zit inmiddels in de brugklas HAVO/VWO. Zijn gezinssituatie bestaat uit vader (HBO opleiding), moeder (MBO opleiding), zus (1999)

In april 2014 op 10 jarige leeftijd komt hij voor PGO en blijkt hij na metingen van lengte en gewicht overgewicht te hebben (lengte 162.8; gewicht 57.1; BMI 21.5 kg/m<sup>2</sup>). Er wordt daarom een follow-up afspraak gemaakt.

Tijdens follow-up afspraak in juni lijken L. en moeder gemotiveerd om iets aan het overgewicht te doen. L. is enthousiast over keeperstraining en een sportschool waar kinderen gratis mee kunnen doen op woensdag en zondag. Samen met moeder en L. wordt nagegaan welke mogelijkheden er liggen om gedrag te veranderen. Mogelijk is nog winst te behalen bij minder gezoete dranken, want L. drinkt veel, minstens 4 glazen gezoete dranken per dag. De afspraak wordt gemaakt om dit te reduceren naar 1 glas per dag. We zoeken op een lijst met tussendoortjes op de websites van CJG en het Voedingscentrum naar tussendoortjes met koolzuur, want L. houdt van koolzuurhoudende dranken. Mogelijke keuze is AA sportwater.

In oktober 2015 (lengte 166.0; gewicht 59.9; BMI 21,7 kg/m<sup>2</sup>) vindt een vervolggconsult plaats. L. blijft actief met elke dag buiten spelen. Hij heeft een vriend waar hij mee afsprekt en gaat dan met een grotere groep vaak iets doen buiten. In de zomervakantie was dat wat moeilijker omdat er dan geen anderen bij zijn. L. gaat door met keeperstraining en voetbaltraining. Hij zou ook wel naar de sportschool willen, maar daar is gezien zijn leeftijd geen aansluiting te vinden.

Wat betreft gezond eten is het fijn dat het steeds meer "gewoon" wordt. Jeugdarts geeft complimenten voor wat dit doet op de korte termijn, maar ook voor op latere leeftijd gezond zijn. Soms heeft L. na sporten erg veel honger; hij overlegt dan met moeder over wat te nemen. Hij houdt nog steeds van tonic, maar probeert het niet te vaak te drinken. Rol van de vader is niet helemaal duidelijk. Het is de vraag of hij ondersteunend is. In overleg met L. en moeder lijken aandachtspunten/verbeterpunten te vinden te zijn in drinken van gezoete dranken, aangezien L. nog altijd graag veel frisdrank drinkt. Bovendien bestaat broodbeleg vaak uit hagelslag. Er wordt nog eens gezamenlijk gekeken met de keuzetabel welke kleine stappen gemaakt kunnen worden. Er wordt gekeken naar ander broodbeleg en nog eens naar minder limonade en meer water. Ook wordt informatie besproken over 5-7 x momenten aanval op tandglazuur.

In mei 2016 komt L. met moeder retour. Het gaat goed: lengte 171,8 cm; gewicht 62,9 kg; BMI 21.3 kg/m<sup>2</sup>. L. weet gezonde keuzes en probeert zich eraan te houden. Samen met moeder is hij gemotiveerd. Er wordt afgesproken om nog één keer retour te komen bij de Jeugdverpleegkundige ter overbrugging naar PGO klas 2.

Een week later vindt e-mailcontact plaats zoals afgesproken in het consult. Nogmaals worden complimenten gemaakt. De groeicurves worden toegevoegd evenals de linken naar de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum.

In juni 2017 komt L. en vindt kortdurende begeleiding plaats. Lengte is 179.8; gewicht 68,7; BMI 21.3kg/m<sup>2</sup>.