

## Belemmerende factoren in de preventie van overgewicht bij jonge kinderen: een exploratief kwalitatief onderzoek bij jeugdgezondheidszorgprofessionals

Het doel van deze studie was het nagaan van belemmerende factoren bij de preventie van overgewicht bij het jonge kind. Hiertoe zijn in 2007 diepte-interviews uitgevoerd bij in totaal 12 artsen en verpleegkundigen jeugdgezondheidszorg (JGZ). Alle interviews zijn op geluidsband opgenomen, vervolgens uitgeschreven en thematisch geanalyseerd. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar 2 teksten gecodeerd en na samenspraak is er een codeboek geschreven. De resultaten suggereren dat JGZ-professionals zich er onvoldoende bewust van zijn dat het eerste levensjaar van het kind al een belangrijke periode is in de preventie van overgewicht. Ook overgewicht bespreekbaar maken en ongemotiveerde ouders bewegen tot een gezonde leefstijl voor hun kind wordt als moeilijk ervaren door de JGZ-professionals. Uit de resultaten blijkt dat de preventieve overgewichtactiviteiten en lokale protocollen in Nederland niet adequaat worden uitgevoerd.

De uitkomsten van deze studie duiden erop dat er mogelijkheden zijn om de preventie van overgewicht in de jeugdgezondheidszorg te verbeteren. Deze mogelijkheden liggen op het gebied van vroegtijdige signalering van (risico op) overgewicht, het bespreekbaar maken van het onderwerp overgewicht met de ouder en de implementatie van overgewichtactiviteiten en -protocollen.

### Inleiding

De wereldwijde stijgende prevalentie van overgewicht en obesitas is een groot publiek en maatschappelijk gezondheidsprobleem geworden.<sup>1</sup> Overgewicht komt steeds meer voor bij kinderen.<sup>2</sup> De prevalentie van overgewicht bij kinderen in Nederland is bijna verdrievoudigd tussen 1980 en 2010 en is nu 14%.<sup>3,4</sup> In Nederland wordt bij de 2- tot 18-jarigen de body mass index (BMI) gebruikt om overgewicht of obesitas vast te stellen. Voor kinderen beneden de 2 jaar wordt overgewicht gedefinieerd als gewicht naar lengte van +1 tot 2 standaarddeviatie(s) (SD) en obesitas als gewicht naar lengte van  $\geq 2$  SD.<sup>5,6</sup>

Er is al veel bekend over de consequenties van overgewicht en obesitas voor gezondheid en welzijn (o.a. hypertensie, diabetes mellitus type 2 en psychosociale problemen).<sup>7-9</sup> Uit diverse studies blijkt ook dat overgewicht op latere leeftijd wordt voorspeld als het gewicht van een kind zich in de prenatale en vroege postnatale periode volgens een abnormaal patroon ontwikkeld.<sup>10-12</sup> In vergelijking met kinderen met een normaal gewicht, hebben kinderen met overgewicht 2 keer zoveel kans om ook een volwassene met overgewicht te worden.<sup>13</sup> Het aanleren van een gezonde leefstijl tijdens de kinderjaren heeft gedurende het hele leven invloed op het gewicht en als er eenmaal sprake is van overgewicht, is het moeilijk om weer een normaal gewicht te krijgen.<sup>14</sup> Daarom is het van belang om in het eerste levensjaar van het kind met de

preventie van overgewicht te beginnen.<sup>15</sup> In de eerste levensjaren wordt door de ouders de basis gelegd voor een gezond eet- en beweeggedrag van het kind.<sup>16</sup> Ook het gewicht van de ouder zelf is sterk geassocieerd met overgewicht van het kind.<sup>17</sup> Aangezien de ouder een belangrijke voorbeeldfunctie heeft in het aanleren van een gezonde leefstijl van het kind, is het belangrijk dat interventieprogramma's ter voorkoming van overgewicht ouders includeren. Hoewel er bewijs is dat vroegtijdige preventie van overgewicht belangrijk is, is maar een beperkt aantal studies gericht op de voordelen van preventie van overgewicht in het eerste levensjaar van het kind.<sup>18-20</sup>

De jeugdgezondheidszorg in Nederland is een kindgericht gezondheidszorgsysteem dat ouders ondersteunt door het aanbieden van een kosteloos preventieprogramma. De jeugdgezondheidszorg ziet meer dan 95% van de Nederlandse kinderen op vaste contactmomenten. In het eerste levensjaar van het kind zijn er 9 contactmomenten.<sup>21</sup> De arts en verpleegkundigen jeugdgezondheidszorg ondersteunen ouders en geven advies over voeding, beweging en manieren om een optimale groei en ontwikkeling van het kind te faciliteren. De preventieve zorg die de jeugdgezondheidszorg biedt, is beschreven in het 'Activiteiten Basis Takenpakket' (ABC-rapport), waarin 5 verschillende activiteiten zijn te onderscheiden. Voor overgewicht zijn dat: het monitoren van groei en vroegtijdige signalering van abnormale groei, de richtlijn

E. Dera, stafverpleegkundige JGZ, GroenekruisDomicura, Maastricht, Promovenda Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg. M. Jansen, programmaleider Academische Werkplaats GGD Zuid Limburg. W.J. Gerwer, kinderarts-endocrinoloog, Maastricht University Medical Center, Maastricht. **Correspondentieadres:** E. Dera, Postbus 1307, 6201 BH Maastricht, e.dera@gkdzorg.nl

borstvoeding, het overbruggingsplan overgewicht, de richtlijn voeding voor kinderen van 0-4 jaar en de richtlijn goede voeding 2006 van de Gezondheidsraad.<sup>22</sup> Deze activiteiten zijn door de lokale JGZ-instellingen vertaald naar een overgewichtprotocol. De implementatie van dit protocol is niet adequaat verlopen, onder andere door barrières bij het implementeren ervan, die in zijn algemeenheid een gebrek aan kennis, vaardigheden of tijd omvatten.<sup>23,24</sup> Het is bekend dat implementatie van protocollen beter verloopt als deze protocollen systematisch worden geïntroduceerd.

Voor deze studie is het theoretisch model van Fleuren, Wiefferink and Paulussen gebruikt, omdat dit model op overzichtelijk wijze factoren, of determinanten en karakteristieken weergeeft, die van invloed zijn op het proces tussen de ontwikkeling van een innovatie, de daadwerkelijke implementatie van die innovatie en het gebruik ervan in de dagelijkse praktijk (figuur 1).<sup>25</sup> In dit model wordt gesteld dat succesvolle toepassing van een protocol afhankelijk is van hoe de implementatiestrategie aansluit bij beïnvloedende factoren. Het model onderscheidt 4 hoofdcategorieën, namelijk: 1) karakteristieken van de sociaal-politieke context; 2) karakteristieken van de organisatie; 3) karakteristieken van de innovatie (in dit geval het overgewichtprotocol) en 4) karakteristieken van de adopterende persoon (de JGZ-professional). In dit onderzoek ligt het accent op de karakteristieken (attitude, overtuigingen, kennis, eigeneffectiviteit en vaardigheden) van de JGZ-professional, aangezien deze mede de succesvolle toepassing van het overgewichtprotocol in de dagelijkse praktijk bepalen.

Er is weinig bekend over de karakteristieken van de JGZ-professionals en hoe deze van invloed zijn op de implementatie van het lokale overgewichtprotocol. Vergelijken met een aantal decennia geleden is de relatie tussen de JGZ-professional en de ouder veranderd. Ouders zijn nu, meer dan vroeger, in staat om medische onderwerpen te bespreken en informatie is toegankelijker geworden voor ouders, onder andere door internet. Ook zijn de

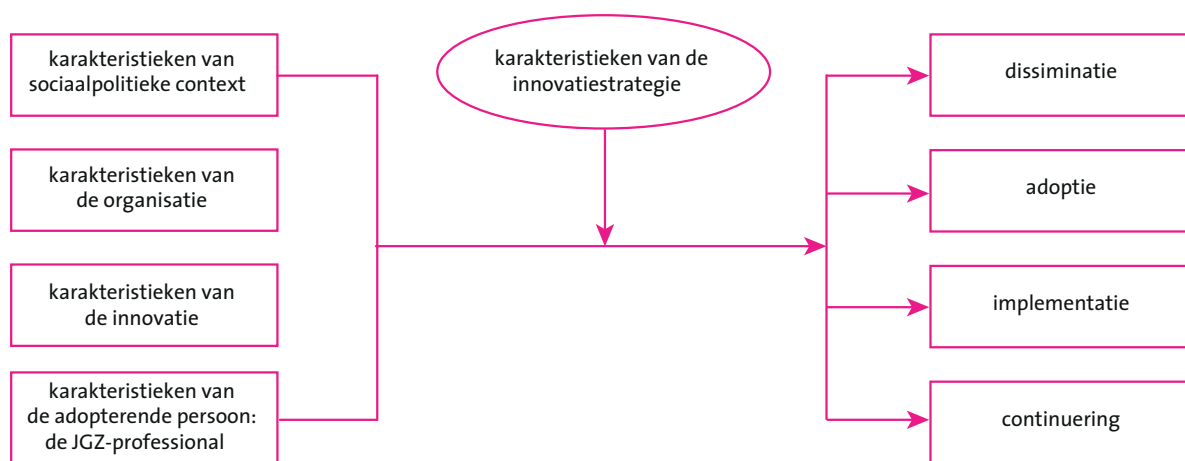
afgelopen decennia in Nederland de voedingsgewoonten veranderd door onder andere de introductie van nieuwe ongezonde producten (waaronder frisdrank) en het groter worden van porties in het algemeen.<sup>26,27</sup> Dit maakt het adviseren over gezonde voeding voor de JGZ-professional moeilijk.

Deze studie is bedoeld om inzicht te krijgen in de karakteristieken van de JGZ-professional die van invloed zijn op de uitvoering van de preventie van overgewicht in de dagelijkse JGZ-praktijk. Het verbeteren van de huidige dagelijkse praktijk rond de preventie van overgewicht vraagt om meer inzicht in de uitvoering en inhoud van de consultaties met de ouders en inzicht in de ondersteunende rol van de JGZ-organisaties en hun professionals.<sup>28-30</sup> Het is van belang om belemmerende factoren die de uitvoering van de preventie van overgewicht beïnvloeden bij JGZ-professionals in kaart te brengen. Hiertoe is een exploratief onderzoek uitgevoerd naar de preventie van overgewicht door deze professionals, waarbij de focus ligt op het eerste levensjaar van het kind.

## Methode

Uit de 105 JGZ-professionals van de 3 JGZ-organisaties in de regio Zuid-Limburg (Maastricht, Heerlen en Sittard) zijn 6 artsen en 6 verpleegkundigen geselecteerd voor deelname aan deze studie. Deze selectie is uitgevoerd door de managers van de organisaties, waarbij zij rekening hielden met voldoende variatie in de karakteristieken van de deelnemers, zoals functie (arts of verpleegkundige), leeftijd, aantal jaren werkervaring en werkgebied (stedelijk of platteland; lage versus hoge sociaaleconomische status).

Alle deelnemers zijn persoonlijk geïnterviewd door de eerste onderzoeker, waarbij gebruik is gemaakt van een semigestructureerd interview. Daarbij kwamen de volgende items aan bod: persoonlijke karakteristieken van de professional (leeftijd, geslacht, werkervaring en kennis); huidige uitvoering van de preventie van overgewicht in de praktijk; signalering van kinderen met over-



Figuur 1 Model van Fleuren et al.<sup>25</sup>

gewicht, het bespreken van (risico op) overgewicht met de ouder; interventies voor overgewicht; implementatie van het overgewichtprotocol en tot slot persoonlijke beeldvorming van de professional ten aanzien van het onderwerp overgewicht en externe belemmerende en bevorderende factoren.

De interviews duurden een uur en zijn afgenomen in de periode oktober t/m december 2007. Van alle interviews zijn geluidsfragmenten gemaakt, met toestemming van de respondenten. De opnames zijn vervolgens uitgeschreven door de eerste auteur. De verzamelde gegevens zijn verwerkt met behulp van kwalitatieve contentanalyse op de volgende wijze. In de uitgewerkte transcripten zijn codes toegekend aan de verschillende onderwerpen

die aan bod kwamen, zoals voeding, beweging, gedrag, groei, klinische observatie, individuele aspecten van een kind, aspecten van de ouder en de omgeving. Daarna is er een boomstructuur voor de codes ontwikkeld en tot slot er 11 thema's geïdentificeerd.

Twee transcripten zijn onafhankelijk van elkaar door 2 onderzoekers gecodeerd om te kijken in hoeverre de scores overeenkwamen. Aansluitend zijn de bevindingen geïnventariseerd met de ontwikkelde boomstructuur. Dit resulteerde in kappa-waarden van 0,66 en 0,75. Nadat de verschillen in de coderingen waren besproken en consensus was bereikt, is er een definitief codeboek opgesteld, dat vervolgens is gebruikt om de overige informatie mee te coderen.

## Thema's met codes en subcodes

### 1 Algemene Informatie

- 1.1 Functie
- 1.2 Jaren werkervaring
- 1.3 Leeftijd
- 1.4 Werkgebied

### 2 Algemene informatie over (vroegtijdige) preventie van overgewicht

- 2.1 Algemene informatie
- 2.2 Vroegtijdige preventie

### 3 Vroegtijdige signalering

- 3.1 Voeding: 3.1.1 Kunstvoeding; 3.1.2 Borstvoeding; 3.1.3 Aanvullende voeding
- 3.2 Beweging
- 3.3 Klinische blik
- 3.4 Gedrag/Predispositie: 3.4.1 Kind; 3.4.2 Ouder; 3.4.3 Omgeving; 3.4.4 Interactie ouder-kind
- 3.5 Groei

### 4 Overgewicht bespreken

- 4.1 Voeding: 4.1.1 Kunstvoeding; 4.1.2 Borstvoeding; 4.1.3 Aanvullende voeding
- 4.2 Beweging
- 4.3 Gedrag/Predispositie: 4.3.1 Kind; 4.3.2 Ouder; 4.3.3 Omgeving; 4.3.4 Interactie ouder-kind
- 4.4 Groei
- 4.5 Adviezen
- 4.6 Gebruik term of benoemt risico op overgewicht of obesitas
- 4.7 Risicofactoren

### 5 Gebruik protocol en aanvullende materialen

- 5.1 Overbruggingsplan
- 5.2 Voedingsrichtlijn voor kinderen van 0-4 jaar
- 5.3 Richtlijn gezonde voeding, voedingscentrum
- 5.4 Richtlijn borstvoeding
- 5.5 Signaleringsprotocol

- 5.6 Gebruik DD-JGZ-registratie: 5.6.1 Monitoren groei; 5.6.2 Registraties
- 5.7 Aanvullende materialen

### 6 Interventie

- 6.1 Uitvoering van een interventie

### 7 Inzicht

- 7.1 Voeding: 7.1.1 Kunstvoeding; 7.1.2 Borstvoeding; 7.1.3 Aanvullende voeding
- 7.2 Beweging
- 7.3 Gedrag/Predispositie: 7.3.1 Kind; 7.3.2 Ouder; 7.3.3 Omgeving; 7.3.4 Interactie ouder-kind
- 7.4 Groei

### 8 Interne factoren

- 8.1 Kennis
- 8.2 Eigen effectiviteit
- 8.3 Competentie
- 8.4 Taakverdeling
- 8.5 Attitude

### 9 Externe factoren

- 9.1 Steun organisatie
- 9.2 Steun collega's
- 9.3 Samenwerking ketenpartners

### 10 Verandering code

- 10.1 Wat zou de JGZ professional willen veranderen?

### 11 Belemmerende factoren

- 11.1 Inzicht
- 11.2 Bespreken van het onderwerp
- 11.3 Ondersteuning
- 11.4 Vroegtijdig signaleren
- 11.5 Praktische factoren
- 11.6 Factoren gerelateerd aan kind, ouder, omgeving

## Resultaten

### Persoonlijke karakteristieken

De respondenten waren gemiddeld 44 jaar oud en hadden een werkervaring in de jeugdgezondheidszorg van gemiddeld 17 jaar. Alle respondenten waren vrouw (tabel 1).

Tabel 1 Karakteristieken van de 12 vrouwelijke respondenten (6 jeugdartsen en 6 verpleegkundigen\*).

leeftijd	gem. 44 jaar (SD 24-62)
< 30 jaar	n = 1
30-50 jaar	n = 7
> 50 jaar	n = 4
jaren werkervaring	gem. 17 jr (SD 2-34)
< 10 jaar	n = 5
11-19 jaar	n = 2
> 20 jaar	n = 5
werkgebied	
stedelijk	n = 6 (3 artsen/3 verpl.)
platteland	6 (3 artsen/3 verpl.)
lage SES	8 (3 artsen/3 verpl.)
hoge SES	4 (3 artsen/3 verpl.)

\* Alle gespecialiseerd in groei en ontwikkeling van kinderen in de leeftijd 0-4 jaar. In het district Zuid-Limburg werken 101 vrouwelijke en 4 mannelijke JGZ-professionals in de JGZ 0-4 jaar. Vanuit de traditie werken er in de JGZ 0-4 jaar bijna uitsluitend vrouwen.

### Huidige praktijk en signalering van kinderen met risico op overgewicht

Alle respondenten gebruikten de landelijke groeicurven voor gewicht en lengte om de groei van het kind vast te stellen en om een abnormaal groeipatroon te signaleren. De respondenten gaven aan dat er tijdens een consult altijd aandacht is voor het voedingspatroon van het kind in relatie tot de groei. Bij een afwijkende groei werd een afwachtende houding ingenomen; het werd niet meteen bespreekbaar gemaakt, en ook werd niet meteen een interventie ingezet. Tien van de 12 respondenten waren zich niet bewust van de relatie tussen de groei van het kind in het eerste levensjaar en het risico op overgewicht op latere leeftijd. *Ik ben er niet van overtuigd dat het eerste levensjaar van het kind al voorspellend is voor het krijgen van overgewicht op latere leeftijd.* (verpleegkundige [1]) Alle respondenten vonden preventie van overgewicht in het eerste jaar van het kind moeilijk, omdat het niet duidelijk is wanneer een bepaald gewicht naar lengte een risico is voor overgewicht op latere leeftijd. Niettemin werden verschillende risicofactoren voor overgewicht genoemd, zoals: een familielid met overgewicht

(voornamelijk de ouders), veel huilen van het kind, het gezin heeft een lage sociaaleconomische status of de ouders zijn zich er niet van bewust dat het eerste levensjaar van het kind een belangrijke periode is voor gezonde voeding en beweeggedrag. *'Het grootste risico is wellicht als obese ouders overgewicht niet zien als een probleem. Deze ouders zijn in de veronderstelling, dat het ook een kind met overgewicht wordt, omdat ze zelf overgewicht hebben. Ouders willen hun leefstijl niet veranderen.'* (verpleegkundige [3])

### Perceptie

Van de 12 respondenten in deze studie gaven 10 aan dat overgewicht in het eerste levensjaar geen problemen opleverde voor het gewicht op latere leeftijd.

### Toepassen van de activiteiten om overgewicht te voorkomen

Geen van de respondenten paste de overgewichtactiviteiten of het lokale overgewichtprotocol toe zoals bedoeld, met uitzondering van de richtlijn borstvoeding. Er werden hiervoor verschillende redenen genoemd, zoals: onvoldoende kennis van de activiteiten, de inhoud is onvoldoende gerelateerd aan het eerste levensjaar van het kind of er is te weinig tijd om zich het protocol eigen te maken. Met betrekking tot voeding werden de portiegrootte, de samenstelling van de voeding en de leeftijd waarop vaste grovere voeding wordt geïntroduceerd als factoren gezien die het gewicht beïnvloeden. *'Ik check altijd de voeding van het kind. Dan kijk ik of er ook al gestart is met bijvoeding, in de hoop dat dit wordt uitgesteld, maar als de ouders met bijvoeding willen starten dan check ik of het de goede voeding is. Vaak zijn ouders al gestart met aanvullende voeding, zoals pap. Ouders zijn vaak ongerust over de hoeveelheid drinken van het kind en denken vaak dat dit te weinig is. Dit is een reden voor ouders om aanvullend drinken aan te bieden, waaronder frisdrank.'* (verpleegkundige [1]) *'Ik bemerk vaak dat ouders vaste grovere voeding pas laat introduceren. Ouders stampen vaak de voeding erg fijn en gebruiken fijngemaakte voeding voor een langere periode en daarom wennen de kinderen niet aan vastere grovere voeding en leren ze niet goed kauwen.'* (arts [3])

Borstvoeding wordt gezien als het beste voor het kind. Onvoldoende beweging of bewegingsmogelijkheden (zoals onvoldoende kruipvaardigheden) wordt gezien als een risicofactor voor het ontstaan van overgewicht door 3 respondenten. Alle respondenten gaven aan dat zorg op maat en het hebben van een goed contact met de ouder belangrijker is dan het volgen van een protocol. *'Ik ben niet de persoon die exact de protocollen volgt. Ik probeer mijn adviezen te laten aansluiten bij wat past bij de leefstijl van de ouders.'* (arts [5])

Zes respondenten vertelden dat er verschil was tussen de adviezen van collega's om overgewicht te voorkomen en de verwijzing.

### Bespreken van (het risico op) overgewicht met de ouder

Op 1 respondent na, vonden alle respondenten het bespreken van overgewicht met de ouder moeilijk, omdat het een erg emotioneel beladen onderwerp is.

*'Het onderwerp overgewicht is moeilijk te bespreken, want als je aan een moeder zegt dat haar kind overgewicht heeft, dan vertel je indirect dat de moeder ook overgewicht heeft.'* (verpleegkundige [3])

*'Ja, dat is het hele probleem met overgewicht. Het voelt altijd als een persoonlijke boodschap naar de ouders toe. Ik ben altijd erg voorzichtig met het bespreken van overgewicht.'* (arts [1])

De barrière die het meest werd genoemd om overgewicht bespreekbaar te maken was dat de respondenten in het verleden van ouders weerstand hadden ervaren. Dit was in het bijzonder het geval bij ouders met overgewicht of obese ouders en bij ouders met een lage sociaaleconomische status. Zes respondenten gaven aan dat ze het moeilijk vonden om de term overgewicht of obesitas in de mond te nemen. Zij gaven er de voorkeur aan om overgewicht te bespreken in termen van 'het gewicht valt buiten de normaalwaarde van de groeicurve'. Bijna alle respondenten vertelden dat ze tijdens een consult aarzelden om de term overgewicht of obesitas te gebruiken. Daarnaast gaven de respondenten aan onzeker te zijn over de effectiviteit van de adviezen. *'Als ouders een sterke eigen mening hebben, dan is het advies tijdens het consult niet meer dan een advies en je kunt ouders niet dwingen om jouw advies op te volgen.'* (verpleegkundige [3])

### Overgewichtinterventies

De respondenten vertelden dat bij het signaleren van overgewicht verschillende interventies ingezet kunnen worden. Doorverwijzing en de soort interventie waren echter weinig uniform. Er was weinig overeenstemming over de interventie die nodig werd geacht en naar welke professionals verwezen zou moeten worden. Respondenten noemden een breed scala, namelijk: kinderartsen, verloskundigen, huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten en de voorschoude opvang. *'Eigenlijk is er geen samenwerking tussen kinderartsen en huisartsen bij overgewicht.'* (arts [6]) *'Ja, ik denk bij een interventie voor overgewicht aan een verwijzing naar de diëtiste of de fysiotherapeut. Ik weet echter niet welke programma's er zijn om bijvoorbeeld het bewegen bij het kind te stimuleren bij het jonge kind.'* (arts [1]).

### Belemmerende karakteristieken van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Alle respondenten gaven aan dat er behoefte is aan ondersteuning in communicatieve vaardigheden, met name vaardigheden die zijn gericht op het bespreken van het onderwerp als ouders niet geloven dat hun kind (risico op) overgewicht heeft. Hoewel de respondenten preventie van overgewicht zien als een van hun taken, gaven 10 respondenten aan dat er geen aandacht is voor

de preventie van overgewicht bij het kind in het eerste levensjaar. Ook genoemd werd dat overgewicht in het eerste jaar nog niet zo'n probleem is en alle respondenten vonden dat er te weinig tijd is om adequaat in een consult aandacht te besteden aan preventie van overgewicht. *'Een andere vraag is of er voldoende consulttijd is. Er zijn vele onderwerpen tijdens een consult met de ouder waar aandacht aan besteed moet worden. Tijd is een beperkende factor, maar dat geldt voor meer onderwerpen.'* (arts [5]) Meer specifiek werd door de respondenten aangegeven dat er een discrepantie is tussen de gestelde tijd voor een consult en de tijd die nodig is om alle voorgeschreven taken uit te voeren. Tevens noemde de helft van de respondenten dat er vele nieuwe ontwikkelingen zijn in de JGZ en dat het extra tijd kost om zich de daaruit voortvloeiende taken eigen te maken. Ook werd aangegeven dat er meer ondersteuning vanuit de organisatie wenselijk is, zoals het faciliteren van een training in communicatieve vaardigheden of meer ondersteuning als een protocol wordt geïmplementeerd.

### Discussie

Het doel van deze studie was het onderzoeken van belemmerende factoren bij de preventie van overgewicht door JGZ-artsen en -verpleegkundigen. Samenvattend zijn uit dit onderzoek 3 belangrijke belemmeringen naar voren gekomen.

Als eerste lijkt het alsof de JGZ-professionals zich onvoldoende bewust zijn van het feit dat preventie van overgewicht al in het eerste jaar van het kind belangrijk is. Mogelijke oorzaak hiervoor kan zijn dat de JGZ-professionals niet zoveel in contact komen met kinderen bij wie in het eerste levensjaar al sprake is van overgewicht, en daarom onvoldoende actief zijn bij het vroegtijdig signaleren van kinderen met risico op overgewicht. Ook het feit dat er nog geen adequaat instrument is in het eerste levensjaar van het kind om overgewicht vroegtijdig te signaleren, kan ertoe bijdragen dat JGZ-professionals onvoldoende alert zijn op overgewicht in deze vroege periode. Op dit moment is er nog weinig informatie over de uitvoering van preventie van overgewicht in het eerste levensjaar van het kind door de JGZ.

De tweede belemmering is dat JGZ-medewerkers het bespreken van (risico op) overgewicht met de ouders moeilijk vinden. Het onderwerp overgewicht is emotioneel beladen. Vaak wordt er weerstand ervaren bij ouders, wellicht omdat opmerkingen over het gewicht als persoonlijke kritiek wordt gevoeld.<sup>31</sup> Ten derde blijkt dat de JGZ-professionals die deelnamen aan dit onderzoek op inadequate wijze het lokale overgewichtprotocol toepassen. Succesvolle toepassing van een protocol hangt voor een groot deel af van de wijze waarop het protocol is geïmplementeerd en hoe goed het protocol wordt toegepast en of er goede resultaten worden ervaren. Helaas blijken de implementatie, de toepassing en de ervaren uitkomsten van het gebruik

van protocollen in de JGZ-organisaties systematisch inadequaat te zijn.<sup>32</sup>

De JGZ-professional heeft een essentiële rol in het vroegtijdig signaleren en interveniëren van kinderen met risico op overgewicht. Zij hebben een belangrijke mediërende rol als het gaat om het ondersteunen en motiveren van ouders in het aanleren van een gezonde leefstijl voor hun kind, omdat zij bekend zijn met de medische en familiale achtergrond.

Uit dit onderzoek blijkt dat de JGZ-professional zich onvoldoende bewust is van potentiële risicofactoren voor overgewicht bij kinderen, zoals het gewicht van de ouders of het beschermende effect van borstvoeding. De relatie tussen factoren die een risico vormen op overgewicht en het managen van het aanleren van een gezonde leefstijl bij de zuigeling door het motiveren van gedragsverandering bij de ouder is nog geen routine in de praktijk. Als JGZ-professionals proberen ouders te ondersteunen in de opvoeding van hun kind moet worden erkend dat preventie het beste al kan starten in het eerste levensjaar van het kind en dat kinderen met risico op overgewicht zo vroeg mogelijk gesignaleerd dienen te worden. De huidige tools die worden gebruikt om overgewicht te definiëren (in het bijzonder de BMI) zijn van toepassing als een kind al overgewicht heeft.<sup>5</sup> Ook de klinische blik van de JGZ-professional is een maat die wordt gebruikt om overgewicht te definiëren. Resultaten van eerdere studies suggereren echter dat JGZ-professionals en ouders een kind met overgewicht vaak niet correct als zodanig definiëren als er alleen gebruik wordt gemaakt van de klinische blik.<sup>33,34</sup> Een goede bruikbare praktische maat om het risico op overgewicht al in het eerste levensjaar te kunnen signaleren is gewenst. Zo'n maat zal bijdragen aan het ondersteunen van de JGZ-professional bij het vroegtijdig signaleren van (risico op) overgewicht. Dit laatste is een uitdaging voor de professionals, evenals het beïnvloeden van de overtuigingen en het gedrag van de ouders in relatie tot hun leefstijl op dat moment, en behandelingen ten aanzien van de gezondheid van het kind. Onderzoek naar de implementatie van protocollen voor overgewicht staat nog in de kinderschoenen.<sup>35</sup>

Er zijn wel protocollen ontwikkeld om professionals te ondersteunen bij het leveren van goede zorg voor specifieke gezondheidszorgonderwerpen. Aan de ene kant moet een protocol flexibel genoeg zijn om zorg op maat te kunnen leveren, maar aan de andere kant duidelijk genoeg om te voorkomen dat er bijvoorbeeld verschillende adviezen aan ouders worden gegeven. Een probleem is dat iedere JGZ-organisatie, onafhankelijk van elkaar, de landelijke aanbevelingen rond preventieve overgewichtactiviteiten vertaalt in een eigen lokaal protocol. Er is geen uniformiteit en afstemming van de implementatie van de landelijke aanbevelingen en het gebruik van de lokale protocollen.<sup>36</sup>

Landelijke richtlijnen die het implementatieproces

beschrijven, zouden wenselijk zijn. De ontwikkeling van deze landelijke richtlijnen zou ondersteund kunnen worden door implementatie van richtlijntools, die de kwaliteitsaspecten en implementatieactiviteiten voor JGZ-organisaties beschrijven en een handvat geven voor hoe een specifieke richtlijn moet worden geïmplementeerd. Ook de mogelijkheden van de JGZ-organisaties, de competentie van de JGZ-professionals en de financiële situatie zal meegewogen moeten worden. Het proces tussen de ontwikkeling van een protocol en de daadwerkelijke toepassing ervan in de praktijk kan worden ondersteund door een aandachtsfunctionaris, die niet alleen verantwoordelijk is voor de implementatie van preventieve overgewichtactiviteiten, maar ook bijdraagt aan verdere optimalisering en het gebruik van de protocollen in de dagelijkse JGZ-praktijk.

Het moet wel benoemd worden dat dit onderzoek is uitgevoerd in 2007. Sindsdien is er door de JGZ aandacht besteed aan het verbeteren van de implementatiestructuur en begin 2012 is er een start gemaakt met een structurele en planmatige aanpak van de implementatie van JGZ-richtlijnen.

Tegelijkertijd moet worden erkend dat succesvolle implementatie niet alleen afhankelijk is van landelijke aansturing en managers in de organisaties, maar ook van de persoon die de implementatie in de praktijk toepast. Bij de ontwikkeling van preventieve overgewichtactiviteiten zal dit moeten worden meegewogen, zoals ondersteuning voor de uitvoerende JGZ-professionals in het aanleren van vaardigheden om overgewicht met de ouders te bespreken, zelfs als er weerstand bij de ouder wordt ervaren. Als het bespreken beter verloopt, worden ouders beter geïnformeerd en ondersteund om moeite te doen in het aanleren van een gezonde leefstijl voor het kind. Dit wordt ondersteund door verschillende studies die concluderen dat ouders inderdaad ontvankelijk zijn voor en in staat zijn om het gedrag te veranderen dat helpt bij het bevorderen van een ideaal gewicht voor hun kind.<sup>16,37</sup>

Hoewel in veel JGZ-organisaties professionals zijn getraind in motiverende gespreksvoering, lijkt het eigenmaken van deze vaardigheden meer tijd te kosten en de organisatie zou hierin kunnen faciliteren door op regelmatige basis oefenmogelijkheden aan te bieden, specifiek ten aanzien van het motiveren van ouders en het ervaren van weerstand van ouders rond het thema overgewicht, zeker nu de communicatie met de ouders in deze tijd anders verloopt dan vroeger en er veel meer gebruik wordt gemaakt van sociale media.

Deze studie is opgezet vanuit zowel een theoretisch kader als vanuit het werkveld en uitgevoerd bij JGZ-artsen en -verpleegkundigen. Ook is er bij de uitvoering van deze studie overleg geweest met academische en praktijkgerichte experts op het gebied van overgewicht en implementatie van protocollen. De bevindingen komen nauw overeen met die uit andere studies die zijn

uitgevoerd in andere regio's en het lijkt erop dat de 12 JGZ-professionals in deze studie voldoende representatief zijn voor de JGZ-professional in Nederland.<sup>38,39</sup>

### Conclusie

In de preventie van overgewicht door de jeugdgezondheidszorg en in het bijzonder die bij kinderen in het eerste levensjaar zijn verbeteringen mogelijk. Zo wordt de vroegtijdige signalering van zuigelingen die risico lopen op overgewicht nog niet adequaat uitgevoerd. Ook het bespreken van het risico op overgewicht met de ouders kan verbeteren door JGZ-professionals hierin te ondersteunen. Een laatste verbeterpunt is dat er betere begeleiding en meer toezicht nodig is bij de implementatie van de landelijke preventieve activiteiten rond overgewicht en de lokale overgewichtprotocollen. Het is van belang dat de JGZ-professional zich meer bewust wordt van het belang van vroegtijdige preventie, meer kennis opdoet van preventie van overgewicht en zich communicatieve vaardigheden eigen maakt, als belangrijke elementen bij het beheersbaar maken van het risico op overgewicht in het eerste levensjaar van het kind.

### Literatuur

1. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-xii,1-253.
2. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*. 2002 Aug 10; 360(9331):473-82.
3. Hurk K van den, Dommelen P van, Buuren S van, Verkerk PH, HiraSing RA. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. *Ach Dis Child*. 2007;92(11):992-5.
4. Schonbeck Y, Talma H, Dommelen P van, Buitendijk SE, HiraSing RA, Buuren S van. Healthy Growth and Development Monitoring, the Fifth National Growth Study. Netherlands organization for Applied Scientific Research. Leiden: TNO; 2010.
5. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000 May 6;320(7244):1240-3.
6. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls B, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: International survey. *BMJ*. 2007;335(7612):194.
7. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):712-8.
8. Reilly J, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obesity*. 2011(35):891-8.
9. Reilly J, Methven E, McDowell Z, Hacking B, Alexander D, Stewart L, e.a. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*. 2003;88:748-52.
10. Barker DJP. Obesity and early life. *Obesity reviews*. 2007;8(Suppl 1):45-9.
11. Gluckman PD, Hanson MA. Developmental origins of disease paradigm: a mechanistic and evolutionary perspective. *Pediatr Res*. 2004;56(3):311-7.
12. Hales CN, Barker DJ. The thrifty phenotype hypothesis. *Br Med Bul*. 2001;60:5-20.
13. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, Mechelen W van, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2008 Sep;9(5):474-88.
14. Kelder SH, Perry CL, Klepp KI, Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *Am J Public Health*. 1994 Jul; 84(7):1121-6.
15. Lake JK, Power C, Cole TJ. Child to adult body mass index in the 1958 British birth cohort: associations with parental obesity. *Arch Dis Child*. 1997 Nov;77(5):376-81.
16. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behaviour: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*. 2007 Spring;35(1):22-34.
17. Reilly J, Armstrong J, Dorosty A, Emmet P, Rogers I, e.a. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*. 2005;330:1357.
18. Kroon M de, Renders C, Buskermolen M, Wouwe J van, Buuren S van, HiraSing R. Longer exclusive breastfeeding duration is associated with leaner body mass and a healthier diet in young adulthood. *BMC Pediatric*. 2011;11:33.
19. Gerards S, Sleddens E, Dagnelie P, Vries N de, Kremers S. Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *Int J Pediatr Obesity*. 2011;6:e28-45.
20. Stolzer JM. Breastfeeding and obesity: a meta-analysis. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2011;1(3):88-93.
21. Wieringen J, Wieren S. (RIVM) National Kompas Public Health, versie 4.4. Beschikbaar via: [www.nationaalkompasvolksgezondheid.nl](http://www.nationaalkompasvolksgezondheid.nl). Geraadpleegd 15 juli 2010.
22. Dunnink G, Lijs-Spek, W.J.G. ABC, Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per contactmoment. Bilthoven: RIVM, rapport 295001001; 2008.
23. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care*. 2001 Aug; 39(8 Suppl 2):II46-54.
24. Story MT, Sherwood NE, Sofka D, Trowbridge FL, Barlow SE. Management of Child and Adolescent obesity; Attitudes, Barriers, Skills and Training needs Among Health Care Professionals. *Pediatrics*. 2002 July 2002;110(1):210-4.
25. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care*. 2004 Apr;16(2):107-23.
26. Kreyl CF van, Knaap AGAC, Busch MCM, Havelaar AH, Kramers PGN, Kromhout D, Leeuwen van FXR, Leent-Loenen van HMIA, Ocke MC, Verkley H. Gezonde Voeding en Veilig Voedsel in Nederland. Bilthoven: RIVM, rapport 270555007; 2004.
27. Steenhuis I, Leeuwis F, Vermeer W. Mag het iets meer zijn? Trends in portiegroottes in Nederland. *Ned Tijdschr Voeding Diëtetiek*. 2010;65(6).
28. Paulussen T. Adoption and Implementation of aids education

- in Dutch secondary schools [PhD proefschrift]. Maastricht: University of Maastricht; 1994.
29. Fleuren M, Jong O de. Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO; 2006.
  30. Schuller A. Detail document over effecten jeugdgezondheidszorg. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.20. RIVM. Bilthoven, 2006. Update december 2009. Geraadpleegd 2 sept 2010.
  31. Mikhialovich K, Morrison P. Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. *J Child Health Care*. 2007;11:311.
  32. Fleuren M. Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoren van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO; 2010.
  33. Smith SM, Gately P, Rudolf M. Can we recognise obesity clinically? *Arch Dis Child*. 2008 Dec;93(12):1065-6.
  34. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *Int J Obes (Lond)*. 2005;29(4):353-5.
  35. Veldhuis L, Struijk MK, Kroeze W, Oenema A, Renders CM, Bulk-Bunschoten AM, e.a. Be active, eat right, evaluation of an overweight prevention protocol among 5-year-old children: design of a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2009;9:177.
  36. Hearn LA, Miller MR, Campbell R. Review of evidence to guide primary health care policy and practice to prevent childhood obesity. *Med J Aust*. 2008;21;188 (8 Suppl):S87-91.
  37. Campbell KJ, Hesketh KD. Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2007;8(4):327-38.
  38. Brink-Melis WJ. Preventie overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg; gewichtig genoeg [MSc proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2009.
  39. Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Beltman M, Brui J, Dijkstra N, Engelberts AC. Overgewicht en obesitas bij jonge kinderen (0-4 jaar). *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;152:324-30.