

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z/2008.048

Primaire preventie van overgewicht en obesitas voor 0-4 jarigen Een pilot studie

Datum	mei 2008
Auteur(s)	Drs. M. Beltman Dr. M.P. L'Hoir Dr. M.M. Boere-Boonekamp
Mede gefinancierd door:	Innovatiefonds Zorgverzekeraars (voorheen Centraal Fonds RVVZ)
Projectnummer	031.12171
Adviseurs	Drs. G. Meulder, Psychologen Praktijk Leusden Drs. C. Kessler, Ethiek Instituut, Utrecht Dr. M.A. van den Hoven, Ethiek Instituut, Utrecht Dr. B.E. van Sleuwen, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden
Aantal pagina's	92 (incl. bijlagen)
Bijlagen	6

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Proefscholing	7
2.1	Evaluatie scholing.....	7
2.2	Telefonische begeleiding.....	7
2.3	Enquête werkboek.....	9
3	Materialen	11
4	Conclusie	13

Bijlage(n)

- A Werkboek JGZ medewerkers
- B Dagprogramma scholing
- C Evaluatie Proefscholingen
- D Brochure over baby's en gezonde voeding
- E Brochure over peuters en kleuters en gezonde voeding
- F Factsheet voor medewerkers in de JGZ

1 Inleiding

Overgewicht komt steeds vaker voor. Eén op de 6 kinderen is te zwaar en steeds meer kinderen worden steeds jonger zwaarlijvig. Onderzoek laat zien dat er een relatie bestaat tussen gewicht op (zeer) jonge leeftijd en overgewicht en obesitas tijdens de volwassenheid. Dit is een zorgelijke ontwikkeling en een omvangrijk probleem. Behandeling blijkt zeer moeilijk. Daarom is preventie noodzakelijk, bij voorkeur al op jonge leeftijd.

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) met haar bereik van 95% van jonge gezinnen en haar frequente contactmomenten is bij uitstek de plaats om een preventieve aanpak van overgewicht te introduceren

Een onderzoeksgroep, bestaande uit dr. M.M. Boere-Boonekamp, drs. M. Beltman en dr. M.P. L'Hoir, heeft in de afgelopen jaren een determinantenstudie verricht ter voorbereiding op de ontwikkeling van een interventie voor de primaire preventie van overgewicht. De resultaten van deze studie vormen de ingrediënten van een aanpak die aansluit bij de 5 BBOFT elementen uit het overbruggingsplan: bevorderen van Borstvoeding, Buiten spelen, Ontbijten en het reduceren van Frisdrankgebruik en tv kijken.

In 2007 is de pilotstudie 'Primaire preventie van overgewicht en obesitas bij 0-4 jarigen', gefinancierd door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars (voorheen Centraal Fonds RVVZ), van start gegaan. Het betreft de ontwikkeling en het uittesten van een scholing en materialen voor JGZ-medewerkers gericht op het toepassen van de nieuwe BOFT+ aanpak. De aanpak start zodra de baby is geboren en veelal nog geen overgewicht heeft en richt zich, naast de elementen: buiten spelen, ontbijten, reduceren frisdrankgebruik, reduceren tv kijken (BOFT), vooral op de opvoedingsstijl van ouders. Per contactmoment wordt geanticipeerd op wat in de volgende fase van de baby, peuter of kleuter belangrijk is. Voorbeelden zijn: "smaakontwikkeling bij baby's", "het frequent aanbieden van onbekend voedsel aan zuigelingen" en als het kind wat ouder is "hoe eet je met een peuter aan tafel" en "hoe ga je om met tv kijken". Om de aanpak te testen zijn twee proefscholingen gehouden, die zijn geëvalueerd.

Aangezien bij opvoeding en preventie van overgewicht ook ethische aspecten een rol spelen, bijvoorbeeld als de ouders zelf overgewicht hebben of vanwege hun niet-westerse achtergrond andere culturele gewoonten hebben, is het Ethiek Instituut met het project 'Preventie van overgewicht bij jonge kinderen: respectvolle omgang met andere waardepatronen' nauw bij het onderzoek betrokken.

In vervolg op dit project heeft ZonMw een omvangrijk voorstel gehonoreerd waarin onderhavige aanpak wordt vergeleken met een meer op E-health gerichte aanpak die ontwikkeld is vanuit de Erasmus Universiteit en een controlegroep. Dit betreft een cluster gerandomiseerde interventiestudie, waarbij 60 JGZ teams van 10 regionale JGZ instellingen worden gerandomiseerd en 3000 pasgeborenen zullen worden geïncludeerd en gevolgd tot de leeftijd van 3 jaar.

Een uitgebreide omschrijving van de aanpak en literatuurlijst is te vinden in het werkboek (zie bijlage A).

2 Proefscholing

In totaal namen 28 JGZ-verpleegkundigen en artsen van Thuisorganisatie Carinova te Deventer deel aan de eerste proefscholing en 21 JGZ-medewerkers van Carinova te Ommen aan de tweede proefscholing. Deze scholing werd verzorgd door de heer drs. G. Mulder (gedragstherapeut), mevrouw dr. M.P. L'Hoir (psychotherapeut), mevrouw dr. M.M. Boere-Boonekamp (arts maatschappij en gezondheid) en drs C. Kessler (ethica). De deelnemers ontvingen een map met daarin het dagprogramma (zie bijlage B), een werkboek (zie bijlage A), hand-outs van de presentaties, de leerdoelen, een evaluatieformulier en het artikel "Gezette tijden: over de morele plicht niet lelijk dik te zijn" van Inez de Beaufort.

2.1 Evaluatie scholing

De scholing is geëvalueerd door middel van een evaluatieformulier dat is ingevuld door de deelnemers, video-opnames en observaties van de onderzoekers. Uit de evaluatie van de eerste scholing bleek dat de scholing over het algemeen als positief en stimulerend is ervaren (zie bijlage C). Bijna iedereen vond de tijd die voor de scholing stond te weinig. Het is daarom belangrijk dat de tijd die voor elk onderdeel staat ook wordt aangehouden. Daarnaast bleek dat duidelijker moet worden aangegeven dat deze scholing een onderdeel is van het onderzoek 'primaire preventie van overgewicht en obesitas'. Verder was men van mening dat beter moeten worden toegelicht wat het doel is van het ethische gedeelte. Tenslotte gaven de deelnemers aan meer behoefte te hebben aan praktijkvoorbeelden en oefening, eventueel door middel van rollenspellen. Door middel van de input van de deelnemers tijdens de eerste scholing en op het evaluatieformulier is de scholing verder uitgewerkt en geoptimaliseerd.

Ook uit de evaluatie van de tweede scholing blijkt dat de deelnemers de scholing als positief en stimulerend hebben ervaren. Bij velen is de achtergrondinformatie al min of meer bekend en bestaat vooral de behoefte aan de praktische toepassing van deze kennis. Het tweede gedeelte over de 7 sleutels naar geluk moest nog verder worden uitgewerkt. Dat leek alleen voor hoog opgeleide ouders bruikbaar te zijn. De verschillende werkvormen werden als prettig ervaren. Tenslotte vond een aantal dat de scholing te lang duurde. Vooral het tijdstip (woensdagmiddag) speelde daarbij een rol.

Door deze evaluatie is de scholing voor JGZ-medewerkers voor de aanpak ter preventie van overgewicht verder uitgebouwd en geperfectioneerd.

2.2 Telefonische begeleiding

Na de eerste scholing hebben 7 deelnemers zich opgegeven voor een extra begeleidingstraject voor het toepassen van de aanpak. Drie van hen gaven aan toch te weinig tijd te hebben hieraan mee te werken. Na de tweede scholing hebben 5 mensen zich opgegeven en meegedaan. Deze begeleiding heeft drie maanden geduurd en is via de mail of telefoon verlopen. De begeleiding is in 4 periodes van 2 weken in te delen (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Periodes van begeleiding

Periode	Gericht op consult leeftijd kind
1	0-3 maanden
2	0-3 en 7½ maand(en)
3	0-3, 7½ en 11 maand(en)
4	0-3, 7½, 11 en 14-15 maand(en)

Er is aan de deelnemers gevraagd in periode 1 te beginnen de aanpak toe te passen tijdens de consulten van de kinderen in de leeftijd van 1-3 maanden. In 2^e periode werden daar ook de kinderen van 7½ maand aan toegevoegd. In de 3^e periode de kinderen van 11 maanden en de 4^e periode de kinderen van 14-15 maanden. Naast het werkboek konden de deelnemers ook gebruik maken van het A-4tje waarop per leeftijd de aandachtspunten weergegeven stonden met de daarbij horende verwijzing naar de achtergrondgegevens die in het werkboek staan vermeld. Aan het einde van elke periode heeft een van de onderzoekers telefonisch contact opgenomen op een voor de deelnemer geschikt moment. Tijdens de gesprekken werd aan de hand van een checklist nagegaan of en hoe de aanpak gebruikt werd door de JGZ-medewerkers en werden eventuele belemmerende en bevorderende factoren besproken. Ook werd gevraagd welke onderwerpen nieuw waren voor de medewerkers en of ze voldoende tijd hadden om elk gedragsdoel aan de orde te stellen. Daarnaast kon men tussendoor altijd vragen stellen via de mail. Aan de deelnemers van de tweede scholing is bovendien gevraagd of men mee wilde werken aan een korte telefonische vragenlijst ten behoeve van het onderzoek ‘Preventie van overgewicht bij jonge kinderen: respectvolle omgang met andere waardepatronen’ van het Ethiek Instituut. Daarin werden vragen gesteld over de ethische vraagstukken rond overgewicht. Na de 4^e periode is tevens gevraagd een evaluatieformulier in te vullen.

Tijdens de telefoongesprekken kwam vooral naar voren dat de JGZ-medewerkers zich prima kunnen vinden in de aanpak zoals die er nu ligt. Een aantal geeft wel aan soms te weinig tijd te hebben om alle punten te bespreken. Dit geldt vooral tijdens de consulten waarbij de kinderen ook ingeënt moeten worden. Onderwerpen als “een restje in de fles overlaten” en “geen extra fles geven” worden al genoemd door de kraamhulp. “Eten en tv kijken” blijkt een moeilijk onderwerp te zijn. Ouders lijken niet te begrijpen wat daar slecht aan is. Ook het elke dag naar buiten gaan is lastig te bespreken. Dan is de reactie vaak: “Niet met vies weer.” JGZ-medewerkers geven aan niet belerend over te willen komen. En dat is soms lastig. Nieuwe onderwerpen zijn vooral “snoep en Tv kijken niet als beloning of straf gebruiken” en “elke dag naar buiten gaan”. Het onderwerp “een peuter zelf laten lopen” is nog niet aan de orde bij 11 maanden. Dit kunnen de medewerkers anticiperend bespreken, maar dit doen ze niet altijd. Het leren water drinken is voor sommigen een echte eyeopener. De meeste dachten dat dit al werd gedaan door de ouders, maar dat het, door er een vraag over te stellen, niet zo blijkt te zijn. Vaders en moeders blijken niet altijd op een lijn te zitten. Dit zou een onderdeel van de scholing moeten worden. Het uitgangspunt moet dan ook zijn dat het hele gezin hierin mee moet gaan. De positieve benadering naar ouders toe, dat een uitgangspunt is van de scholing, gebruiken ze nu heel bewust tijdens elk consult. Een medewerker gaf aan: “Ik was vroeger zo met de inhoud bezig dat ik de vorm wel eens vergat”. Het zou handig zijn als er een geheugensteuntje zou komen voor alle onderwerpen en vormen die aan bod komen tijdens de scholing. Daarbij kan gedacht worden aan een klapper op het bureau of een kaart op het computerscherm.

2.3 Enquête werkboek

Aan alle deelnemers van de eerste proefscholing is gevraagd een digitale korte enquête in te vullen over het werkboek, enige weken na de scholing. Slechts 6 deelnemers hebben dit gedaan. Vijf deelnemers hebben het werkboek volledig gelezen. Een geeft aan dit niet te hebben gedaan, omdat ze al teveel informatie krijgt. Alle 5 geven aan dat hun algemene indruk van het werkboek (zeer) positief is. Zij geven dan ook een gemiddeld rapportcijfer van 7,8. Ze ervaren het als helder, makkelijk leesbaar, overzichtelijk en volledig. Vier van de 5 geven aan dat het werkboek informatie bevat dat nieuw is, namelijk algemene informatie overgewicht, hoofdthema voeding en eetgedrag, hoofdthema beweging en beweeggedrag, communicatiemethodieken, over het voorkomen van driftbuien aan tafel en het voorbeeld van toepassing van leerprincipes en motivational interviewing bij een kind dat niet aan tafel wil eten. Vier van de deelnemers gebruiken het werkboek ook daadwerkelijk in de praktijk. Daarin worden de volgende onderwerpen gebruikt die voorheen niet werden genoemd: zelfregulatie voeding, variatie in smaak en structuur van voedsel, bewust eten: voor eten neem je de rust en de tijd, eten doe je op een vaste plek, bij voorkeur aan tafel, voedsel en belonen, (water) drinken, tussendoortjes, de 'ruimte' om te bewegen en spelen, dagelijks naar buiten, tv kijken en computerspelletjes, rust, regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme. Twee onderwerpen werden gemist: hoe je bespreekt dat het kind geen tv op de slaapkamer moet hebben (haalbaarheid van beperking 'screentijd') en een manier om dit werkboek ook te gebruiken bij kinderen met ondergewicht.

3 Materialen

Ter ondersteuning van de informatie die de ouders ontvangen van de JGZ-arts of -verpleegkundige zijn verschillende materialen ontwikkeld. De methode die o.a. gebruikt wordt is die van “active learning” (McGuire Persuasion Communication Model)¹. Om aandacht te krijgen van je doelgroep moet je de boodschap op een onverwachte manier formuleren. Bijvoorbeeld: “borstvoeding is de optimale voeding voor baby’s, maar je moet er hard aan trekken en je kunt tegenslagen verwachten. Wanneer die niet worden overwonnen, dan kan het nodig zijn dat je - tegen je wil in - eerder stopt met borstvoeding geven.” Zulke boodschappen maken de kans groter dat de lezer de boodschap actief leest en zorgt voor een toename aan kennis over het onderwerp. De vaardigheden die mensen nodig hebben om het gewenste gedrag te vertonen, moeten in de brochure staan. Ook via afbeeldingen (die nog zullen worden toegevoegd) moeten vaardigheden gevisualiseerd worden, afgewisseld met informatie over het te bereiken doel.

Boodschappen die enige mate van angst oproepen werken goed als je direct erna oplossingsgerichte strategieën aanbiedt, die effectief zijn en uit te voeren zijn door de ouders. De combinatie van een zekere mate van dreiging/angst en oplossing vergroot de kans dat de ouders het gewenste gedrag gaan toepassen.

Bij de attitude aanpak is het belangrijk dat je uitgaat van de bestaande overtuigingen van de cliënt. Bijvoorbeeld als ouders een huilbaby hebben gehad en ze bereiden zich nu, met al hun ervaring, hierop beter voor, dan kunnen ze het voorkomen bij de volgende baby en meer genieten van hun kind. Door overtuigende boodschappen, proberen we ouders die voor de eerste keer ouder zijn positieve attitudes bij te brengen.

Er zijn twee brochures voor ouders ontwikkeld over gezonde opvoeding, één betreft baby’s en één betreft peuters en kleuters. De volgende onderwerpen komen daarin aan bod: voeding, smaakontwikkeling, huilen en slapen, bewegen en opvoeding. Daarin zijn steeds vier rolmodellen gebruikt. Het zijn voorbeelden uit het gewone leven (gebaseerd op de focusgroepen van de determinantenstudie). Er zitten ook waarschuwingen in om ouders voor te bereiden op sociale druk en voorbeelden van hoe ze die druk hebben weerstaan (zie bijlagen D en E). Daarnaast zijn voor de JGZ-medewerkers twee factsheets ontwikkeld, namelijk “Tv kijken en computeren” (zie bijlage F) en “Over het voorkomen van driftbuien aan tafel” (zie bijlagen 1B van het werkboek (blz. 55) en voor de ouders de factsheet “Over het leren eten van een peuter aan tafel” (zie bijlagen 1A van het werkboek (blz. 55)).

¹ McGuire WJ. Attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (eds.). The handbook of social psychology: Vol. 2. Special fields and applications (3rd ed., pp. 233-346). New York: Knopf. Persuasion Communication Model

4 Conclusie

De BOFT+ aanpak, zoals beschreven in het werkboek (zie bijlage A), is na de eerste proefscholing verder uitgewerkt en geperfectioneerd. Na de tweede scholing zijn de laatste puntjes op de i gezet. De JGZ-medewerkers hebben de scholing over het algemeen als positief en stimulerend ervaren. Tijdens de telefoongesprekken met de deelnemers van de scholing die extra begeleiding kregen bij het toepassen van de aanpak, kwam vooral naar voren dat zij zich prima kunnen vinden in de aanpak zoals die er nu ligt. Een aantal onderwerpen waren echte eye-openers en ook de methodieken, zoals positieve bekrachtiging, worden als een belangrijke aanvulling beschouwd op de methoden die ze gebruiken om ouders te bereiken.

Ook het werkboek werd als (zeer) positief ervaren. De medewerkers zouden echter wel geholpen zijn met een geheugensteuntje voor de onderwerpen en gespreksmethoden die per consult aan bod komen. Hier zal in het ZonMw project rekening mee worden gehouden.

Er kan dus geconcludeerd worden dat de BOFT+ aanpak bruikbaar en toepasbaar is voor medewerkers in de JGZ. Hierbij zijn de scholing en de materialen een goed hulpmiddel dit over te dragen naar de medewerkers en ouders.

A Werkboek JGZ medewerkers

TNO Kwaliteit van Leven

TNO-rapport

KvL/P&Z/2008.057
Primaire preventie
van overgewicht en obesitas
in de JGZ voor 0-4 jarigen,
een werkboek voor JGZ medewerkers

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

Bijlage A

Datum	mei 2008
Auters	Drs. M. Beltman Dr. M.M. Boere-Boonekamp Dr. M.P. L'Hoir
Adviseurs	Drs. G. Mulder, Psychologen Praktijk Leusden Drs. C. Kessler, Ethiek Instituut, Utrecht Dr. M.A. van den Hoven, Ethiek Instituut, Utrecht Dr. B.E. van Sleuwen, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden
Projectnummer	031.12171
Mede gefinancierd door:	Innovatiefonds Zorgverzekeraars (voorheen Centraal Fonds RVVZ)
Rapportnummer	KvL/P&Z/2008.057
Aantal pagina's	81 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	3

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2008 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	De interventie	9
2.1	De thema's en gedragsdoelen in de interventie	9
3	Communicatiemethodieken	25
3.1	Aangrijpingspunten voor interventie	25
3.2	Inpassing van de gedragsdoelen in de JGZ-contactmomenten	28
4	Risicogroepen	43
5	Literatuurlijst	45
Bijlagen:		
1A	Over het leren eten van een peuter aan tafel.....	55
1B	Over het voorkomen van driftbuien aan tafel.....	55
2	Voorbeeld van toe toepassing van leerprincipes en motivational interviewing bij een kind dat niet aan tafel wil eten.....	59

1 Inleiding

Voorkomen is beter, gezonder en goedkoper dan genezen

Overgewicht komt steeds vaker voor, zowel bij volwassenen als bij kinderen (1-2).

Onderzoek laat zien dat er een relatie bestaat tussen gewicht op (zeer) jonge leeftijd en overgewicht en obesitas tijdens de volwassenheid.(3-6) Behandeling blijkt zeer moeilijk (7-10) Daarom is preventie noodzakelijk, bij voorkeur al op jonge leeftijd. Eén van de redenen om al op jonge leeftijd in te grijpen is dat men een leefstijl waaraan men in de loop der jaren gewend is geraakt steeds moeilijker kan veranderen.

Er is een aantal zichtbare, makkelijk te traceren factoren bekend die goede voorspellers zijn voor obesitas voor een bepaalde groep kinderen. Maar het feit dat bijvoorbeeld het hebben van een ouder met overgewicht de kans op overgewicht of obesitas bij het kind sterk vergroot, biedt nog geen concrete aangrijpingspunten voor preventie. Het is duidelijk dat voeding, beweging en opvoeding een belangrijke rol spelen.

Ouders hebben de taak hun kinderen zo gezond mogelijk te laten opgroeien. Hiervoor hebben zij kennis nodig om de juiste keuzen voor hun kinderen te maken en vaardigheden om de gemaakte keuzen in te passen in hun opvoeding. Op de voorschoolse leeftijd hebben we dan ook te maken met gedrag van kinderen dat hen door ouders wordt aangeleerd. Daarnaast is het kind afhankelijk van wat ouders aanbieden, wat betreft voeding, beweging, inactiviteit en ritme in de dag. Preventie van overgewicht op deze leeftijd richt zich daarom in eerste instantie op de ouders, door middel van:

- het aanreiken van kennis over de bij hun kind gewenste gedragingen die beschermend werken t.a.v. het ontstaan van overgewicht;
- het stimuleren van gezonde voedings- en bewegingsmogelijkheden in het gezin;
- het aanreiken en stimuleren van opvoedingsmethodieken om het gewenste gedrag bij kinderen te bewerkstelligen;
- het ondersteunen van ouders indien zich problemen voordoen bij het aanleren van dit gedrag.

De JGZ met haar bereik van 95% van de jonge gezinnen en haar frequente contactmomenten is bij uitstek de plaats om een preventieve aanpak te introduceren.

In de afgelopen jaren is er met financiële ondersteuning van het Fonds Openbare Gezondheidszorg en Zorg Onderzoek Nederland een determinantenstudie verricht als voorbereiding op de ontwikkeling van een interventie voor de primaire preventie van overgewicht, die kan worden gebruikt in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen. Dit vooronderzoek bestond uit een literatuurstudie, focusgroepinterviews en vragenlijstonderzoek. De resultaten van dit onderzoek leverden op de eerste plaats de doelen aan voor de interventie ofwel het gewenste gedrag van ouders waarmee het ontstaan van overgewicht bij hun kind mogelijk kan worden voorkomen. Deze doelen sluiten aan op de doelen die in het 'Overbruggingplan overgewicht JGZ' worden vermeld (11). Op de tweede plaats gaf dit vooronderzoek inzicht in de belemmeringen en problemen die ouders ervaren om het gewenste gedrag uit te voeren.

In deze interventie heeft eten een plaats, maar bewegen en opvoeden zijn eveneens belangrijk en mogelijk zelfs belangrijker! Want wanneer kinderen “verantwoord” zouden eten, dan nog blijven zij het risico lopen een discrepantie in groei te ontwikkelen. Dat komt omdat de kans bestaat dat kinderen in deze tijd steeds minder gaan bewegen. Het gevaar bestaat dat kinderen meer in de maxi cosi zitten en maar weinig spelen in de box waarin meer beweegruimte is. Een tuin om in te spelen is niet altijd aanwezig, ouders doen minder lopend boodschappen, kinderen kijken langer televisie, etc.. Als ze wat ouder worden maken ze toenemend gebruik van moderne technische oefjes waardoor ze kunnen blijven zitten, en toch vertier hebben (tv kijken met gebruik van afstandsbediening), hun sociale contacten onderhouden (chatten i.p.v. naar je vriendje fietsen) of hun (school)werk verrichten (achter de computer, surfend op internet i.p.v. naar de bibliotheek of in direct overleg met klasgenoten). Dit betekent dat voldoende bewegen, maar vooral ook minder passiviteit, in de interventie veel aandacht mag krijgen. Ook daar moet zo vroeg mogelijk mee worden begonnen. Kinderen kunnen en moeten dit van ouders leren.

De fase van bewustwording is bij de cb-medewerkers reeds voorbij. Het is bij elke professional bekend hoe omvangrijk het probleem van overgewicht en obesitas is. Daarna volgt de fase van gedragsverandering, maar waar moeten we precies mee beginnen en zijn er ook schadelijke gevolgen verbonden aan al die aandacht voor dit probleem?

Wanneer we naar Amerika kijken, is daar veel aandacht voor overgewicht, maar de campagnes daar hebben niet het gewenste effect gesorteerd. Men is verslaafd aan: fastfood, parkeren zo dicht mogelijk bij de ingang van de “malls”, kijken naar American football, maar vooral vanuit de luie stoel, en eten op school, waar de tieners alleen de brownie van het plateau afnemen en de gezonde ingrediënten laten liggen.

De interventie is vooral gericht op het overdragen van informatie aan ouders, waar de nadruk ligt op stimuluscontrole, het stellen van grenzen en zelfregulatie.

1. Stimuluscontrole betekent dat ouders wordt geleerd dat het structureren van tijd en ruimte, het invoeren van vaste regels en gewoonten en het ondubbelzinnig en in concrete taal aangeven van grenzen tot gevolg heeft dat ongewenst gedrag wordt voorkomen en positief gedrag zich zal aandienen. Kleine kinderen houden van voorspelbaarheid.

2. Zelfregulatie is hiervan een gevolg. Dit betekent dat het kind zelf stopt met eten als hij genoeg heeft, zelf in slaap valt, zelf rustig kan spelen, zelf in bed blijft als hij naar bed is gebracht, en zichzelf kan controleren als hij boos is.

3. De nadruk bij de aanpak ligt op de **sensitiviteit** van de opvoeder. Dit betekent dat de ouder niet te restrictief, te dwingend, te verbiedend is, maar ook niet te permissief, te toegeeflijk. Om dit te bereiken zijn positieve aandacht, veilige hechting, “responsieve sensibiliteit” en grenzen nodig.

4. Het stellen van grenzen bereik je o.a. door stimuluscontrole. Zo is de cirkel gesloten.

In deze aanpak ligt heel bewust de aandacht niet op belonen en straffen, omdat daar juist, uit onmacht bij ouders, vaak verkeerd gebruik van wordt gemaakt. Voorbeelden hiervan zijn: tv kijken of snoep geven als beloner voor goed gedrag. Dergelijk ongunstig opvoedingsgedrag is te voorkomen door ouders meer te leren over stimuluscontrole.

Wel mag duidelijk en eenduidig gesteld worden dat eten, snacks en tv kijken nooit als beloner of straf moeten worden gebruikt.

De JGZ-medewerker weet als geen ander dat de aandacht juist verschuift naar hetgeen als beloner wordt gebruikt. De bloemkool is namelijk niet meer interessant maar het toetje wel als het kind wordt beloofd dat het alleen een toetje krijgt als het zijn bord leeget. Dit voorbeeld laat treffend zien dat hier geen sprake is van zelfregulatie van het kind (het bord moet leeg, ongeacht of het kind een verzadigd gevoel heeft). Daarbij krijgt het toetje veel te veel aandacht! Door gewoon in het weekend een zoet toetje te geven en door de week fruit, als een vanzelfsprekendheid, niet gekoppeld aan welk gedrag van het kind dan ook, is dat voor het kind duidelijk. Kinderen houden van duidelijkheid.

Een valkuil die dreigt rond preventie van overgewicht en obesitas is de nadruk die gelegd wordt op het beperken van het eten, c.q. op diëten. Ouders, die onder de druk van de media “ingrijpen”, voeding gaan beperken en gaan “overcontroleren”, lopen de kans dat dit een averechts effect heeft. Kinderen kunnen in reactie daarop juist veel gaan eten, te snel, ze gaan eten verstoppen of wegnemen. Met name meisjes lijken hiervoor gevoelig.

2 De interventie

Het gewenste gedrag van ouders ofwel de gedragsdoelen staan in de interventie centraal. Deze doelen zijn geformuleerd op basis van literatuurstudie, de resultaten uit de voorafgaande voorstudie (12), en pedagogische en gedragstherapeutische principes. Het determinantenonderzoek was nodig om een inspiratiebron en leidraad te hebben voor het ontwikkelen van de interventie.

Of ouders bepaald (gewenst) gedrag gaan uitvoeren wordt, behalve door aanwezige kennis, beïnvloed door een aantal factoren zoals de perceptie van het (over)gewicht, de determinanten daarvan (voeding en beweging) en de eventuele consequenties, van eigen mogelijkheden en de sociale omgeving en ondersteuning die men ondervindt. Bij elk van de te bereiken gedragsdoelen kunnen deze factoren een rol spelen en zijn zij in wisselende mate te beïnvloeden door de hulpverleners. Inzicht in hoe gedrag tot stand komt, helpt om ouders beter te leren begrijpen.

2.1 De thema's en gedragsdoelen in de interventie

De interventie richt zich op drie hoofdthema's die in deze paragraaf nader zijn uitgewerkt. Naast het hoofdthema 'opvoeding' spelen bij de preventie van overgewicht vanzelfsprekend ook de energie-inname en het energieverbruik een rol. Deze zijn vertaald naar de andere twee hoofdthema's 'voeding en eetgedrag' en 'beweging en beweeggedrag'. De uit het vooronderzoek voortgekomen gedragsdoelen zijn vervolgens ingedeeld naar subthema.

2.1.1 Hoofdthema opvoeding

Aangezien de preventie van overgewicht gericht is op een zeer jonge leeftijdsgroep kinderen, de 0-4 jarigen, vormen ouders de voornaamste ingang voor de interventie. Het achterliggende model van de interventie voor primaire preventie start daarom met opvoedingsprincipes. Deze principes sluiten goed aan bij bestaande opvoedstrategieën zoals het Triple P programma (13) of de oudercursus "Positief omgaan met kinderen" van Husmann & Bakker (14) of, specifiek, op de door Schregardus beschreven aanpak "Slaapproblemen bij kinderen" (15).

De volgende opvoedingsprincipes vormen de basis voor de uitwerking van de gedragsdoelen in de interventie:

1. Regelmaat, voorspelbaarheid en zelfregulatie

Intussen is er voldoende evidentie dat regelmaat en voorspelbaarheid sleutelbegrippen zijn in de aanpak van baby's die veel huilen en weinig slapen (16). Wanneer baby's toekomen aan hun eigen slaap-, drink- en speelbehoefte, raken ze niet oververmoeid. Zelfregulatie is hierbij het sleutelbegrip. Het na één a twee weken oppakken van een baby zodra het huilt, is goed bedoeld, maar ouders doen hiermee de zelfregulatie van het kind teniet.

Uit onderzoek is gebleken dat kinderen die uitgerust zijn geen hazenslaapjes doen, adequate hoeveelheden drinken omdat ze het drinken kunnen volhouden, en zichzelf kunnen vermaken (17). Dit bevordert een gezond interactiepatroon en de ouders worden gesterkt in hun rol als verzorger/opvoeder. Uit verschillend onderzoek is 'weinig slapen' als determinant van overgewicht en obesitas naar voren gekomen (12;18;19). Er is een relatie tussen het vanaf zeer jonge leeftijd weinig slapen en het krijgen van overgewicht en obesitas.

Wanneer huilproblemen niet worden opgelost, kan dit een voorbode zijn van problemen op het gebied van eten, slapen en gedrag. Het niet kunnen hanteren van overmatige huilen en het ontwikkelen van schuldgevoelens of gevoelens van tekort schieten, kunnen hun invloed doen gelden op andere pedagogische terreinen waar het stellen van grenzen belangrijk is. Huilen is in feite de eerste uitdaging van de opvoeding. Huilen confronteert ouders voor het eerst met onderwerpen die gedurende de hele opvoeding spelen.

Het aanbrengen van regelmaat en voorspelbaarheid wordt een benadering die ingebed wordt in de aanpak van de JGZ en vormt een mooie bouwsteen voor de preventie van overgewicht en obesitas (16). Ouders leren waarom een dagelijks ritme, vaste regels en gewoonten positief uitwerken. Eetmomenten kunnen gekoppeld worden aan het bestaande concept van regelmaat en voorspelbaarheid. Het grenzeloze kan, voordat de problemen zich aandienen, worden gecoupeerd op een prettige, positief opbouwende manier.

2. Stimuluscontrole

Ongewenst gedrag kan worden voorkomen door stimuluscontrole toe te passen. Dit betekent concreet dat ouders suggesties en adviezen worden aangereikt met betrekking tot het structureren van tijd en ruimte. De communicatie met kinderen wordt verbeterd door vaste regels en gewoonten in te voeren, helder en ondubbelzinnig verzoeken en bevelen tot kinderen te richten in concrete taal. Daarmee kunnen ouders heel wat problemen bij hun kinderen voorkomen.

Ongewenst gedrag van kinderen kan samenhangen met het feit dat ze niet kunnen voldoen aan de eisen die de situatie stelt. Het spelen in een kamer waar de verzameling porseleinen beeldjes van moeder staat zonder iets te breken, is voor een peuter onmogelijk. Aan ouders kan worden uitgelegd bij welk ontwikkelingsniveau welke eisen passen en zij kunnen leren dit zelf in te schatten voor hun kind. Veel kleuters die niet in staat zijn om de omgeving te structureren en zichzelf te beheersen bij verandering, zijn gebaat bij pictogrammen waarop de dagindeling is gevisualiseerd. Verder is belangrijk dat de ouders oog hebben voor de situatie waarin het kind verkeert (het vragen te stoppen met spelen als de kleuter in het hevigste moment is van een spel, zal sneller ongewenst gedrag oproepen dan het vragen te stoppen als net een spel is afgerond.) De manier waarop een ouder iets vraagt, maakt ook verschil in de kans op een gewenste of ongewenste reactie.

Ouders leren tijd en ruimte structureren, voeren vaste regels en gewoonten in en richten helder en ondubbelzinnig verzoeken en bevelen tot hun kinderen in concrete taal (stimuluscontrole). Duidelijk nee zeggen als een ouder iets niet wil, is hiervan een voorbeeld.

Bijvoorbeeld: "Nee, je krijgt nu geen koekje. Ik zie dat je het heel graag wilt. Vervelend voor je. Het antwoord blijft nee". Ook als kinderen dan gaan zeuren, hoeft de ouder het hier niet meer over te hebben. Nee is nee. Hoe duidelijker een ouder is, hoe eerder een kind het zeuren opgeeft. Zeuren helpt toch niet (20).

3. Operante leerprincipes

Het is van belang dat ouders onderscheid leren maken tussen gewenst en ongewenst gedrag. Het komt vaak voor dat ouders zo geobsedeerd zijn door ongewenst gedrag van hun kind dat ze geen oog hebben voor het gedrag dat ze wel wenselijk vinden. Het gewenste gedrag is voor hen vaak vanzelfsprekend en niet de moeite waard om aandacht aan te besteden (20).

Ouders kunnen effectiever met gedrag van hun kinderen omgaan als ze kennis krijgen aangereikt over het onderscheid tussen gewenst en ongewenst gedrag en hoe ze hierop

kunnen reageren, gebaseerd op operante leerprincipes. Ouders leren begrijpen waarom een tv of computer niet bedoeld is om gedrag te belonen. Ouders leren ook dat wanneer kinderen een toetje in het vooruitzicht wordt gesteld als ze hun bord leeg eten, de aandacht van het kind gefocust zal raken op de beloning, namelijk het zoete toetje. Bovendien leert het kind niet intrinsiek voelen dat het voldoende heeft gegeten, maar wordt het “verzadigingsgevoel” opgelegd van buitenaf. De nadelen en valkuilen van conditioneren moeten aan de orde komen. Overige onderdelen zijn:

bekrachten/prijzen, verzwakken van negatief gedrag door negeren, door negatieve feedback en door overcorrectie en straffen (20).

Ouders leren de kracht en risico's van operante leerprincipes, waarom bijvoorbeeld voedsel, snoep en chips niet bedoeld zijn om het gedrag van hun kind te bekrachtigen.

Oorzaken van gedragsproblemen staan overzichtelijk beschreven in de folder: “Positief opvoeden” van (21):

- a. lastig gedrag onbedoeld belonen (een kind zeurt en de ouder leidt het af met een spelletje: de ouder beloont het zeuren);
- b. de escalatie valkuil (een koekje geven om een scène die oploopt te sussen leidt, ertoe dat een kind weer scène zal maken; tenslotte levert het hem iets op als hij maar genoeg scène maakt);
- c. niet reageren op goed gedrag (als kinderen niet worden opgemerkt of gewaardeerd wanneer ze zich goed gedragen, kunnen ze leren dat ongewenst gedrag de enige manier is om wel aandacht te krijgen);
- d. kijken naar anderen (als de ouder schreeuwt, zal het kind dit nadoen);
- e. de manier waarop ouders instructie geven (te veel, te weinig, te moeilijk, het verkeerde moment, te vaag, een boodschap die tegenstrijdig is met de lichaamstaal);
- f. het hele kind, in plaats van het betreffende gedrag afkeuren (“idiot die je bent” i.p.v. “Ik vind het vervelend dat je de goudvissen hebt weggespoeld”);
- g. straf verkeerd gebruiken, dreigen met straf die je niet uitvoert, straf geven in woede, straf als uiterste reactie, inconsequent toepassen van straf;
- h. opvattingen en verwachtingen van ouders die disfunctioneel zijn (“het is maar een fase”, “mijn kind doet dit met opzet om mij te pesten”, “het is allemaal mijn schuld dat mijn kind zo doet”).

Andere invloeden die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van gedragsproblemen zijn: relatieproblemen, emoties en stress door bijvoorbeeld financiële problemen. Deze verstoren het gewone patroon binnen het gezin. Het is belangrijk dat de regelmaat in het gezin gehandhaafd blijft. Factoren van buitenaf: leeftijdsgenootjes, school en media. Het beschikken over sociale vaardigheden helpt kinderen in de omgang met anderen. Ongewenst gedrag (bijv. schuttingtaal) kan ook worden geleerd via de media.

4. Imitatieren ofwel modeling

Kinderen leren o.a. door instructie, maar veel gedrag leren ze door imitatie van anderen. Jonge kinderen zijn responsiever op modelgedrag dan oudere kinderen (22;23).

Kinderen nemen gedrag over van iemand die ze belangrijk vinden, hun ouders, maar ook hun broertjes en zusjes. Wat de moeder eet, lijkt meer te worden overgenomen dan wat de vader eet (24). Leren door het nadoen van anderen lijkt simpel en op zichzelf staand, maar veel factoren zijn hierop van invloed.

Nabootsing vindt plaats als er sprake is van warmte en sympathie bij degene die iets voordeelt. Gelijkenis tussen degene die leert en het model voor wat betreft leeftijd, socio-economische status, ras en andere dimensies hebben invloed op de imitatie. Ouders moeten beseffen dat leren door het nadoen van anderen een vorm van sociaal leren is. Het vindt bijna nooit geïsoleerd plaats; een kind zal al snel een schreeuwende moeder nadoen. Maar als hij “beseft” dat negatieve aandacht ook aandacht is en zijn moeder altijd reageert als hij schreeuwt en niet als hij gewoon praat, dan wordt het gedrag bekrachtigd en zal het schreeuwen in frequentie en intensiteit toenemen. Voor JGZ-medewerkers is kennis over modeling van groot belang. Kennis over het feit dat van het ene model wel gedrag wordt overgenomen en van het andere niet, en waarom dat gebeurt, is belangrijk. Verschillende modelvariabelen spelen een rol, zoals status, warmte, sympathie en inter-persoonlijke aantrekking tussen de betrokkenen. Maar ook innerlijke processen in diegene die observeert spelen een belangrijke rol, zoals attentie, retentie en motivatie, wat noodzakelijke voorwaarden zijn voor het tot stand komen van een imitatie respons. Leren door imiteren is een veel complexere activiteit dan in eerste instantie lijkt. Voor de JGZ-medewerker is kennis over deze variabelen onontbeerlijk. Zij moeten op een eenvoudige manier kennis over deze manier van leren aan ouders kunnen overbrengen. Ouders kunnen vervolgens het gewenste model zijn voor hun kinderen.

5. De vijf belangrijke aspecten van positief opvoeden

Een veilige, stimulerende omgeving, leren door positieve ondersteuning, aansprekende discipline, realistische verwachtingen en goed voor jezelf zorgen als ouder (21).

6. Stressoren gescheiden houden van opvoeding.

Ouders leren stressoren (strikt) gescheiden te houden van opvoedingsproblemen (20). Zij moeten daartoe leren sensitiever te zijn voor stressoren. Uit een onderzoek van Jain bleek dat moeders met een laag inkomen bezig zijn met ‘overleven’ en zich slechts richten op de dagelijkse stressoren (25). Zij gebruiken voeding als ‘copingstrategie’, een middel om te ‘overleven’, bij het hanteren van deze stressoren. Daarnaast zullen de verschillende opvoedingsstijlen die ouders kunnen hanteren de aandacht krijgen: restrictieve, controlerende en verwaarlozende opvoedingsstijlen (26;27). Er is een verband te bestaan tussen een restrictieve opvoedingsstijl en een hoger gewicht van het kind (27). De interne voedingsregulatie lijkt te worden verstoord. Het kind eet wanneer het moet en niet wanneer het trek heeft. Zelfregulatie van het kind betekent dat duidelijke grenzen worden gesteld, waarbinnen het kind beslist wat hij van het aangeboden voedsel neemt en hoeveel. Deze kennis over zelfregulatie kan aan ouders worden overgedragen. Een kind dwingen om zijn groente op te eten werkt niet. De groente wordt door het kind geassocieerd met een negatieve beleving (mopperende moeder), wat aversie in de hand werkt. Een strenge controle werkt evenmin. Dat vergroot de voorkeur voor de “verboden” producten, zoals snacks en snoep. Deze worden juist aantrekkelijk en kinderen krijgen zodoende te weinig mogelijkheden voor zelfregulatie. We moeten ouders laten inzien dat dwangmatig voeden een prijs heeft en we moeten ze alternatieven bieden voor dwingen en verbieden. Een gouden tip voor ouders is: “Doe mij na” werkt beter dan “doe wat ik zeg”. Aangezien de rol die grootouders spelen bij de opvoeding in sommige culturen aanzienlijk lijkt, zal ook dit aspect op specifieke momenten aandacht krijgen.

2.1.2 Hoofdthema voeding en eetgedrag

1. Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme

- a. Ouders streven naar ritme in de dag en daarmee naar voorspelbaarheid voor hun baby. Voor een baby is het prettig als er een vaste volgorde is in slapen, voeden, spelen etc. Dat geldt ook voor peuters en grotere kinderen, zij gedijen bij vaste eetmomenten.

Toelichting: Baby's genieten van voorspelbaarheid en een ritme in de dag. Op een passend moment in het gesprek kan worden uitgelegd dat regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie tevreden kinderen en uitgeruste ouders oplevert! Sleutelbegrippen zijn: wakker worden, voeden, knuffelen bij moeder of vader, even apart in de box, bij signalen van moeheid wakker in bed leggen, zodat de baby zijn slaap leert reguleren! Onderdeel van de kennisoverdracht is dat wordt uitgelegd dat een baby, als het een paar weken oud is niet op de arm in slaap moet vallen maar wakker in zijn bedje te slapen moet worden gelegd.

De JGZ-medewerker geeft informatie over het feit dat huilen tot de leeftijd van 6 weken bij de meeste baby's toeneemt en vervolgens weer afneemt, maar dat baby's bij ca. 6-8 weken vaak tussen de 2 en 2,5 uur per 24 uur huilen. Ouders kunnen eveneens worden voorbereid op het feit dat de meeste baby's in de avonden meestal wat meer huilen. Kennis over beide aspecten kan eventuele onzekerheid bij jonge ouders wegnemen en daarmee de eigen effectiviteit vergroten. Voor een toelichting: zie de nota "Regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie ter preventie van excessief huilen", een uitgave van Z-org in 2005 (16).

2. Aard en hoeveelheid voeding en zelfregulering

- a. Ouders streven ernaar borstvoeding te (blijven) geven.

Toelichting: Natuurlijk wordt gevraagd aan ouders welke voeding zij hun baby geven. Het geven van borstvoeding moet om meerdere redenen ondersteund worden. Er moet echter voor gewaakt worden een waardeoordeel uit te spreken! Desgevraagd kunnen met ouders de voor- en nadelen van de verschillende voedingen worden besproken. Er kan geanticipeerd worden op toekomstige problemen i.v.m. de voeding.

In een recente review in Pediatrics wordt het beschermende effect van het geven van borstvoeding aangetoond (OR 0.87; 95% CI 0.85-0.89) (28). Overige referenties: Arenz en Whitaker (29;30.) Onderzoek naar verstorende variabelen (confounders) is niettemin gewenst. Taveras toonde aan dat hoe langer de moeders borstvoeding gaven, hoe minder restrictief gedrag zij vertoonden ten aanzien van eten op de leeftijd dat het kind een jaar was (31) Deze moeders zijn minder controlerend en responsiever. Subgroep analyses zijn bovendien wenselijk. Grummer-Strawn toonde aan dat langdurige borstvoeding (> 6 maanden) wel geassocieerd is met een verlaagd risico voor obesitas bij niet-Spaanse blanke kinderen, maar niet bij Spanjaarden of Afro-Amerikanen (32). Residu confounding kan ook van invloed zijn; de factoren die de beslissing om borstvoeding te gaan geven, kunnen de preventieve factoren voor obesitas zijn (33).

- b. Ouders bieden voeding aan. De baby regelt de hoeveelheid borst- of kunstvoeding zelf, een restje over laten in de fles mag dus! Bij kunstvoeding worden bij voorkeur de marges per dag aangegeven, en alleen ter indicatie, per voeding.

Toelichting: Bij kunstvoeding worden bij voorkeur de marges per dag aangegeven, en alleen ter indicatie, per voeding. Aan ouders wordt de rationele uitgelegd waarom een baby wat mag laten staan en waarom “de fles volledig leegdrinken” niet wenselijk is. De zelfregulatie van het kind in relatie tot voeden wordt expliciet genoemd. Baby's reguleren veel dingen zelf, namelijk slapen, het produceren van ontlasting en de hoeveelheid die ze doorslikken (drinken/eten). Uit onderzoek blijkt dat baby's die de borst krijgen, meer invloed hebben op hun voedingsinname. Ze bepalen zelf wanneer ze genoeg hebben, want ze draaien hun koppetje weg van de borst (34-37). Zo liet Crow zien, met behulp van filmopnamen van voedingsessies bij flesgevoede en borstgevoede baby's, met intervallen van een maand, dat borstgevoede baby's meer controle hebben tijdens het voeden, terwijl bij flesgevoede baby's de moeder meer controle heeft (34). Bij de fles zijn we nog wel eens geneigd om te denken: “Het moet op”, “Kom kind, nog even doorzetten”, soms ook uit een soort „klijkjesgevoel“ dat wat overblijft niet te bewaren is, en vanuit het gevoel “zonde, die dure melk”. Als ouders flesvoeding geven, is het goed om hen zelf te laten bedenken dat als zij vinden dat de fles per se op moet, de baby niet meer zelf bepaalt wat hij drinkt, maar dat je dat dan als ouder voor hem bepaalt. Aan de borst echter, reguleert het kind dit zelf. Drinkt de baby de ene keer wat minder, dan neemt hij meestal de andere keer wat meer. Agras toonde in onderzoek aan dat een krachtige (wat dwingende) voedingsstijl, snel zuigen onder grote druk, en kortere intervallen tussen zuigmomenten, geassocieerd is met adipositas op 1- en 2-jarige leeftijd (huidploidikte) (38) en op 3 jarige leeftijd (BMI) (35). Faith waarschuwt voor restrictieve voedingspraktijken bij jonge kinderen (5-7 jaar), vooral als er een verhoogd risico is op overgewicht (39).

- c. Bij borstvoeding wordt geen extra fles kunstvoeding gegeven.

Toelichting: Het bij borstvoeding aanbieden van een fles kunstvoeding, niet omdat de baby erom vraagt, maar vanuit de culturele achtergrond, werkt verstoring op de zelfregulering. In bepaalde culturen is dit gebruikelijk. Het hangt samen met de perceptie die men heeft van voeding, groei en gezondheid (40). Uit het determinantenonderzoek bleek ruim 29% van de respondenten van mening dat je bij een kind jonger dan 6 maanden die borstvoeding krijgt elke dag een kunstvoeding extra moet geven. Allochtone respondenten en ouders met een lager opleidingsniveau waren vaker deze mening toegedaan (12). Echter, een fles extra geven aan baby's die borstvoeding krijgen is als het geven van een vierde maaltijd op een dag aan een peuter. Levitslay (2005) toont aan dat de hoeveelheid die peuters eten, toeneemt als je ze meer aanbiedt gedurende de dag. Wat kinderen eten hangt ondermeer af van: de frequentie van maaltijden, de portiegrootte, de kansen dat het kind kan eten, het blootstellen aan eten, het via de media blootstaan aan eten en de duur van de maaltijd.

- d. Ontevredenheid direct na een voeding hoeft niet te worden ‘opgelost’ of ‘beloond’ met voeding.

Toelichting: Voeding geeft baby's in principe voldoening en tevredenheid. Als een baby niet tevreden is direct na de fles, hoeft dat niet meteen 'honger' te betekenen en dat hij te weinig heeft gehad. Een huilende baby die voldoende voeding heeft gehad, hoeft je niet te 'belonen' met voeding. Misschien zit er een boertje dwars of heeft hij nog zuigbehoefte en kan een speen helpen. In het determinantenonderzoek antwoordde 40% van de ouders bevestigend op de stelling dat hun baby de fles altijd in 5 minuten had leeggedronken (12). Sommige baby's lijken onverzadigbaar.

- e. Ouders bereiden de kunstvoeding volgens de gebruiksaanwijzing en voegen geen suiker, rijstbloem, koekjes of liga toe aan de fles!

Toelichting: Er worden al dan niet bewust veel fouten gemaakt bij de bereiding van kunstvoeding (11;41). Mogelijk vindt over- of onderrapportage plaats (42). In sommige culturen is het gebruik om suiker, rijstbloem, liga of koekjes toe te voegen aan de fles. Tijdens de focusgroepinterviews in het determinantenonderzoek kwam dit naar voren. Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat ruim 36% van de respondenten "een schepje voeding extra in de fles geen enkel probleem" vonden. Allochtone ouders en moeders met een lage opleiding waren vaker deze mening toegedaan. Ca. 29% gaf aan al voor de leeftijd van 4 maanden met rijstbloem te zijn begonnen (12). De allochtone ouders in de focusgroepen adviseerden de adviezen te visualiseren, dus bv. "Weet u hoeveel klontjes suiker er in een glas cola zitten?" De ouders moeten de suikerklontjes vervolgens opstapelen naast het glas. Of ouders wordt gevraagd een kilo suiker op een gesterkte hand vast te houden, of het effect van cola wordt getoond "door het op een stuk rauw vlees te gieten". Het zichtbaar maken en vergelijkingen treffen kan een effectieve methode van kennisoverdracht zijn. Of, een laatste voorbeeld: "Wist u dat ik om één Big Mac weer kwijt te raken een kwart marathon (12 km) moet lopen?"

3. Variatie in smaak en structuur van voedsel

- a. Ouders bieden hun kind gevarieerd eten aan! Bij borstvoeding laten zij hun kind al vroeg via de voeding kennis maken met verschillende smaken!

Toelichting: Het beïnvloeden van de smaakontwikkeling door expositie aan smaken vindt al plaats in het derde trimester van de zwangerschap. Door deze prenatale expositie leert de foetus het voedsel dat de moeder eet accepteren en prefereren. Een voordeel van borstvoeding blijkt te zijn dat kinderen vroegtijdig allerlei smaakjes krijgen aangeboden en uitproberen. Natuurlijk hangt dat weer af van welke verschillende smaken moeder eet. Meestal kan zij gevarieerd eten, zoals zij dat in de zwangerschap deed; de kans is groot dat de baby dan ook alle met zorg voorbereide maaltijden (en "alle potjes") lekker zal gaan vinden. Wel duurt het soms even voordat de smaak van het nieuwe hapje gewaardeerd wordt. De meeste ouders stoppen na 2 keer tevergeefs aanbieden, maar beter is het om het met tussenpozen minimaal 10 keer te proberen. Baby's worden geboren met een voorkeur voor zoet en zout en een aversie voor zuur en bitter. Deze voorkeuren kunnen op verschillende manieren worden veranderd. Er zijn aanwijzingen dat baby's die zure babymelkvoeding krijgen jaren later frequenter de voorkeur geven aan zure sapjes dan baby's die niet-zure babymelkvoeding kregen (43;44).

Onderzoek waarbij vroegtijdig diverse kunstvoedingen werden aangeboden met verschillende smaken, toonde aan dat vroege blootstelling aan verschillende smaken, de voorkeur en het accepteren van voeding op de latere zuigelingenleeftijd kan beïnvloeden (45).

- b. Ouders beginnen tijdig hun baby te laten wennen aan vaste voeding met een andere smaak. Ouders laten hun baby's niet louter aan zoete smaken wennen en realiseren zich dat je een kind beter eerst kunt laten wennen aan niet-zoete smaken. Afwijzen en naar buiten duwen met het tongetje zijn heel gewone reacties in het begin (neofobie).

Toelichting: Zie ook 3a. Baby's die flesvoeding krijgen, kunnen op de leeftijd van 4 tot 6 maanden beginnen met een fruithapje en groentehapje. Bij borstvoeding is dat wat later, namelijk op de leeftijd van 6 maanden (46). Een te vroege introductie van vast voedsel wordt afgeraden. Een late introductie van vast voedsel heeft enig beschermend effect t.a.v. het ontstaan van overgewicht (47). Vroege introductie van bijvoeding is volgens sommige studies gerelateerd aan lage SES (hoewel deze relatie in het determinantenonderzoek niet werd gevonden) (48). Ouders kunnen hun kind het beste eerst laten wennen aan niet-zoete smaken door deze meerdere dagen (bijvoorbeeld 5) achtereenvolgens aan te bieden (43;44). Je kunt het nog extra stimuleren door ook zelf een paar hapjes te nemen (modeling).

- b. Ouders beginnen tijdig hun baby te laten wennen aan vaste voeding met een andere structuur (kleur, temperatuur, consistentie). Afwijzen, naar buiten duwen met het tongetje, en kokhalzen (wurgreflex) zijn heel gewone reacties in het begin (neofobie).

Toelichting: Als baby's met vast voedsel beginnen, moet het eten in het begin heel fijn worden gemaakt. Voor het fijnmaken kan men gebruik maken van een (roer)zeef, staafmixer, een rasp of een keukenmachine. Als een 'dun' hapje goed gaat, kan men het langzaam dikker en grover maken. De bijvoeding hoeft steeds minder fijn van structuur te zijn: dit stimuleert de kauwontwikkeling. Zelf bereid voedsel is over het algemeen meer divers van smaak en structuur (49).

4. Drinken

- a. Buiten de maaltijden om kunnen peuters tweemaal per dag drinken krijgen in de vorm van verdund ongezoet vruchtensap (geperst fruit), tomatensap, groentesap of thee (bij het tussendoortje). Geef een peuter geen frisdrank of gezoete drank, en vooral geen drank met koolzuur (prik). Onverdund geperst fruit bevat veel calorieën. Om de dorst te lessen, krijgt een kind verder water te drinken. Dit geldt voor zuigelingen en voor peuters. Volwassenen geven hierbij het voorbeeld.

Toelichting: Ouders kunnen niet vroeg genoeg beginnen een kind te laten wennen aan het drinken van water als hij dorst heeft. Overmatige consumptie van vruchtensap (50) en suikergezoete (fris)dranken vooral met koolzuur door peuters is gerelateerd aan een toename van overgewicht (51).

Het reduceren van de consumptie van gezoete dranken wordt als veelbelovende interventie bij peuters beschouwd (52). 37% van de respondenten in het vragenlijstonderzoek gaf aan dat hun kind water niet lekker vindt, 42% vindt yogi/Fristi een goede vervanger voor melk, 39% dat hun kind in de leeftijd van 1 tot 4 jaar altijd een fles/beker met drinken binnen handbereik moet hebben, 31% dat hun kind als het om frisdrank vraagt dit ook krijgt (12). Uit het VIO-onderzoek bleek dat op de leeftijd van 18 maanden 49% van de kinderen melk dronk bij het ontbijt, 19% siroop, 13% melk- of yoghurtdrank, 12% thee en 11% vruchtensap; bij de broodmaaltijd dronk 68% melk, 24% melk-/yoghurtdrank en 15% siroop; bij de warme maaltijd 35% siroop, 17% melk, 15% water en 7% vruchtensap; tussendoor 74% siroop, 28% vruchtensap, 20% melk en 12% melk- of yoghurtdrank (53).

- b. Gewone (karne)melk is een basisvoedsel voor kinderen. Voor peuters is 300 cc per dag voldoende en meer dan 500 cc niet nodig (inclusief vla en yoghurt).

***Toelichting:** Kinderen van één tot vier jaar hebben genoeg aan ongeveer twee tot drie bekertjes melk (samen 3 dl) per dag, inclusief vla en yoghurt (www.voedingscentrum.nl). Meer is overbodig en kan ertoe leiden dat kinderen geen trek meer hebben in andere voedingsmiddelen die ze ook nodig hebben. Zie ook toelichting bij 4b.*

5. Tussendoortjes

- a. Ouders geven hun peuter/kleuter 's ochtends en 's middags een tussendoortje, maar maken er geen 'tussenmaaltijd' van. Een tussendoortje hoeft niet "zoet" (snoep) of "hartig" (chips) te zijn. Het kan iets te drinken zijn met een crackertje, stukje soepstengel of fruit erbij. Volwassenen geven hierbij het voorbeeld.

***Toelichting:** Uit het determinantenonderzoek bleek dat ouders van kinderen met overgewicht vaker de normale voeding aanpassen aan de hoeveelheid tussendoortjes/snoep. Hier lijken ouders de zaken pedagogisch om te draaien. Waarschijnlijk zijn zij ervan overtuigd dat zij goed handelen, maar het gaat hier ten koste van de gewone maaltijden. Een boterham tussendoor geven bij kinderen die slecht eten, bleek echter veel voorkomend gedrag bij kinderen zonder overgewicht. Het Voedingscentrum adviseert: drie maaltijden per dag en niet vaker dan vier keer iets tussendoor (www.voedingscentrum.nl). Uit het VIO-onderzoek bleek dat tussendoortjes bij kinderen van 9, 12 en 18 maanden gemiddeld eenderde van de hoeveelheid energie leveren. De kwaliteit van de tussendoortjes wordt als goed gekwalificeerd. Het is de vraag of dit bij de oudere peuters ook zo is. Onderzoek van Jahns in de USA (54) toont aan dat het in de periode 1977-1996 het aantal snacks dat kinderen per dag eten sterk is toegenomen, ook in de leeftijdsgroep van 2- tot 5-jarigen. De grootte van de snacks en de hoeveelheid calorieën per snack zou gelijk gebleven zijn. Het sterk beperken van snacks/tussendoortjes kan ook een tegengesteld effect hebben (55).*

6. Bewust eten: voor eten neem je de rust en de tijd

- a. Ouders nemen de tijd om hun kind rustig te voeden of eten te geven (20-30 minuten). Dit betekent dat zij nooit een gat in de speen knippen maar de melk via een passende opening in de fles laat opdrinken.

Toelichting: Wanneer je snel eet, voel je niet dat je verzadigd bent en dat je genoeg hebt. Dat geldt ook voor baby's. Vaak kun je de speen op 'verschillende standen' draaien. Knip nooit een gat in de speen van de fles. Dan stroomt de voeding zo snel in de maag dat het kind geen tijd heeft om aan te geven dat hij voldoende heeft. Agras toonde aan dat de manier waarop baby's gevoed worden, gemeten in het laboratorium op leeftijd van 2 en 4 weken, de mate van obesitas kan voorspellen op 1- en 2-jarige leeftijd. Follow-up van dit cohort op de leeftijd van 3 en 6 jaar wordt beschreven. Eén van de factoren die geassocieerd bleek met obesitas was een krachtige (wat dwingende) voedingsstijl (minder, maar grotere hoeveelheden voeding en snel zuigen onder grote druk, en kortere intervallen tussen zuigmomenten) (35;38).

- b. Kinderen ontbijten 's ochtends aan tafel.

Toelichting: Het je vroeg aanleren om goed te ontbijten werkt mogelijk ook op latere leeftijd beschermend tegen overgewicht. In een Frans onderzoek blijkt een ontbijt met 'cereals' of brood bij kinderen geassocieerd te zijn met een betere voedingsstatus (56) en op populatieniveau met een lagere BMI (57).

In het vragenlijstonderzoek gaf 15% van alle respondenten aan niet gewend te zijn om te ontbijten; 21% van de respondenten met een kind in de leeftijd van 1 tot 4 jaar gaf aan bij tijdgebrek een boterham mee te geven naar de peuterspeelzaal of het kinderdagverblijf (12).

7. Eten doe je op een vast tijdstip en een vaste plek, bij voorkeur aan tafel, met een van de ouders/verzorgers erbij

- a. Kinderen eten steeds op dezelfde plek, namelijk in de kinderstoel, aan een tafel. Dan leert het kind dat het etenstijd is, drie keer op een dag, op vaste momenten. Dat maakt het leven voorspelbaar en dat vinden kinderen aangenaam.

Toelichting: Dit advies past in de adviezen die in de Nota Huilen worden beschreven, gericht op het bewerkstelligen van regelmaat, structuur en voorspelbaarheid in de benadering/opvoeding van kleine kinderen. In de determinantenstudie kwam een verband naar voren tussen 'niet aan tafel eten' en overgewicht bij kinderen tussen 2 en 4 jaar (OR 2,1) (12). Zie bijlage 1A en 1B voor een voorbeeld over eten met een peuter aan tafel.

- b. Er wordt van jongs af aan niet bij de tv gegeten, dit om te voorkomen dat het gedrag "tv kijken en eten" wordt geconditioneerd.

Toelichting: Uit het determinantenonderzoek blijkt dat ruim 28% van de ouders hun kind van 1 tot 4 jaar 's ochtends bij de tv/video laat eten of om zelf wat tijd te hebben om zich klaar te maken; bij 33,5% staat de tv aan bij het avondeten. Afleiden van een slecht etend kind met de tv kwam voor bij bijna een kwart van de gezinnen. Wanneer een peuter bij de tv eet, wordt het gedrag geconditioneerd. Hij brengt steeds zijn handje naar zijn mondje en eet onbewust. Hij eet gewoon door, maar merkt niet wat, en vooral ook niet hoeveel hij eet. Dit heeft tot gevolg dat wanneer hij voor de tv gaat zitten, hij al "trek krijgt" en iets wil eten zodra het scherm gaat bewegen. Het lijkt op de korte termijn dus gemakkelijk; hij eet namelijk door.

Maar op de lange termijn krijg je de rekening gepresenteerd, hij voelt niet meer wanneer hij genoeg heeft. Het verband dat in veel studies is vastgesteld tussen het aantal uren tv kijken en overgewicht wordt toegeschreven aan 1) vermindering van lichamelijke activiteit, 2) toegenomen calorie-inname tijdens het kijken, gestimuleerd door voedselreclames, en 3) verminderd rustmetabolisme (58). Bij de tweede factor speelt conditionering een rol.

8. Omgaan met ongewenst gedrag rond eten

- a. Ouders realiseren zich het belang van het scheppen van een goede sfeer aan tafel tijdens de gezamenlijke maaltijd (ontbijt, lunch, avondmaaltijd), en slagen erin om dit te bewerkstelligen.

Toelichting: Uit het determinantenonderzoek blijkt dat frequente driftbuien en onhandelbaar gedrag tijdens de maaltijden bij 20 tot 40% van de gezinnen met peuters voorkomt. Ruim tweederde van de ouders geeft aan het moeilijk te vinden om te gaan met slecht etende peuters. Stress tijdens de maaltijd gerelateerd is aan onzekerheid bij ouders over hoeveelheden voeding, veel huilen als baby, afleiden tijdens het eten, een toetje geven als beloning, tussendoor extra's geven na slecht eten (12).

- b. Ouders realiseren zich dat elk kind periodes heeft dat hij goed of minder goed eet. Zij gaan uit van het standpunt dat je als ouder bepaalt wat er op tafel komt en dat het kind bepaalt hoeveel hij ervan eet.

Toelichting: Uit het determinantenonderzoek bleek dat het omgaan met moeilijk etende peuters significant gerelateerd was aan het geen tijd nemen om te ontbijten en de tv daarbij aan, en de perceptie dat Fristi en yogidrank gezonde vervangers zijn van melk (12).

9. Voedsel en belonen

- a. Ouders gebruiken voedsel niet op gedrag te "shapen". Zij leren de kracht en risico's van operante leerprincipes. Waarom bijvoorbeeld voedsel, snoep, chips of computeren niet bedoeld zijn om het gedrag van hun kind te bekrachtigen.

Toelichting: Het geven van voedsel, snoep, chips heeft een dubbele "positieve" invloed: het kind wordt stil, vindt het lekker en de ouders zijn tevreden. De ouders kennen uit ervaring de korte termijn effecten. Op lange termijn zal het kind blijven zeuren, want dit wordt beloond. Het afleren van dergelijke ingeslepen gewoonten is moeilijker dan het voorkomen ervan (20).

Ouders die voeding gebruiken om goed gedrag te bekrachtigen of emotionele wensen van het kind te bevredigen, kunnen obesitas induceren. Zij beïnvloeden de natuurlijke behoefte van kinderen voor wat betreft eten en ze verstoren de zelfregulatie van kinderen door deze aanpak (18;25;48). Het rapport Kinderen in Nederland beschrijft dat 9% van de ouders van kinderen van 14 maanden hun kind gewoonlijk belooft met snoep; bij kinderen van 3 jaar bedroeg dit percentage 23% (95% met een knuffel of complimentje, 18% met een cadeautje, 13% met een uitstapje, 7% met langer opblijven, en 7% met tv kijken) (59). In het vragenlijstonderzoek gaf ruim 39% van de ouders aan goed gedrag van hun kind (1-4 jaar) te belonen met iets lekkers (12).

2.1.3 Hoofdthema beweging en beweeggedrag

1. Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme

- a. Ouders streven naar ritme in de dag en daarmee naar voorspelbaarheid voor hun baby. Voor een baby is het prettig als er een vaste volgorde is in slapen, voeden, spelen etc.

Toelichting: Een baby slaapt in zijn wieg of bedje (dit kan overdag op een andere plek zijn dan 's nachts), speelt in de box of op een speelkleed, en zit in de auto in de maxi-cosi (16).

2. Zelfregulering in slaap vallen

- a. Een baby reguleert het in slaap vallen zelf!

Toelichting: Ouders leggen hun baby als hij vermoeid lijkt, wakker in bed (16). Regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie beïnvloeden de toestand van het kind; het raakt niet oververmoeid, doet geen hazenslaapjes en eet daardoor gewoon/goed. Vaste slaaptijden en een vast ritueel bij het slapen gaan is ook voor peuters van groot belang, het zorgt voor voorspelbaarheid. Een korte slaapduur bij driejarigen is gerelateerd aan obesitas (18;19). De auteur suggereert dat veel slaap mogelijk samenhangt met overdag meer bewegen; of dat door meer slaap de momenten dat er wordt gesnoept bijv. in de avonduren worden gelimiteerd. Een korte slaapduur kan evenzo een marker zijn voor het ontbreken van pedagogische vaardigheden waardoor op alle niveaus, van tv kijken tot snoepen, geen grenzen bestaan. Een optelsom van al deze factoren kan van grote invloed zijn.

- b. Ouders geven hun baby geen extra fles 's avonds om beter in te kunnen slapen! Inslapen is gedrag dat een baby zelf leert, doordat je hem zelf LAAT inslapen.

Toelichting: zie 2b.

3. De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen

- a. Voor hun ontwikkeling en ook om hier behendig in te worden en later lekker te kunnen gaan rollen en kruipen, draaien ouders hun baby van jongsaf aan bij het verschonen even op de buik en leggen zij hun baby in de box een paar keer per dag onder toezicht even op de buik. Vroeger gebeurde dit altijd in ieder geval bij het aankleden, nu moet men dit expliciet doen hoewel het praktisch gezien niet nodig is.
- b. Ouders gebruiken de box om hun kind op een veilige en prettige plek te laten spelen.

Toelichting: In het determinantenonderzoek gaf 58% van de ouders aan het belangrijk te vinden hun kind in de box te kunnen leggen (12).

- c. Ouders zetten de baby niet lang en niet vaak in de maxi-cosi of in het wippertje (wipstoeltje).

Toelichting: Een wipstoel is heel geschikt om te gebruiken tijdens het eten geven van een grotere baby die nog niet kan zitten. De maxi-cosi is bedoeld als vervoermiddel in de auto. Beide hulpmiddelen bieden weinig bewegingsruimte aan een baby. In het determinantenonderzoek gaf 50% van de respondenten aan dat hun kind minder dan een uur per dag in maxi-cosi of wipstoel verbleef, 34% 1-2 uur, en 20% zelfs meer dan 2 uur (12). Fysieke activiteit van kinderen van 9-12 maanden oud is gerelateerd aan huidplooidikte (skinfold thickness) op de leeftijd van 2 jaar (60).

- d. Als ouders hun baby in de box neerleggen, laten ze hem vervolgens even met rust; zodoende leert hij dat het de tijd is om even op zichzelf te zijn. Wanneer hij lekker heeft gelegen (en gespeeld, afhankelijk van de leeftijd) is het verstandig een baby uit de box te halen voordat hij het op een huilen zet.

Toelichting: Spelen in de box is een veilige plek en heeft een plaats in het aanbrengen van regelmaat en voorspelbaarheid (16). Zelfregulatie is een belangrijk aspect van groei en ontwikkeling bij baby's. Het is goed als ouders hun baby kunnen neerleggen in de box en het even op zichzelf laten zijn. Bij een kleine baby is de box een belangrijke plek om de signalen van moeheid te kunnen signaleren waarna de baby naar bed moet worden gebracht, en bij iets oudere baby's wordt het de veilige plek waar gespeeld wordt. De baby kan even protesteren bij het neerleggen, maar veelal went hij er snel aan om even gesepareerd te zijn van de directe verzorger. Het oppakken van de baby voordat hij het op een huilen zet, heeft enerzijds te maken met de cyclus dat na het alleen spelen de baby bij moeheid in bed moet worden gelegd voordat hij oververmoeid is en anderzijds met de conditionering dat wanneer hard huilen tot gevolg heeft dat je wordt opgepakt in feite gedrag wordt geshaped. Hard huilen wordt direct beloond, wat tot snelle conditionering leidt. Het huilen zal in frequentie en intensiteit veranderen, c.q. toenemen (22). (Dit is een voorbeeld hoe conditionering bij jonge kinderen werkt). Fysieke activiteit van kinderen van 9-12 maanden oud is gerelateerd aan huidplooidikte (60). Muller toonde bij 5-7 jarige kinderen aan dat bewegingsprogramma's effect sorteren op de preventie van het ontstaan van overgewicht (61).

- e. Ouders laten hun peuter zelfstandig lopen als de situatie het toelaat.

Toelichting: Fysieke activiteit van kinderen van 9-12 maanden oud is gerelateerd aan huidplooidikte (skinfold thickness) op de leeftijd van 2 jaar (60). Reilly (62) toont aan dat de mate waarin kinderen van 3 en 5 jaar bewegen laag is, vooral bij meisjes. Kinderen in de UK brengen ongeveer 20 tot 25 minuten per dag door met gemiddeld tot energiek bewegen. Dit laatste doen 3 jarigen 2% en 5 jarigen 4% van de dag. Kinderen zouden ongeveer 60 minuten actief moeten bewegen. Het inactieve gedrag heeft de overhand en moet bij jonge kinderen veranderen. Hill (63) pleit voor het aanbrengen van kleine veranderingen in gedrag, die grote gevolgen hebben (een beetje meer lopen en net iets minder eten) In het determinantenonderzoek gaf driekwart van de respondenten aan bij gebruik van de buggy hun kind ook altijd zelf even te laten lopen (12).

- f. Ouders kiezen zo mogelijk een kinderdagverblijf/peuterspeelzaal waar ruime mogelijkheden zijn om buiten te spelen en waar de leiding zich bewust is van het feit dat bewegen belangrijk is.

Toelichting: Pate (64) vond grote verschillen in de mate van 'matig bewegen' tussen pre-schools, samenhangend met de pre-school die zij bezoeken, namelijk variërend van 4,4 tot 10,2 minuten per uur, hetgeen overeenkomt met gemiddeld 13% van de geobserveerde tijd (in de USA). Dit wijst op verschillende praktijken in deze instellingen, die van invloed zijn op de mate van lichaamsbeweging het gewicht. Onafhankelijk hiervan bleken jongens meer te bewegen dan meisjes. Dennison (65) voerde op kinderopvanginstellingen en kleuterscholen succesvol een preventieprogramma uit dat tot doel had tv kijken te reduceren. Nederlands onderzoek toont aan dat de tevredenheid van ouders met de speelplaats van invloed is op het feit of zij hun kinderen er laten spelen (59). Amerikaans onderzoek laat zien dat de nabijheid ervan niet van invloed is op de mate waarin er gebruik van wordt gemaakt door inwoners uit de binnenstad (66).

4. Dagelijks naar buiten

- a. Ouders en kind maken er vanaf het prille begin een gewoonte van dagelijks naar buiten te gaan, ook bij minder mooi weer!

Toelichting: Buiten spelen is om diverse redenen goed voor de ontwikkeling van kinderen: de motorische ontwikkeling wordt erdoor verbeterd, de kans op ongevallen verminderd, sociale vaardigheden worden geoefend, cognitieve en taalvaardigheden gestimuleerd (30;67). Klesges toonde in een onderzoek bij kinderen in de voorschoolse leeftijd een relatie aan tussen het relatieve gewicht van het kind, het gewicht van de ouder en de tijd die buiten wordt doorgebracht enerzijds en het activiteitsniveau van de kinderen anderzijds. Vrijwel alle ouders vinden het belangrijk dat hun kind dagelijks buiten komt. In het determinantenonderzoek gaf ca. 11% van de ouders aan dat hun peuter onvoldoende buiten komt vanwege het drukke verkeer en/of het gedrag van grote kinderen/volwassenen. Er bleek een significante relatie tussen overgewicht bij het kind en het in de winter niet dagelijks buiten komen(12). Jonge kinderen zijn niet spontaan actief. Deze aanname die vaak bij ouders bestaat, verdient bijstelling. Jonge kinderen van 3 tot 5 jaar zouden een uur per dag actief moeten bewegen. Als je ze hiertoe niet stimuleert, bewegen ze maar 20-25 minuten per dag actief (62). Volgens Burdette (68) komt de mate van buitenspelen zoals door ouders gerapporteerd overeen met een directe fysiologische meting; dit lijkt daarom een betrouwbare maat.

5. Tv/video kijken en computerspelletjes

- a. Ouders kijken samen met hun peuter tv/video of houden een oogje in het zeil als hun kind een pc-spelletje speelt. Beperk de hoeveelheid 'screentijd' (tv, video, pc) per dag! Als ouder bepaal je wat en wanneer er gekeken wordt. De tv wordt pas aangezet als het programma dat je kind wil zien erop komt.

Toelichting: Samen tv/video kijken met een peuter is leuk en leerzaam, maar moet met mate plaatsvinden! Een uur op een dag is genoeg! Als ouder bepaal je wat en wanneer er gekeken wordt. Laat de tv uit en zet hem pas aan voor het programma dat je kind wil zien.

De resultaten van een aantal onderzoeken wijzen op een causaal verband tussen tv kijken en het ontstaan van overgewicht (58;61;69)(review)(19;70) In een studie in Duitsland bleek 31,9% van de allochtone kinderen van 5 tot 6 jaar en 8,6% van de Duitse kinderen op weekdays ten minste 2 uur tv te kijken. Uit het determinantenonderzoek bleek dat ruim 22% van de ouders vond dat hun peuter van 1-4 jaar zelf mag bepalen of hij tv/video kijkt en ruim 9% hoe lang hij kijkt (12). De American Academy of Pediatrics (AAP) stelt dat kinderen die jonger zijn dan 2 jaar zijn geen tv zouden moeten kijken en kinderen ouder dan 2 jaar niet langer dan 1 tot 2 uur per dag. Volgens het rapport 'Kinderen in Nederland kan 19% van de kinderen van de 3-12-jarigen worden betiteld als veelkijkers (59). In een studie in de VS blijkt dat 1-jarigen gemiddeld 2.2 (sd 2.91) uur tv kijken en 3-jarigen gemiddeld 3.6 (sd 2.94) uur. Op jonge leeftijd tv kijken was geassocieerd met aandachtsproblemen op de leeftijd van 7 jaar (71). Amerikaanse ouders van wie kinderen veel tv kijken geven aan bezorgd te zijn over de mate van tv kijken, maar zijn blijkbaar niet in staat dit te veranderen. Bovendien lijkt er een verschil in opleidingsniveau te bestaan: hoog opgeleide ouders reduceren wel het tv gebruik, maar niet de computerspelletjes(72). Tv kijken heeft niet alleen als nadeel dat het passief is, onderzoek laat ook zien dat de reclame van invloed is op het consumptiegedrag van de kijkers (73). Onderzoek in Duitsland toonde aan dat 10,6% van de autochtone en 19,3% van de allochtone kinderen overgewicht had. Het opleidingsniveau van de moeder was de belangrijkste verklaring. Daarnaast was tv kijken een onafhankelijke risicofactor voor overgewicht (74). De auteurs zijn van mening dat dit te maken heeft met een gebrek aan kennis over de risico's van passief gedrag, zoete dranken en ongezond eten. Wat wordt beschreven voor tv kijken, geldt ook voor het spelen op de computer. De hoeveelheid 'screentijd' wordt per dag opgeteld. Hierbij moet worden opgemerkt dat interactie-effecten nog verder moeten worden onderzocht. Vandewater (75) vond in onderzoek in de USA een opmerkelijk verschil tussen jonge en oude kinderen voor wat betreft de relatie tussen het spelen van videospelletjes en obesitas. Bij de kinderen jonger dan 8 jaar vond zij wel een verband, bij de oudere kinderen niet. Meer onderzoek is nodig naar totale 'screentijd', uitgesplitst in subgroepen naar leeftijd.

- b. Ouders plaatsen geen tv op de kamer van een peuter? Hiermee wordt voorkomen dat het kind ongelimiteerd kan kijken, qua tijd en inhoud.

Toelichting: Kinderen die een tv op de eigen kamer hebben (26 -40% in de USA) kijken langer tv/video dan kinderen die dit niet hebben (72;76). In de determinantenstudie kwam voor de Nederlandse situatie naar voren dat 7,8% van de 2-4 jarigen een tv op de eigen kamer had (12). De aanwezigheid van een tv op de kamer van een 2-jarige is een sterke risicofactor voor overgewicht. Het komt vaker voor in gezinnen met een lage SES(72;76).

6. Ouders gebruiken tv/video kijken of computeren niet om te belonen of te straffen. Ouders leren de kracht en risico's van operante leerprincipes, waarom bijvoorbeeld tv kijken of computeren niet bedoeld zijn om het gedrag van hun kind te bekrachtigen.

Toelichting: zie hoofdthema voeding en eetgedrag 9a.

3 Communicatiemethodieken

3.1 Aangrijpingspunten voor interventie

De hulpverlener zal in zijn begeleiding moeten aansluiten bij het kennisniveau van de ouder en bij dat wat de ouder beweegt en motiveert. Er zal dus eerst moeten worden nagegaan hoe het gedrag van de ouder is, welke beweegredenen hij/zij hiervoor heeft, of hij/zij gemotiveerd is om het gedrag te veranderen en welke belemmeringen hiervoor bestaan. De hulpverlener kan gebruik maken van communicatiemethodieken die aansluiten bij het stadium waarin ouders wat betreft het gedrag verkeren.

Zo zal de hulpverlener bijvoorbeeld een communicatiemethodiek als anticiperende voorlichting kunnen toepassen als hij wil bewerkstelligen dat ouders kiezen voor bepaald nieuw gedrag en het aanleren en toepassen daarvan. Een voorbeeld is de voorlichting m.b.t. de eerste hapjes die een baby krijgt, of de introductie van het gebruik van een beker.

Een situatie waarin men verandering van bestaand ongewenst gedrag van ouders wil bereiken dat zou kunnen leiden tot overgewicht bij hun kind, vereist een andere methodiek van communiceren. Hier kan motivational interviewing als communicatiemethodiek gebruikt worden. Zie voor een voorbeeld bijlage 2. Het je bewust worden van je eigen gedrag en de mogelijke consequenties daarvan zal altijd vooraf gaan aan gedragsverandering. Een deel van de ouders zal vervolgens een stadium bereiken waarin zij gemotiveerd en bereid zijn om het gedrag te veranderen, een deel ook niet. De motivatie kan met allerlei factoren samenhangen. In moeilijker situaties zullen behalve de techniek van motivational interviewing andere, bewezen effectieve, methodieken voor gedragsverandering kunnen worden toegepast.

Behalve de aan- of afwezigheid van overgewicht bij het kind zal de perceptie van ouders van het (over)gewicht, van de determinanten daarvan (voeding en beweging) en de eventuele consequenties ervan een belangrijke rol spelen (77-79).

Zo bleek uit de determinantenstudie dat ouders vinden dat 'groot en stevig' iets anders is dan 'dik'. "Een kind is te dik als het er lichamelijk onaantrekkelijk uit ziet (opgeblazen, buikje, tietjes, verhoudingen niet goed, lelijk van dikte), er lichamelijk last van heeft (gezondheidsklachten, niet meekomen bij de gym, onbeholpen, stuntelig of onbenuilig, vaak struikelen, als de kleding niet past), of psychisch (uitgescholden worden, constant aan eten denken, altijd met iets eetbaars op de foto staan, te groot zijn voor de geestelijke ontwikkeling, zich ouder gaan gedragen, verdriet hebben of huilen in bed)." De mening van Turkse ouders over het dik-zijn van hun kind hing samen met de leeftijd van het kind: bij kleine kinderen wordt het geaccepteerd, bij grotere kinderen wordt door het geassocieerd met 'niet gelukkig zijn' en 'niet bij de groep horen'. Volgens Hindostanen moeders heeft het gewicht op kinderleeftijd niets te maken met het latere gewicht van het kind (12). Een inschatting van de cognities die ouders hebben is in deze fase dan ook belangrijk voor het bereiken van gewenst gedrag. Rekening houden met het gegeven dat andere culturen andere concepten hanteren over gezondheid en groei is daarbij essentieel (40;64;74;80). Vervolgens zal aan het proces waarin samen met de ouders haalbare gedragsdoelen worden gekozen zorgvuldig aandacht moeten worden besteed.

- Basiselementen van goede communicatie

Er zijn verschillende elementen die voor een goede communicatie als essentieel en onmisbaar worden beschouwd. Zo ook in de contacten met ouders, vooral in de beginfase van het gesprek waarin het gedrag van het kind en de ouders in kaart wordt gebracht, maar ook in de fasen erna. Deze elementen zijn dan ook onderdeel van elk van de in deze interventie toegepaste communicatiemethodieken. Het betreft:

1. Laten merken dat je de ouder serieus neemt door 'actief luisteren'. Bij actief luisteren, laat je door gedrag zien dat je er bij bent, dat je aandacht hebt voor de ander en deze probeert te begrijpen. Hiermee geef je invulling aan twee belangrijke functies van luisteren voor de communicatie, namelijk 'aandacht geven aan de verteller', en 'proberen te achterhalen wat de verteller met zijn of haar verhaal probeert te zeggen'.
2. Betrouwbaar observeren en checken of datgene wat je observeert ook klopt, bijvoorbeeld door samen te vatten en te parafraseren en na te vragen of je conclusie klopt.
3. Opbouwend prijzen en opbouwende kritiek geven, waardoor je bijvoorbeeld het gewenste gedrag kunt versterken, de eigen effectiviteit en het zelfvertrouwen van ouders kunt vergroten.
4. Samenvatten en het vervolg aangeven. Een gesprek wordt afgerond door op een positieve manier te herhalen wat is voorgesteld en hardop te benoemen wat de JGZ-medewerker in het dossier noteert. Dat is de concrete afspraak. Wanneer wordt voorzien dat de afspraak een groot beroep doet op ouders, kan de JGZ-medewerker hen vragen het specifieke gedrag een week te monitoren en te registreren. Follow-up door een telefonische afspraak of een mailafpraak is in dat geval belangrijk.

- Methodieken

Bij de keuze van de methodiek die de hulpverlener kiest om bepaald gewenst gedrag bij ouders te bewerkstelligen, spelen behalve bovenstaande factoren het stadium een rol waarin ouders en kind zich m.b.t. het gedrag bevinden. Zo zal het bewerkstelligen van nieuw gedrag door ouders van eerste kinderen een aanpak vragen die anders is als het bewerkstelligen van verandering van gedrag dat ouders al zijn gestart bijvoorbeeld op basis van ervaringen met een ouder kind of adviezen vanuit de omgeving.

- Anticiperende voorlichting. een voorbereiding op te verwachten (probleem)situaties door middel van voorlichting, ondersteuning en advisering. Het gaat hier om risicoreducerende voorlichting die een primair preventief karakter heeft en vooruit loopt op risicovolle situaties die inherent zijn aan de ontwikkelingsfasen van het kind. Voorbeelden van risicoreducerende voorlichting zijn voorlichting over de risico's van bepaalde voeding- en eetgewoontes, slaapgewoonten, rookgedrag, opvoedingsstijlen, etc. (81). Het effect van anticiperende voorlichting rond de onderwerpen roken (82) en 'wiegendood' (83) is overtuigend aangetoond.

- Motiverende gespreksvoering (ofwel "motivational interviewing").

Wanneer in de loop van het gesprek met de ouders duidelijk wordt waar gedragsverandering gewenst is en zou kunnen plaatsvinden (opvoeding, eten of bewegen), dan is het moment daar voor *motivational interviewing* (MI) (bijlage 2). Bij deze manier van gespreksvoering functioneert de hulpverlener als partner in het gesprek en niet als expert. Hij/zij vermijdt het geven van adviezen, waarschuwingen, confrontaties, en directe pogingen om in discussie te gaan, te overtuigen of voorlichting te geven. Het doel is 'het zaad te planten' voor de keuze van bepaald gedrag of voor gedragsverandering.

De hulpverlener schept een sfeer waarin de cliënt bereid is om alle aspecten van het gedrag waarom het gaat te bestuderen, inclusief zijn gemengde gevoelens om dit te veranderen. De principes van MI zijn: tonen van empathie (door actief luisteren), signaleren van discrepanties tussen aanwezig gedrag en bredere belangen en waarden, weerstanden blootleggen door in één zin zowel voor als tegenargumenten te noemen of de advocaat van de duivel te spelen, en de eigeneffectiviteit te bevorderen (84). In deze fase van het gesprek zal de ambivalentie van de ouder merkbaar of voelbaar kunnen worden. In de eerste fase van het gesprek (inventarisatiefase) heeft de medewerker alvast een constructieve werkrelatie opgebouwd. De sfeer is positief en opbouwend. Binnen deze context van vertrouwen is er ruimte om de ouder hardop te laten meedenken over mogelijkheden voor verandering. De ouder draagt mogelijkheden aan voor verandering, de JGZ-hulpverlener stelt aanvullende vragen, er wordt niet ge- of veroordeeld. De hulpverlener “shaped” de voorstellen en bekrachtigt ideeën van de ouder die bijdragen tot de oplossing van het probleem. Al is het een klein stapje, een plan geopperd door de ouder zelf is waardevoller dan een aanpak aangedragen door de medewerker.

Motivational interviewing is effectief gebleken bij roken (85), alcoholgebruik en andere verslavingen. Gebruik van de techniek door verloskundigen bij zwangere vrouwen leidde echter niet tot een verandering van rookgedrag; de techniek was evenmin succesvol in onderzoek naar het stimuleren van borstvoeding door verloskundigen en wijkverpleegkundigen (86). Dat bezoeken aan een consultatiebureau goede momenten *kunnen* zijn om te interveniëren in relatie tot gedragsverandering, blijkt uit de studie van Winickoff (87). Dit onderzoek had betrekking op het veranderen van rookgedrag in de nabijheid van jonge kinderen, en wat essentieel lijkt te zijn, is het tegelijkertijd aanbieden van verschillende methodieken waarvan de effectiviteit in ander onderzoek is aangetoond. In de campagne “Niet roken waar de kleine bij is” worden eveneens meerdere methodieken toegepast.

- **Elementen uit Mediatetherapie**, het model van de consultatieve triade: de consultgever (JGZ- arts en/of -verpleegkundige), de mediator (ouders) en kind (k) (20). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de actieve rol van ouders in de opvoeding. Gedragsverandering bij het kind wordt nagestreefd door gedragsveranderingen in zijn omgeving (in concreto zijn ouders) te bewerkstelligen. Mediatetherapie is het intensief betrekken van ouders bij gedragsverandering. Hierin staat opheffen van probleemgedrag van een kind centraal, iets wat altijd gepaard gaat met het aanleren van tegengesteld positief gedrag. Deze aanpak is al toepasbaar voor ouders van 0-4 jarigen en kan het zelfvertrouwen van ouders positief beïnvloeden. De benadering van ouders met een geringe motivatie komt in deze vorm van therapie uitgebreid aan de orde. Motivatieproblemen hangen vaak samen met eigen emotionele problemen van ouders en dit dient een aandachtspunt te zijn. Stressfactoren en ongunstige sociale factoren kunnen ouders ineffectief maken als opvoeder. Ouders kunnen geholpen worden om hun eigen problemen (financieel, emotioneel, ontevredenheid met relaties, isolement etc.) gescheiden te houden van de opvoedingsproblemen met hun kind. Het aanbieden van een “bondgenoot” (bijvoorbeeld bij een alleenstaande ouder) kan tevens een nuttige strategie zijn. Psycho-educatie, de ‘onvoorwaardelijk positief ingestelde’ houding, humor en optimisme zijn belangrijke aspecten bij het steunen van ouders (20). Mediatetherapie besteedt aandacht aan deze belangrijke elementen, die het welslagen van een interventie sterk kunnen beïnvloeden.

3.2 Inpassing van de gedragsdoelen in de JGZ-contactmomenten

De interventie voor de primaire preventie van overgewicht kan een plaats krijgen in de volgende onderdelen van het basistakenpakket (BTP): U2 Inschatten zorgbehoefte, U4 Voorlichting, advies, instructie en begeleiding, en U5 Beïnvloeden gezondheidsbedreigingen.

In de “Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar” (vastgesteld door het Platform JGZ op 25 juni 2003) zijn de contactmomenten benoemd die voor de uitvoering van de taken, zoals wettelijk vastgelegd in het Basistakenpakket, plaatsvinden. Volgens de richtlijn is er in de zuigelingen- en peuterperiode op de volgende leeftijden een contactmoment: 4^e tot 7^e dag, 2^e week, 4^e week, 8^e week, 3 maanden, 4 maanden, 6 maanden, 7,5 maanden, 9 maanden, 11 maanden, 14 maanden, 18 maanden, 2 jaar, 3 jaar, en 3,9 jaar.

De in het voorgaande beschreven hoofdthema's van de interventie (voeding en eetgedrag, beweging en beweeggedrag, opvoeding) maken deel uit van het BTP. Een compleet aanbod in ondersteuning op het gebied van opvoeding, gezonde voeding en beweging, in intensiteit afgestemd op de zorgbehoefte van ouder en kind, is niet alleen voor de preventie van overgewicht belangrijk maar voor de ontwikkeling van het kind in de brede zin van het woord.

In het BTP wordt vermeld dat risicogroepbepaling dient plaats te vinden tijdens het postnatale huisbezoek op de leeftijd van ca. 2 weken. De risicogroepbepaling betreft uiteenlopende risico's en vindt plaats door het maken van een inschatting van de kennis van ouders, hun zorgen en opvoedingscompetentie. Ook het risico op overgewicht kan tijdens dit huisbezoek worden ingeschat. Uit determinantenonderzoek en uit literatuur is bekend welke groepen kinderen een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van overgewicht (zie hoofdstuk 4). Als een kind ouder wordt kunnen er alsnog nieuwe risicofactoren duidelijk worden, die een aanpassing van de risico-inschatting noodzakelijk maken.

In onderstaand schema zijn bij elk regulier contactmoment van het BTP enkele gedragsdoelen ingedeeld. Bij voorkeur krijgen deze gedragsdoelen tijdens het betreffende consult op het CB aandacht van de JGZ hulpverlener. Het gaat daarbij vaak niet zozeer om “nieuwe” onderwerpen als wel om bekende punten van aandacht die soms inhoudelijk in een ander ‘jasje’ zijn gegoten en zoveel mogelijk via ‘een op maat gesneden communicatiemethodiek’ wordt behandeld.

Deze zeer schematische inpassing is onlosmakelijk verbonden met de eerdergenoemde algemene opvoedingsprincipes. Deze principes vormen als het ware de rode draad van de interventie en het uitleggen en aanleren van opvoedingsvaardigheden is een voorwaarde om de gedragsdoelen te kunnen bereiken.

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
2 weken Huisbezoek	Aard en hoeveelheid voeding en zelfregulering	<ul style="list-style-type: none">• Borstvoeding (blijven) geven• Naast borstvoeding hoeft geen extra fles• Een restje over laten in de fles mag
	De 'ruimte' om te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none">• Buikligging onder toezicht

Contact-moment	Subthema	Gedragsdoel
1 maand JGZ-arts	Rust, Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme; huilen neemt toe tot 6 weken, daarna weer af.	<ul style="list-style-type: none"> Vaste volgorde in slapen, voeden, spelen
	Aard en gevoelheid voeding en zelfregulering	<ul style="list-style-type: none"> Borstvoeding (blijven) geven Huilen niet "belonen" met voeding Juiste bereiding kunstvoeding: geen extra toevoegingen
	Variatie in smaak en structuur van voedsel	<ul style="list-style-type: none"> Bij borstvoeding gevarieerd eten
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none"> Buikligging onder toezicht; bij het verschonen even op de buik draaien.
	Dagelijks naar buiten	<ul style="list-style-type: none"> Elke dag naar buiten.

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
2 maand JGZ-vpl	Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme	<ul style="list-style-type: none"> Vaste volgorde in slapen, voeden, spelen
	Aard en hoeveelheid voeding en zelfregulering	<ul style="list-style-type: none"> Borstvoeding (blijven) geven Resten in fles mag Geen extra fles bij borstvoeding
	Variatie in smaak en structuur van voedsel	<ul style="list-style-type: none"> Bij BV gevarieerd eten
	Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme	<ul style="list-style-type: none"> Spelen in de box; in de auto in de maxi-cosi
	Zelfregulering in slaap vallen	<ul style="list-style-type: none"> Een baby leg je als hij slaperig wordt wakker in bed en valt zelf in slaap.
	Dagelijks naar buiten	<ul style="list-style-type: none"> Elke dag naar buiten.
	Opvoeding algemeen	<ul style="list-style-type: none"> De rol en invloed van grootouders

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
3 maand JGZ-arts	Bewust eten: voor eten neem je de rust en de tijd	<ul style="list-style-type: none">• Neem de tijd voor het voeden
	Zelfregulering in slaap vallen	<ul style="list-style-type: none">• Een baby leg je als hij slaperig wordt wakker in bed en valt zelf in slaap.
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none">• Buikligging onder toezicht; bij het verschonen even op de buik draaien.• Zo mogelijk keuze kinderdagverblijf/peuterspeelzaal met ruimte om buiten te spelen

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
4,5 maand JGZ-vpl	Drinken	<ul style="list-style-type: none">• Bij dorst water te drinken geven
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none">• Buikligging onder toezicht; bij het verschonen even op de buik draaien.• Maxi-cosi als vervoermiddel gebruiken; niet veel/vaak in de wipstoel• Je kind uit de box te halen voordat hij het op een huilen zet.

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
6 maand JGZ-arts	Variatie in smaak en structuur van voedsel	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer aan voeding met andere smaak; verschil zelf bereiden en potjes • Wanneer aan voeding met andere structuur (glad versus korrelig); verschil zelf bereiden en potjes
	Drinken	<ul style="list-style-type: none"> • Bij dorst water te drinken geven
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none"> • Buikligging onder toezicht. • De box als een veilige en prettige plek om te spelen en als stimulans voor de motorische ontwikkeling.

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
7,5 maand JGZ-vpl	Variatie in smaak en structuur van voedsel	<ul style="list-style-type: none"> • Wennen aan voeding met andere smaak; verschil zelf bereiden en potjes • Wennen aan voeding met andere structuur; verschil zelf bereiden en potjes
	Zelfregulering in slaap vallen	<ul style="list-style-type: none"> • Een baby leg je als hij slaperig wordt wakker in bed en valt zelf in slaap.
	Voedsel en belonen	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik voedsel/snoep niet als beloning of straf.
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none"> • Buikligging onder toezicht. • De box als een veilige en prettige plek om te spelen en als stimulans voor de motorische ontwikkeling.
	Dagelijks naar buiten	<ul style="list-style-type: none"> • Elke dag naar buiten.
	Opvoeding algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • De rol en invloed van grootouders.

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
9 maand JGZ-arts	Drinken	<ul style="list-style-type: none"> Bij dorst water te drinken geven.
	Tussendoortje	<ul style="list-style-type: none"> Tweemaal per dag verdund vruchtensap/thee als tussendoortje met een stukje cracker of korstje
	Bewust eten, voor eten neem je de rust en de tijd	<ul style="list-style-type: none"> Dagelijks ontbijten aan tafel
	Eten doe je op een vaste plek, bij voorkeur aan tafel	<ul style="list-style-type: none"> Eten op vaste tijden aan tafel Eten en tv niet combineren
	Zelfregulering in slaap vallen	<ul style="list-style-type: none"> Een fles om beter in slaap te vallen is niet nodig
	Voedsel en belonen	<ul style="list-style-type: none"> Gebruik voedsel/snoep niet als beloning of straf.
	Dagelijks naar buiten	<ul style="list-style-type: none"> Elke dag naar buiten.
	Opvoeding algemeen	<ul style="list-style-type: none"> Opvoedingsstijl

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
11 maand JGZ-arts/ JGZ-vpl	Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme	<ul style="list-style-type: none"> Vaste volgorde is in slapen, voeden, spelen
	Drinken	<ul style="list-style-type: none"> Bij dorst water te drinken geven Vanaf 12 maanden 300-500 cc (karne)melk per dag
	Tussendoortje	<ul style="list-style-type: none"> Tweemaal per dag verdund vruchtensap/thee als tussendoortje met een stukje cracker of korstje
	Eten doe je op een vaste plek, bij voorkeur aan tafel	<ul style="list-style-type: none"> Eten op vaste tijden aan tafel Eten en tv niet combineren!
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none"> De box als een veilige en prettige plek om te spelen en als stimulans voor de motorische ontwikkeling.

Contact-moment	Subthema	Gedragsdoel
14 maand JGZ-arts	Omgaan met ongewenst gedrag rond eten	<ul style="list-style-type: none"> • De sfeer aan tafel • Periodes van goed en minder goed eten
	Voedsel en belonen	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik voedsel/snoep niet als beloning of straf.
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none"> • Laat een peuter zelf lopen als de situatie het toelaat.
	Dagelijks naar buiten	<ul style="list-style-type: none"> • Elke dag met uw kind naar buiten.
	Tv kijken en computerspelletjes	<ul style="list-style-type: none"> • Samen tv/video kijken, max. ½ uur per dag.
	Opvoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Opvoedingsstijl

Contact-moment	Subthema	Gedragsdoel
18 maand JGZ-vpl	Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme	<ul style="list-style-type: none"> • Vaste volgorde is in slapen, voeden, spelen
	Drinken	<ul style="list-style-type: none"> • Bij dorst water te drinken geven
	Eten doe je op een vaste plek, bij voorkeur aan tafel	<ul style="list-style-type: none"> • Eten op vaste tijden aan tafel • Eten en tv kijken niet combineren!
	Voedsel en belonen	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik voedsel/snoep niet als beloning of straf.
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none"> • Laat een peuter zelf lopen als de situatie het toelaat. • Zo mogelijk keuze kinderdagverblijf/peuterspeelzaal met ruimte om buiten te spelen
	Dagelijks naar buiten	<ul style="list-style-type: none"> • Elke dag met uw kind naar buiten.
	Tv kijken en computerspelletjes	<ul style="list-style-type: none"> • Geen tv bij een kind op de slaapkamer
	Opvoeding algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • De rol en invloed van grootouders

Contact-moment	Subthema	Gedragdoel
24 maand JGZ-arts/ JGZ-vpl	Drinken	<ul style="list-style-type: none"> Bij dorst water te drinken geven
	Omgaan met ongewenst gedrag rond eten	<ul style="list-style-type: none"> De sfeer aan tafel Periodes van goed en minder goed eten
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none"> Laat een peuter zelf lopen als de situatie het toelaat. Zo mogelijk keuze kinderdagverblijf /peuterspeelzaal met ruimte om buiten te spelen
	Tv kijken en computerspelletjes	<ul style="list-style-type: none"> Samen tv/video kijken/pc spelletje, max. 1 uur. Geen tv bij een kind op de slaapkamer.
	Voedsel/tv/video/pc en belonen	<ul style="list-style-type: none"> Gebruik voedsel/ tv/pc niet als beloning of straf.
	Opvoeding algemeen	<ul style="list-style-type: none"> Opvoedingsstijl

Contact-moment	Subthema	Gedragsdoel
36 maand JGZ-arts/ JGZ-vpl	Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme	<ul style="list-style-type: none"> Vaste volgorde is in slapen, voeden, spelen
	Eten doe je op een vaste plek, bij voorkeur aan tafel	<ul style="list-style-type: none"> Eten op vaste tijden aan tafel Eten en tv kijken niet combineren
	De 'ruimte' om met plezier te bewegen en spelen	<ul style="list-style-type: none"> Laat een peuter zelf lopen als de situatie het toelaat.
	Tv kijken en computerspelletjes	<ul style="list-style-type: none"> Samen tv/video kijken/pc spelletje, max. 1 uur. Geen tv bij een kind op de slaapkamer
	Voedsel/tv/pc en belonen	<ul style="list-style-type: none"> Gebruik voedsel/tv/pc niet als beloning of straf
	Opvoeding	<ul style="list-style-type: none"> Opvoedingsstijl De rol en invloed van grootouders

Contact-moment	Subthema	Gedragsdoel
45 maand JGZ-arts/ JGZ- vpl	Regelmaat en voorspelbaarheid in het dagritme	<ul style="list-style-type: none">• Vaste volgorde is in slapen, voeden, spelen
	Tv kijken en computerspelletjes	<ul style="list-style-type: none">• Samen tv/video kijken/pc spelletje, max. 1 uur.• Geen tv bij een kind op de slaapkamer
	Voedsel/tv/pc en belonen	<ul style="list-style-type: none">• Gebruik voedsel/tv/pc niet om als beloning of straf.
	Opvoeding	<ul style="list-style-type: none">• Opvoedingsstijl

4 Risicogroepen

Op basis van literatuur en eigen onderzoek kunnen een aantal grote groepen met een verhoogd risico worden onderscheiden.

De volgende risicogroepen kunnen worden onderscheiden:

- Kinderen van ouders met overgewicht/obesitas (4;12;18;19;77;88-90);
- Kinderen van allochtone ouders (2;12;26;74;80;91);
- Kinderen van ouders met een lage sociaal-economische status (2;12;35;61;74;77;92;93).

Verder is het belangrijk te onderkennen dat kinderen met bepaalde kenmerken, samenhangend met zwangerschap, voeding en groei, ouder- en kindfactoren, een verhoogd risico hebben op het ontstaan van overgewicht. Het betreft de volgende kenmerken:

- Zwangerschap:
 - Kinderen van moeders die veel zijn aangekomen tijdens de zwangerschap(94);
 - Kinderen met laag geboortegewicht (Ravelli 1976);
 - Kinderen met een hoog geboortegewicht (4;35;95) Parsons 2001(12;19);
 - Kinderen van moeders die hebben gerookt in de zwangerschap (88).
 - Voeding en groei:
 - Kinderen die kunstvoeding krijgen (19;28;29;32)(borstvoeding was alleen bij kinderen van niet-rokers-in-de-zwangerschap beschermend);
 - Kinderen met een snelle gewichtstoename in de eerste 4 levensmaanden (6;96) (kunstvoeding) (19);
 - Kinderen met een hoge BMI/overgewicht (3;4;6;88;91;93;97;98);
 - Kinderen die een vroege adiposity rebound vertonen (19;88).
 - Ouderfactoren
 - Kinderen van moeders met diabetes (88;99;100);
 - Kinderen van ouders die een afwijkende perceptie hebben van de voedingstoestand van hun kind (25;77;78;95).
 - Kind- en opvoedingsfactoren:
 - Temperamentvolle kinderen (101);
 - Kinderen die minder uren slapen, vooral overdag (19;35);
- Kinderen die woedeaanvallen hebben over voedsel tijdens het eten (18).

5 Literatuurlijst

- (1) Hirasing RA, Fredriks AM, Buuren v, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. *Ned Tijdschr Geneesk* 145;1303-1308.
- (2) Wilde dA. Prevalentie en risicofactoren van Overgewicht bij schoolkinderen in de multi-etnische populatie van Den Haag. TNO-PG 2003.
- (3) Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr* 2002;76:653-8.
- (4) Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:S1-107.
- (5) Simic BS. Childhood obesity as a risk factor in adulthood and its prevention. *Prev Med* 1983;12:47-51.
- (6) Stettler N, Zemel BS, Kumanyika S, Stallings VA. Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter, cohort study. *Pediatrics* 2002;109:194-9.
- (7) Bautista-Castano I, Doreste J, Serra-Majem L. Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *Eur J Epidemiol* 2004;19:617-22.
- (8) Moyer VA, Klein JD, Ockene JK, Teutsch SM, Johnson MS, Allan JD. Screening for overweight in children and adolescents: where is the evidence? a commentary by the childhood obesity working group of the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2005;116:235-8.
- (9) Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;3.
- (10) Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2005;116:125-144.
- (11) Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam vJM, Hira Sing RA. Overbruggingsplan bij kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de Jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: VUmc 2005.
- (12) Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Beltman M, Bruil J, Dijkstra N, Engelberts AC. Primaire preventie van overgewicht en obesitas in de JGZ 0-4 jaar. Een determinantenstudie. Universiteit Twente.

- (13) Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the triple p-positive parenting program: A population approach to the promotion of parenting competence. Queensland: The University of Queensland, the parenting and family support centre.
- (14) Husmann M, Bakker I. Positief omgaan met kinderen. Praktijkboek voor ouders en andere opvoeders. Assen: Van Gorcum 1994.
- (15) Schregardus R. Kinderen met slaapproblemen. Een werkboek voor ouders. Amsterdam: Boom 2004.
- (16) Z-org. Regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie ter preventie van excessief huilen. Conceptdiscussienota. Bunnik: Z-org 2005.
- (17) van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Engelberts AC, Busschers WB, Westers P, Blom MA, et al. Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *J Pediatr* 2006;149:512-7.
- (18) Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr* 2004;145:20-5.
- (19) Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 2005;11:330(7504):1357.
- (20) Bosch JD, Ringrose HJ. Mediatetherapie met ouders. Individueel en in groepen. Praktijkreeks Gedragstherapie. Bohn Stafleu Van Loghum 1997.
- (21) Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence. Queensland: The University of Queensland, The Parenting and Family Support Centre 2003.
- (22) Orlemans JWG. Inleiding tot de gedragstherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- (23) Cladder JM, Nijhoff-Huyse M, Mulder G. Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen. Harcourt Assessment BV 2002.
- (24) Nguyen VT, Larson DE, Johnson RK, Goran MI. Fat intake and adiposity in children of lean and obese parents. *Am J Clin Nutr* 1996;63:507-13.
- (25) Jain A, Sherman SN, Chamberlin LA, Carter Y, Powers SW, Whitaker RC. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics* 2001;107:1138-46.
- (26) Hughes SO, Power TG, Orlet FJ, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 2005;44:83-92.

- (27) Stam PCC. invloed van opvoedingsstijl op het ontstaan van overgewicht bij kinderen. Een literatuuroverzicht. Doctoraalscriptie Faculteit Sociale Wetenschappen, Gezondheidspsychologie en Ontwikkelingspsychologie. Utrecht: Universiteit Utrecht 2005.
- (28) Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005;115:1367-77.
- (29) Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von KR. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:1247-56.
- (30) Whitaker RC. Obesity prevention in pediatric primary care: four behaviors to target. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:725-7.
- (31) Taveras EM, Scanlon KS, Birch L, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics* 2004;114:e577-e583.
- (32) Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics* 2004;113:e81-e86.
- (33) Gillman MW. Breast-feeding and obesity. *J Pediatr* 2002;141:749-50.
- (34) Crow RA, Fawcett JN, Wright P. Maternal behavior during breast- and bottlefeeding. *J. Behav Med.* 1980;3:259-277.
- (35) Agras WS, Kraemer HC, Berkowitz RI, Hammer LD. Influence of early feeding style on adiposity at 6 years of age. *J Pediatr* 1990;116:805-9.
- (36) Fisher JO, Birch LL, Smiciklas-Wright H, Picciano MF. Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *J Am Diet Assoc* 2000;100:641-6.
- (37) Wright P. Learning experiences in feeding behaviour during infancy. *J Psychosom Res* 1988;32:613-9.
- (38) Agras WS, Kraemer HC, Berkowitz RI, Komer AF, Hammer LD. Does a vigorous feeding style influence early development of adiposity? *J Pediatr* 1987 ;110:799-804.
- (39) Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, Kerns J, Storey M, Stunkard AJ. Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics* 2004;114:e429-e436.
- (40) Launer LJ, Habicht JP. Concepts about infant health, growth, and weaning: a comparison between nutritional scientists and Madurese mothers. *Soc Sci Med* 1989;29:13-22.

- (41) Fein SB, Falci CD. Infant formula preparation, handling, and related practices in the United States. *J Am Diet Assoc* 1999;99:1234-40.
- (42) Devaney B, Ziegler P, Pac S, Karwe V, Barr SI. Nutrient intakes of infants and toddlers. *J Am Diet Assoc* 2004;104:s14-s21.
- (43) Liem DG. Sweet and sour taste Preferences of children. Thesis. Wageningen University 2004.
- (44) Birch L. Development of food preference. *Annual review of nutrition*. 1999;19:41-62.
- (45) Mennella JA, Griffin CE, Beauchamp GK. Flavor programming during infancy. *Pediatrics* 2004;113:840-5.
- (46) WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: world health organization 2001.
- (47) Kramer MS, Barr RG, Leduc DG, Boisjoly C, Vey-White L, Pless IB. Determinants of weight and adiposity in the first year of life. *J Pediatr* 1985;106:10-4.
- (48) Baughcum AE, Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal feeding practices and childhood obesity: a focus group study of low-income mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:1010-4.
- (49) Voedingscentrum. Eerlijk over eten. 2007.
- (50) Dennison BA. Fruit juice consumption by infants and children: a review. *J Am Coll Nutr* 1996;15:4S-11S.
- (51) Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001;17:505-8.
- (52) Welsh JA, Cogswell ME, Rogers S, Rockett H, Mei Z, Grummer-Strawn LM. Overweight among low-income preschool children associated with the consumption of sweet drinks: Missouri, 1999-2002. *Pediatrics* 2005;115:e223-e229.
- (53) Hulshof KFAM, Jansen MCJF, Brants HAM, Kruizinga AG, Rubingh CM. Voedselconsumptie van jonge peuters in Nederland - Het voedingsstoffen Onderzoek (VIO). Zeist: TNO Voeding.
- (54) Jahns L, Siega-Riz AM, Popkin BM. The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. *J Pediatr* 2001;138:493-8.
- (55) Fisher JO, Birch LL. Restricting access to foods and children's eating. *Appetite* 1999;32:405-19.

- (56) Preziosi P, Galan P, Deheeger M, Yacoub N, Drewnowski A, Hercberg S. Breakfast type, daily nutrient intakes and vitamin and mineral status of French children, adolescents, and adults. *J Am Coll Nutr* 1999;18:171-8.
- (57) Cho S, Dietrich M, Brown CJ, Clark CA, Block G. The effect of breakfast type on total daily energy intake and body mass index: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Am Coll Nutr* 2003;22:296-302.
- (58) Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:1017-25.
- (59) Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. *Kinderen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2005.
- (60) Wells JC, Ritz P. Physical activity at 9-12 months and fatness at 2 years of age. *Am J Hum Biol* 2001;13:384-9.
- (61) Muller MJ, Koertzing I, Mast M, Langnase K, Grund A. Physical activity and diet in 5 to 7 years old children. *Public Health Nutr* 1999;2:443-4.
- (62) Reilly JJ, Jackson DM, Montgomery C, Kelly LA, Slater C, Grant S, et al. Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet* 2004;17:211-2.
- (63) Hill J. Physical activity and obesity. *Lancet* 2004;17:182.
- (64) Pate RR, Pfeiffer KA, Trost SG, Ziegler P, Dowda M. Physical activity among children attending preschools. *Pediatrics* 2004;114:1258-63.
- (65) Dennison BA, Russo TJ, Burdick PA, Jenkins PL. An intervention to reduce television viewing by preschool children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:170-6.
- (66) Burdette HL, Whitaker RC. Neighborhood playgrounds, fast food restaurants, and crime: relationships to overweight in low-income preschool children. *Prev Med* 2004;38:57-63.
- (67) Karsten L. Buiten spelen: een wezelijk onderdeel van gezond opgroeien. *Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg 2002.
- (68) Burdette HL, Whitaker RC, Daniels SR. Parental report of outdoor playtime as a measure of physical activity in preschool-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:353-7.
- (69) Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:356-62.

- (70) Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet* 2004;17:257-62.
- (71) Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics* 2004;113:708-13.
- (72) Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP, Zimmerman FJ. Television, video, and computer game usage in children under 11 years of age. *J Pediatr* 2004;145:652-6.
- (73) Halford JC, Gillespie J, Brown V, Pontin EE, Dovey TM. Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. *Appetite* 2004;42:221-5.
- (74) Kuepper-Nybelin J, Lamerz A, Bruning N, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B, Bremner H. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Arch Dis Child* 2005;90:359-63.
- (75) Vandewater EA, Shim MS, Caplovitz AG. Linking obesity and activity level with children's television and video game use. *J Adolesc* 2004;27:71-85.
- (76) Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics* 2002;109:1028-35.
- (77) Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics* 2000;106:1380-6.
- (78) Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *Int J Obes (Lond)* 2005;29:353-5.
- (79) Jeffery AN, Voss LD, Metcalf BS, Alba S, Wilkin TJ. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *BMJ* 2005;1:23-4.
- (80) Saxena S, Ambler G, Cole TJ, Majeed A. Ethnic group differences in overweight and obese children and young people in England: cross sectional survey. *Arch Dis Child* 2004;89:30-6.
- (81) Buskop-Kobussen MPH, Windmeijer ICM. Anticiperende voorlichting, werkboek voor verpleegkundige in de ouder en kindzorg. Gouda: Compliance Consult 1993.
- (82) Crone MR. The Prevention of involuntary smoking by children. Leiden: TNO Prevention and health, Child Health Division 2003.
- (83) Jonge dA, L'Hoir MP, Ruys JH, Semmekrot BA. Wiegendoed; ervaringen en inzichten. Noorden: Stichting Wiegendoed 2002.

- (84) Ernst vJ. Motiverende gespreksvoering in de hulpverlening. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg. 2004;36: 22-26.
- (85) Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics* 2001;108:18-24.
- (86) Kools EJ, Thijs C, Kester AD, Brandt vdPA, Vries dH. A breast-feeding promotion and support program a randomized trial in The Netherlands. *Prev Med* 2005;40:60-70.
- (87) Winickoff JP, Buckley VJ, Palfrey JS, Perrin JM, Rigotti NA. Intervention with parental smokers in an outpatient pediatric clinic using counseling and nicotine replacement. *Pediatrics* 2003;112:1127-33.
- (88) Bray GA. Predicting obesity in adults from childhood and adolescent weight. *Am J Clin Nutr* 2002;76:497-8.
- (89) Stettler N, Tershakovec AM, Zemel BS, Leonard MB, Boston RC, Katz SH, et al. Early risk factors for increased adiposity: a cohort study of African American subjects followed from birth to young adulthood. *Am J Clin Nutr* 2000;72:378-83.
- (90) Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997;25:869-73.
- (91) Fredriks AM, Buuren v, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Body index measurements in 1996-7 compared with 1980. *Arch Dis Child* 2000;82:107-12.
- (92) Goodman E. Letting the "Gini" out of the bottle: social causation and the obesity epidemic. *J Pediatr* 2003;142:228-30.
- (93) Wijn dF. Vetzucht bij kinderen. Deel 3: voedingspatroon in relatie tot de mogelijke ontwikkeling van vetzucht. *Tijdschr Kindergeneeskd.* 1981;49:214-220.
- (94) Galtier-Dereure F, Boegner C, Bringer J. Obesity and pregnancy: complications and cost. *Am J Clin Nutr* 2000;71:1242S-8S.
- (95) Kramer MS, Barr RG, Leduc DG, Boisjoly C, Pless IB. Maternal psychological determinants of infant obesity. Development and testing of two new instruments. *J Chronic Dis* 1983;36:329-35.
- (96) Stettler N, Kumanyika SK, Katz SH, Zemel BS, Stallings VA. Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. *Am J Clin Nutr* 2003;77:1374-8.
- (97) Wabitsch M. Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur J Pediatr* 2000;159:S8-13.

- (98) Teeuw AH, Taminiou JAJM. Adipositas bij kinderen. Informatorium voor voeding en dieetiek 2001.
- (99) Dietz WH. Breastfeeding may help prevent childhood overweight. JAMA 2001;16:2506-7.
- (100) Dietz WH, Franks AL, Marks JS. The obesity problem. N Engl J Med 1998;16:1157.
- (101) Wells JC, Stanley M, Laidlaw AS, Day JM, Stafford M, Davies PS. Investigation of the relationship between infant temperament and later body composition. Int J Obes Relat Metab Disord 1997;21:400-6.

Bijlage 1

1A Over het leren eten van een peuter aan tafel

De spelregels

De kinderstoel is een goede uitgangspositie voor de eetspelregels. Sommige ouders zeggen: "Hij wil niet in de kinderstoel, hij wil lopen." Het zitten in de kinderstoel moet je niet te lang doen. Dat moet je opbouwen. Vanaf het moment dat een kind niet meer in de kinderstoel wil zitten, stelt de ouder de regel: "Uit de kinderstoel - geen eten" en "in de kinderstoel - wel eten". Protest moet dan genegeerd worden. Als de peuter gaat huilen, dan maar laten huilen.

Ouders doen meestal concessies omdat ze de maaltijd niet verstoord willen zien.

Kinderen hebben een andere behoefte

Ouders gaan wel eens apart eten, maar dan hebben ze soms weer schuldgevoel, omdat ze eigenlijk als "gezinnetje" willen eten. In deze tijd kan dat niet altijd. De peuter heeft 's avonds vaak eerder trek in eten dan dat het de ouders uitkomt, zeker op de dagen dat ze allebei werken. Laat dan gerust de oppas met het kind eten. Maar laat de oppas ook duidelijke regels stellen; de hoofdmaaltijden (3 op een dag) en in de kinderstoel.

Lopen en eten gaat niet samen

Eten moet gekoppeld zijn aan een stoel. Ook voor oudere kinderen geldt deze regel. Zodoende leert een kind waarde hechten aan de sociale functie van eten. Een boterham in de hand is wel een keer goed, maar mag weer uitzondering worden en geen regel. Door deze regel in te stellen, wordt voorkomen dat kinderen op de bank eten bij de tv of rondlopen met eten.

Hoe het niet moet

Het kind zit keurig in de kinderstoel en het hongergevoel wordt gestild na zes happen. De peuter geeft aan niet meer te willen eten en mag van tafel om tv te gaan kijken. Na korte tijd krijgt het weer trek. De ouder denkt: "ah, ja, die zes happen, dat is ook niet genoeg" en geeft om van het gezeur af te zijn waar de peuter om vraagt. Een Danoontje, puddinkje, hup deksel eraf en klaar. Hier wordt drammen door het kind bekrachtigd en is de situatie onvoorspelbaar en onduidelijk.

1B Over het voorkomen van driftbuien aan tafel

Uit het onderzoek naar determinanten van overgewicht bij 0-4 jarigen (12) en uit internationale studies blijkt dat veel ouders van kinderen met overgewicht moeite hebben met het (leren) eten van een peuter aan tafel. Hier staan de adviezen waarbij stimulus controle centraal staat. Eten aan tafel mag iets vanzelfsprekends zijn; belangrijk is gezelligheid en voorbeeldgedrag. Wanneer het kind niet of weinig eet, geen probleem, de volgende maaltijd zijn er nieuwe kansen.

Voor de ouders:

Voorbereidingen

- Zorg bij een peuter dat er aanvankelijk "vertrouwde" maaltijden worden aangeboden, waarbinnen nieuwe dingen kunnen worden uitgeprobeerd.

- Denk goed na over de tafelindeling. Wie zit waar? Zorg dat iedereen op gelijke hoogte en even ver van elkaar zit. Geef iedereen een vaste plaats.
- Geef 5 à 10 minuten van tevoren aan dat er gegeten gaat worden. Dit kan aangegeven worden door bijvoorbeeld een kookwekkertje te zetten.
- Laat de kinderen eventueel plassen, zodat de nood niet hoog kan zijn tijdens het eten.
- Laat de peuter meehelpen bij het tafeldekken. Geef duidelijk aan waar ze de dingen neer kunnen zetten en complimenteer ze.
- Zodra het wekkertje afgaat, moeten de kinderen aan tafel komen om te eten. Er wordt dan geen tijd meer gerekent.

Vooraf aan de maaltijd

- Zet de televisie/radio uit. Neem eventueel (gedeelte van een) tv programma op om het later (verder) te bekijken.
- Dek de tafel overzichtelijk. Zet niet teveel op tafel. Tijdens de broodmaaltijden bv. twee soorten hartig beleg en twee soorten zoet.
- Iets dat die dag niet op tafel staat wordt die dag niet gegeten.
- Er komt tijdens de maaltijd geen speelgoed aan tafel. Ook niet als een van de kinderen klaar is met eten.
- Zorg er voor dat de tafel zodanig gedekt is dat u zelf zo weinig mogelijk van tafel op hoeft te staan.
- Bedenk van tevoren hoe u wilt dat u kinderen eten. Met/zonder vork, brood in stukjes of dubbel gevouwen, stukje voor stukje enz. Bespreek dit met uw partner en laat dit iedere dag hetzelfde zijn.
- Spreek een begindatum af en laat tot die dag alles bij het oude.

De maaltijd

- Spreek samen met uw partner af hoelang de maaltijd mag duren (richtlijn 20 minuten).
- Zorg ervoor dat de sfeer zo gezellig mogelijk is als de maaltijd begint.
- Laat kinderen kiezen wat ze willen eten (van hetgeen op tafel staat!). Stel, zeker de eerste periode, geen verdere eisen wat betreft de volgorde, soort beleg e.d.
- Geef niet te grote porties of zelfs stukje voor stukje.
- Bied het eten steeds op dezelfde manier aan.
- Laat de kinderen zelfstandig eten. Help alleen als de kinderen erom vragen. Ziet u dat het niet lukt en vragen ze niet om hulp biedt dan hulp aan. (Zal ik even helpen?)
- Speel in op de dingen die de kinderen willen vertellen, houd de sfeer zo gezellig mogelijk.
- Wanneer de kinderen hun boterham of iets dergelijks op hebben, vraag dan of ze nog iets willen. Reageer positief, maar niet overdreven, als ze goed eten. Benoem eens wat jezelf lekker vindt.
- Gebruik het eten niet als beloning (als je dit opeet krijg een toetje) of als dreigement (omdat je dit niet eet mag je geen tv kijken) of als straf (voor straf je bord leeg eten).
- Laat de kinderen stoppen met eten als ze niet meer willen. Maar dan ook geen andere dingen meer aanbieden (dus geen boterham met ander beleg aanbieden als ze hun bordje niet leeg hebben).
- Iedereen komt en gaat gelijk aan tafel.
- Als de kinderen te veel zitten te knoeien met hun eten, haal het bordje dan weg. Willen ze nog eten dan krijgen ze hun bordje nog een keer terug. Willen ze dan niet meer, dan is het eten klaar. Praat niet te veel, maar handel.

- Als de kinderen “ongewenst” gedrag aan tafel vertonen, houd u dan aan de afspraken die u hierover hebt gemaakt. Twee keer waarschuwen, dan handelen. Bijvoorbeeld stoel omdraaien.
- Na de afgesproken maximale tijd geen eten meer aanbieden. Zijn de kinderen nog aan het eten, dan eten ze op wat ze nog op hun bordje hebben. Zijn de kinderen aan het spelen met hun eten dan het eten weghalen.
- Praat in korte zinnen tegen de kinderen. Niet onvriendelijk maar stellig zijn. Straal zekerheid uit. Ook al voel je je niet zeker. Ga er van uit dat je fouten mag maken. Ben je het niet met je partner eens, laat dit niet aan de kinderen merken, maar bespreek dit later met elkaar. Help elkaar op dat moment.

Probeer de eerste tijd zoveel mogelijk met het gezin alleen te eten, niet teveel uitzonderingssituaties, zodat de kinderen snel aan de situatie kunnen wennen.

Bijlage 2

Voorbeeld van toe toepassing van leerprincipes en motivational interviewing bij een kind dat niet aan tafel wil eten.

Ongezond gedrag is vaak lekkerder, prettiger of aantrekkelijker dan de negatieve lange termijn gevolgen van ongezond gedrag. Het betreft veelal gewoontegedrag. We kunnen beter het ontwikkelen van slechte gewoonten voorkomen, want juist het afleren van gewoonten is een moeilijk proces. Kenmerk van een gewoonte is dat het gedrag optreedt, ondanks het welgemeende voornemen om het niet te doen.

In dit voorbeeld worden verschillende leerprincipes toegepast, alsmede elementen uit 'motivational interviewing'. Veel cb-medewerkers zullen hun werkwijze in dit voorbeeld herkennen. Maar zij mag nog bedreven worden in het bewuste gebruik ervan met het doel ervaringen, verwachtingen en gewoonten te helpen veranderen bij hun cliënten.

De JGZ-verpleegkundige reageert empathisch, vermijdt discussies en versterkt het zelfvertrouwen en de zelfeffectiviteit van de cliënt. Modern gezegd: ze "empower" vader of moeder!

Motivational interviewing en leerprincipes gebruikt bij een kind dat niet aan tafel wil eten

Deze moeder overweegt verandering en de nadruk ligt al op het beginnen met het veranderen van het ongewenste gedrag.

m. "Het eten is een zootje bij ons. Aan tafel eten lukt gewoon niet. Blijkbaar zit Bas bij anderhalf al in de koppigheidsfase?"

w. Wanneer was je dochter in de koppigheidsfase?

m. Toen ze drie jaar was, maar zij at tenminste aan tafel!

w. Ah, je hebt dus al wel een positieve ervaring met eten aan tafel bij je dochter, die koppig was op een leeftijd dat de meeste kinderen koppig zijn. *Kennisoverdracht en bekrachtigen van eigen effectiviteit.*

m. Ja, maar dit is een portret!

w. Bas is inderdaad een pittig ventje *Onvoorwaardelijke acceptatie*, maar saai zal het niet worden bij jullie! *Onvoorwaardelijke acceptatie* Maar heb je al ideeën hoe je het gaat oplossen?

m. Nou, ik hoor wel eens dat ze bij de tv beter eten; dan hebben ze niet in de gaten dat ze iets in hun mond hebben.

w. Denk je dat dit op de lange termijn gunstig is?

m. Nee, eigenlijk niet, want dan wordt het automatisch "innemen".

w. Ja, dat denk ik ook. (*veel ja zeggen, gewenst gedrag bekrachtigen*)

m. Maar ja, aan tafel blijft ze niet zitten.

w. Wat voor stoel heeft hij? (*Stimulus controle*)

m. Gewoon, een stoel die bij de tafel hoort.

w. Dus, daar loopt hij gemakkelijk vanaf.

m. Ja, maar Anne bleef altijd braaf zitten.

w. Dat is waar; maar ja, Anne is een heel ander kind. Ij en je man verschillen ook; en dat is maar goed ook. Ook Bas is weer anders dan zijn zus en heeft misschien ook iets anders nodig?

m. Mijn moeder heeft nog zo'n kinderstoel met zo'n tafelblaadje ervoor, misschien is dat wat?

- w. Ja, lijkt me prima; het is een hele toer om daaruit te klimmen. (*Stimulus controle*)
 m. In de stoel wordt dan gegeten?
 w. Ja, dat wordt hem snel duidelijk, natuurlijk moet je het opbouwen, in het begin kan hij er nog niet zolang in. (*Stimulus controle en shaping van gewenst gedrag*)
 m. En als hij er dan uitgaat, mag hij dan met zijn broodje rondsjouwen?
 w. Wat denk jij? Goed idee?
 m. Nee, eigenlijk niet, dan zit de pindakaas overal.
 w. Misschien is het duidelijk als in de kinderstoel wel eten betekent en uit de kinderstoel geen eten betekent. (*stimuluscontrole*)
 m. Dan gaat hij geheid zeuren.
 w. O.K. wat gebeurt er als je dan toegeeft? Zeuren betekent dan een cadeautje? (*Advocaat van de duivel*). Stel dat jij 's nachts huilend wakker wordt en iedere keer als dat gebeurt, krijg je de lotto uitbetaald. Nou dan word jij de tweede en derde nacht ook huilend wakker, zeker weten (*overdrijving, provoceren*). Zeuren belonen leidt er volgens mij toe dat hij blijft zeuren.
 m. Dat zeuren moet ik volgens mij negeren.
 w. Ja, lijkt me een prima plan. (*Shaping en bekrachtigen*) Deze maaltijd wordt dan even verstoord, maar als je hier consequent mee omgaat, gaat het per maaltijd beter, denk ik. Zullen we dit aankomende week eens gaan doen?
 m. Ja, dat ga ik proberen.
 w. Proberen betekent "eens kijken, eens wat goochelen". Zullen we het gewoon dóen en niet proberen? (*constructieve zelfconfrontatie*)
 m. (lacht), Deal, dat gaan we doen.

Week daarna

- m. In het begin maakte ik een kunstfout.
 w. Fouten maken is menselijk. *Onvoorwaardelijke acceptatie*
 m. Nou, zat hij lekker in de kinderstoel en at hij 6 happen en leek zijn honger gestild.
 w. En toen?
 m. Toen mocht hij van tafel en tv gaan kijken.
 w. En?
 m. Nou, na 5 minuten had hij weer trek en wou hij weer eten.
 w. En toen mocht hij weer prinsheerlijk op zijn plekje plaatsnemen? *Constructieve zelfconfrontatie*
 m. Nee, ik dacht toen: "ah, zielig, 6 happen is ook niet genoeg. Daar kan hij niet op voort en toen heb ik hem een Danootje gegeven, dekseltje eraf, lekker lepelend lopen en toen kreeg hij toch wat binnen."
 w. Waarom noem je het nou een kunstfout?
 m. Nou, zijn gedram beloonde ik vet met een lekker toetje. Drammen levert hem wat op, het is even stil, maar de dag erna had ik hetzelfde gezeur opnieuw. Bovendien mocht hij weer lopend eten en verbrak ik mijn afspraak.
 w. Wat deed je toen?
 m. Toen herinnerde ik me dat je had gezegd dat ik jengelen en drammen moest negeren.
 w. Hoe ging het verder?
 m. Toen heb ik de dag erna geen Danootje gegeven en nog een keer gezegd dat van de tafel niet eten is en aan tafel wel eten is. Zijn gedram heb ik genegeerd, nou en dat nam eerst flink toe, hij leek wel een stoomketel. Maar ik dacht nog, nee baasje (Basje), dit moet jij even gaan begrijpen en daar moet ik je bij helpen.
 w. En nu?
 m. Nou, hij eet nu aan tafel redelijk en tot de volgende maaltijd redt hij het prima als hij er vroegtijdig af mag.

Dan heeft hij weer trek als hij snel van tafel is gegaan en eet hij bij de volgende maaltijd vaak weer meer. Dat regelt zichzelf. Dan heeft hij meer trek en dan zie je dat hij lekker zit te knabbelen.

w. Knap hoor, alle hulde.

In dit voorbeeld zijn stimuluscontrole technieken en operante technieken ruimschoots aan de orde gekomen. De wijkverpleegkundige stimuleert, motiveert, veroordeelt niet en is opbouwend. Ze gebruikt non-directieve technieken, luistert en vat samen. Ze gebruikt eveneens directieve technieken, zoals provocatie, selectieve bekrachtiging, informatie en overtuiging.

B Dagprogramma scholing

Scholing JGZ-medewerkers: 'Preventie overgewicht bij 0 tot 4 jarigen.'

13.30 - 13.45 **Ontvangst**

13.45 - 14.45 **Monique L'Hoir: 'Een sleutel tot overgewicht preventie bij 0-4 jarigen: opvoeding.'**

14.45 - 15.00 **Pauze**

15.00 - 16.15 **Carla Kessler: 'Wat te doen?'**

16.15 – 17.30 **Guido Mulder / Magda Boere-Boonekamp: 'Op groei' geluk.**

C Evaluatie Proefscholingen

C1. Proefscholing Deventer (10-10-2007)

Ingevuld door: 18 verpleegkundigen, 6 artsen

1 ^e deel				
Voordracht 'Een sleutel tot overgewicht preventie bij 0 tot 4 jarigen: opvoeding' (Monique L'Hoir)	Helemaal eens	Eens	Oneens	Helemaal oneens
Ik vond dit onderdeel relevant voor de scholing	57%	43%		
De presentatie van de docent was goed	88%	12%		
Ik heb voldoende nieuwe kennis opgedaan	17%	58%	25%	
Het niveau van de aangeboden leerstof was goed	25%	71%	4%	
De geplande tijd was voldoende		50%	46%	4%
Voordracht 'Het gelukkige kind' (Guido Mulder)	Helemaal eens	Eens	Oneens	Helemaal oneens
Ik vond dit onderdeel relevant voor de scholing	13%	74%	13%	
De presentatie van de docent was goed	4%	75%	21%	
Ik heb voldoende nieuwe kennis opgedaan	4%	42%	54%	
Het niveau van de aangeboden leerstof was goed		65%	35%	
De geplande tijd was voldoende	4%	63%	25%	8%

2 ^e deel				
'Wat te doen?' (Carla Kessler)	Helemaal eens	Eens	Oneens	Helemaal oneens
Ik vond dit onderdeel relevant voor de scholing	17%	75%	8%	
De presentatie van de docent was goed	21%	75%	4%	
Ik heb voldoende nieuwe kennis opgedaan		71%	29%	
Het niveau van de aangeboden leerstof was goed	8%	79%	13%	
De geplande tijd was voldoende		29%	38%	33%
'Op groei' geluk (Guido Mulder)	Helemaal eens	Eens	Oneens	Helemaal oneens
Ik vond dit onderdeel relevant voor de scholing	24%	71%	5%	
De presentatie van de docent was goed	14%	71%	14%	
Ik heb voldoende nieuwe kennis opgedaan	14%	62%	24%	
Het niveau van de aangeboden leerstof was goed	19%	67%	14%	
De geplande tijd was voldoende	5%	14%	52%	29%

C2 Ingevuld door: 16 verpleegkundigen, 1 arts, 2 onbekend

Ingevuld door: 16 verpleegkundigen, 1 arts, 2 onbekend

1 ^e deel				
Voordracht 'Een sleutel tot overgewicht preventie bij 0 tot 4 jarigen: opvoeding' (Monique L'Hoir)	Helemaal eens	Eens	Oneens	Helemaal oneens
Ik vond dit onderdeel relevant voor de scholing	79%	21%		
De presentatie van de docent was goed	95%	5%		
Ik heb voldoende nieuwe kennis opgedaan	56%	44%		
Het niveau van de aangeboden leerstof was goed	68%	32%		
De geplande tijd was voldoende	37%	58%	5%	
2 ^e deel				
'Wat te doen?' (Carla Kessler)	Helemaal eens	Eens	Oneens	Helemaal oneens
Ik vond dit onderdeel relevant voor de scholing	37%	58%	5%	
De presentatie van de docent was goed	42%	53%	5%	
Ik heb voldoende nieuwe kennis opgedaan	26%	42%	32%	
Het niveau van de aangeboden leerstof was goed	39%	50%	11%	
De geplande tijd was voldoende	39%	44%	17%	

'Op groei' geluk (Guido Mulder / Magda Boere-Boonekamp)	Helemaal eens	Eens	Oneens	Helemaal oneens
Ik vond dit onderdeel relevant voor de scholing	41%	53%	6%	
De presentatie van de docenten was goed	42%	76%		
Ik heb voldoende nieuwe kennis opgedaan	31%	63%	6%	
Het niveau van de aangeboden leerstof was goed	35%	59%	6%	
De geplande tijd was voldoende	18%	64%	18%	

D Brochure over baby's en gezonde voeding

Over gewoon, gezond gedrag van baby's, peuters en kleuters

In deze brochure vertellen jonge ouders over hun ervaringen met hun baby's, peuters en kleuters. Het zijn alledaagse voorbeelden, die u direct herkent. Een soort "snelcursus" opvoeden, door en voor ouders.

De vier ouderparen hieronder hebben wel eens een probleem met hun kind. Zoals alle ouders. Deze hebben ze opgelost. In deze brochure staat hoe ze dit hebben gedaan.

Bij opvoeden gelden een paar principes, wereldwijd, voor iedereen.

1. Kinderen gedijen het beste in een liefdevolle omgeving!
2. Ze hebben ook grenzen nodig en als ze wat ouder zijn, duidelijke regeltjes.
3. Te streng opvoeden helpt ook weer niet.

Baby's

Opvoeden begint al bij heel jonge baby's, maar gaat niet vanzelf. Het vraagt inspanningen van de moeder en de vader! Begint opvoeden echt zo jong? Ja, hieronder kun je lezen hoe dat werkt. Haal de voorbeelden eruit die bij je passen, tenslotte is iedereen anders.

Voeding

Lisa & Bas

Ik ben Lisa en heb een zoontje dat 3 maanden oud is en hij heet Bas.

Natuurlijk vind ik hem de mooiste baby van Nederland! Ik geef borstvoeding, meestal zo 6 voedingen per 24 uur, maar soms ook 7 of 8. Bij borstvoeding kan dat gewoon. Als hij genoeg heeft, draait hij gewoon zijn hoofdje weg. Al zo jong is het een "regelneefje"! Hij bepaalt gewoon hoeveel hij drinkt en hij groeit prima. Mooi toch?

Saridha & Carina

Ik ben Saridha en heb een dochtertje van 2 maanden, Carina.

Ik geef ook borstvoeding. Ik zie het zo: "Via mijn moedermelk geef ik mijn liefde door aan mijn kind." Wat ik niet doe, is naast de borstvoeding een extra fles met poedermelk geven. Dan krijgt mijn dochter gewoon teveel binnen en dat is niet nodig. Sommige vriendinnen doet dat wel, maar ik weet dat kinderen hier dik van worden. Mijn moeder en schoonmoeder weten dit nu ook. Iedereen uit onze familie wil gewoon het beste voor Saridha!

Rob & Jeroen

Ik ben Rob, vader van Jeroen

Jeroen krijgt flesvoeding. Ik maak de fles ook wel eens klaar. Mijn vrouw zei laatst: "het is geen koffie hoor, wel afstrijken dat schepje"! Ik bedacht inderdaad dat als je in elke schepje teveel poeder doet, dan krijgt het kind elke keer iets teveel. Een extra schepje is helemaal uit den boze. Tel uit je winst! Dan wordt Jeroen tonnetje rond. De cb-arts gaf aan dat Jeroen door teveel poeder in verhouding tot het water, steeds meer dorst krijgt en dus om steeds meer eten zal vragen. Dan krijgt hij teveel binnen en het is ook slecht voor zijn nieren. Ik let nu altijd goed op hoe ik de fles klaarmaak!

Floor & Roos

Ik ben Floor en heb een dochtertje Roos van 3 maanden.

Zij was bij de geboorte iets te vroeg en aan de kleine kant. Ik geef flesvoeding en heb wel eens getwijfeld of zij genoeg kreeg. Omdat ze zo klein was, dacht ik gewoon: "jij moet snel groter groeien, klein meisje van me". Ik ging bij de 3^e maand al pap door de fles doen. Totdat ik las dat baby's die klein bij de geboorte zijn of baby's die te vroeg geboren zijn, juist niet heel snel moeten groeien vanaf de geboorte. Dat vergroot de kans dat ze later juist heel zwaar worden. Ik kon me dat haast niet voorstellen, maar ik heb het nagevraagd en het is echt zo. Gek hè, het klinkt zo tegenstrijdig.

Ik ben blij dat ik er op tijd achter ben gekomen. Roos groeit nou gewoon, heel geleidelijk. Op het bureau zijn ze super tevreden over Roos' groei en ontwikkeling. En ik voel me nu een stuk zekerder dan in het begin omdat ik weet dat ik het goed doe.

Smaakontwikkeling*Lisa & Bas*

Al in de buik maken baby's via het vruchtwater, dat zij gewoon doorslikken, al kennis met allerlei smaakjes. Daar zijn de artsen achter gekomen door zwangere moeders veel anijs te laten eten. Na de geboorte legden ze links naast het hoofdje van de baby een doekje met anijsgeur en rechts een doekje dat nergens naar rook. Die baby draaide steeds zijn hoofdje naar het doekje met anijs. Grappig, dat was nieuw voor mij.

Via de borstvoeding krijgen baby's ook allerlei verschillende smaakjes binnen. Hoe meer verschillende dingen de moeder eet, hoe meer smaakjes de baby leert kennen. Dat schijnt reuze handig te zijn, want kinderen moeten later natuurlijk niet alleen de patat frites eten, maar ook de groenten, vlees en gekookte aardappelen. Voor de smaakontwikkeling van baby's is het dus heel belangrijk dat de moeder veel verschillende dingen eet.

Saridha & Carina

Ik wist wel dat als je direct na de geboorte een borst van de moeder wast met water, de baby liever aan die andere borst wil drinken. Dat geurtje kent ze namelijk, en die neutrale borst vindt ze maar niks. In de zwangerschap ben ik veel bewuster gaan eten. Je wilt toch het beste voor je baby? Die verschillende smaakjes leert je baby natuurlijk niet als de moeder altijd kroketten of frikadellen eet. Die vind ik nog steeds lekker, maar sinds mijn zwangerschap ben ik ze minder gaan eten. Prima, die vette hap is niet goed voor mij, maar ook niet voor de kleine.

Rob & Jeroen

Wat ik weet over smaakontwikkeling, is dat wanneer een baby al heel jong zoete drankjes krijgt zoals jogidrink of Fristi, hij daar snel aan went. In Amerika geven ze heel vaak zoetheid in de fles; nou daar lusten de kinderen helemaal geen water meer. Een kind kan het beste eerst neutrale smaakjes, zoals water, leren kennen. Daarna hartige smaakjes en pas later zoete smaken. Het is een misverstand dat jogidrink en Fristi goed zijn voor kinderen omdat het zou zijn afgeleid van "yoghurt". Het zijn mierzoete smaken, die nergens goed voor zijn. Oké, tijdens een verjaardag misschien, maar dat is een heel andere verhaal dan in een babyfles!

Floor & Roos

Ik weet dat als kinderen met een fruit- en groentehapje gaan beginnen, zij altijd eerst de hapjes weer uit hun mondje werken. Dat deed Roos ook; de slabbetjes waren niet aan te slepen.

Het schijnt een soort zelfbescherming te zijn, eigenlijk tegen vergiftiging. Pas als ze het door een bekend persoon, de moeder, vader of oppas, vaak krijgen aangeboden, krijgen ze er vertrouwen in. Ze wennen aan de smaak en gaan de hapjes doorslikken. De opmerking: “hij lust geen bloemkool”, betekent eigenlijk: “hij is er nog niet aan gewend”.

Wanneer je nou die bloemkool afwisselt met verschillende andere groenten, dan went je kind niet alleen aan bloemkool, maar ook aan die andere groentesmaken. Makkelijker gezegd dan gedaan, maar wij hebben het echt ondervonden: “zo werkt het”. Roos is nu een “alleseter”.

Huilen en slapen

Lisa & Bas

Toen Lisa net was geboren sliep ze wel 20 uur van de 24. Dat was prima. Bij 3 maanden sliep ze zo een 18 uur en ik heb begrepen dat bij 6 maanden kinderen ongeveer 16 uur slapen. Bij 14 maanden tot 3½ jaar is dat zo een 14 uur. Dat lijkt veel, maar als kinderen lekker slapen, zijn ze overdag uitgerust, lekker actief en opgewekt. Bas is zo'n mannetje en dat is wel heerlijk hoor. Gelukkig zijn huil- en slaapproblemen ons gezin bespaard gebleven. Even “afkloppen”.

Saridha & Carina

Carina ging na de 2^e week steeds meer huilen. Op het bureau hoorde ik dat de piek van het huilen bij 6 weken ligt. Mijn man en ik dachten werkelijk: “dat houden we nooit vol, zij gaat nog meer huilen”. Op het bureau kregen we gelukkig adviezen over regelmaat en een afname van prikkels. Mijn man en ik liepen al dagen achter elkaar met Carina op de arm. Als je haar weglegde in de wieg, zette ze het weer op een brullen. We waren toen echt radeloos!

Toen leerden we: als Carina wakker wordt, ga je haar voeden. Dan blijf je lekker met je tevreden baby knuffelen, en daarna leg je haar heel even in de box. Ze kan ook gerust even zelf bezig zijn, en natuurlijk steeds langer naarmate ze ouder wordt. Voor de 6 weken hoeft een baby niet in de box, trouwens. Als ik zag dat ze moe werd, zoals bleek worden of een beetje jengelen, dan bracht ik haar naar bed. Ik legde haar wakker in bedje, stopte haar stevig in en gaf haar de kans om zelf in slaap te vallen. Ze Dat heet “zelfregulatie”. Ze ging dan altijd wel even hard huilen, maar dat ging snel over. Dat was echt een gouden tip. Binnen enkele dagen was het huilen afgenomen. Een beetje huilen mogen ze natuurlijk best. Mijn man en ik zijn weer uitgerust en genieten elke dag van ons vrolijke dametje.

Rob & Jeroen

Ik ben een man van de cijfers en al snel wees de verpleegkundige me op een handig staatje. Je kunt naar de tijd kijken dat een baby achter elkaar wakker kan zijn. Bij 0-2 weken is dit ongeveer 30 tot 45 minuten en de slaapjes duren dan 2 tot 3 uur. Bij 2-6 weken kon Jeroen 45 tot 60 minuten achter elkaar wakker zijn en zijn slaapjes duurden toen ook 2 tot 3 uur. Bij 7-12 weken wordt het langer, namelijk 60 tot 75 minuten ‘wakker tijd’ en 2 tot 3 uur slaapjes. Tussen 3 en 5 maanden is hij 1½ uur wakker achter elkaar en duren de slaapjes ongeveer 2 uur. Natuurlijk verschilt dit wel een beetje per kind, maar als je nog wat onzeker bent in het begin, en dat was ik, dan kan dit een prettig hulpmiddelje zijn.

Floor & Roos

Een ding weet ik zeker, en dat werd bevestigd op het bureau: kinderen gedijen in een vast ritme. Hiermee bedoel ik niet “op de klok” maar veel meer een vaste volgorde.

Meer zoals Sharida het beschrijft. Overigens gaf ik in het begin als Roos huilde altijd meteen de fles.

Maar daarmee kwam ik ver boven de hoeveelheid voeding die ze eigenlijk nodig had per 24 uur. Ik overvoerde haar gewoon en haar maag wende aan die grote hoeveelheden. Op het bureau hebben ze wel aangegeven wat de maximum hoeveelheid flesvoeding is per 24 uur. Daar hebben we ons aan gehouden en nu gaat het goed.

Intussen weet ik beter wanneer Roos huilt omdat ze moe is. Ik ben hierover een stuk zekerder geworden.

Ik weet intussen ook, en dat werd door de arts op het consultatiebureau, maar ook door de huisarts opgemerkt, dat kinderen die weinig slapen, jong en oud, meer kans hebben om overgewicht te krijgen. Blijkbaar is weinig slaap ongunstig. In de krant lees je steeds vaker dat kinderen te zwaar worden. Ook dat kinderen suikerziekte krijgen. Ik moet er niet aan denken dat Roos zich op jonge leeftijd zou moeten spuiten in verband met suikerziekte. Gelukkig weet ik intussen hoe ik dat kan voorkomen. Roos slaapt gewoon lekker, eet normaal en beweegt natuurlijk ook. Dat doen alle kinderen.

Bewegen

Lisa & Bas

Ik ga met Bas elke dag even naar buiten. Bas' zus, van 2, gaat ook mee. Die laat ik niet op het treeplankje van de wandelwagen staan. Ze kan prima lopen. Bovendien leert ze anders dat ze gereden kan worden. Dan krijg ik steeds gedram. "Pankje, pankje" zeurt ze dan. Daar heb ik nu geen last van. Wandelen blijft zo een leuk uitje en dagelijks bewegen is natuurlijk gewoon goed voor de kinderen. En...trouwens ook voor de moeder.....

Saridha & Carina

Ik houd er niet van om in de regen te lopen. Wie wel, trouwens? Maar ik heb sinds kort een handig ding over de wandelwagen en een grote paraplu. Eigenlijk dwing ik mezelf een beetje om met vies weer ook naar buiten te gaan. Het grote broertje van Carina, Josua, moet ik toch ook van school halen. Ik loop altijd een ommetje, langs zo'n mini speeltuintje. Dan gaat Joshua altijd even op zo'n wipkip. Wat een dom ding zeg; Joshua beweegt niet, alleen de wipkip. Gelukkig klautert hij ook graag op het klimrek en speelt hij met zijn vriendjes. Volgens mij is dat goed voor alles!

Rob & Jeroen

Jeroen trappelt als een dolle als hij in de wieg ligt. Hij wordt vast profvoetballer! Ik leg 'm ook altijd even op zijn buik als ik erbij ben. Ik weet dat als baby's op de buik slapen ze een grotere kans op wiegendood hebben, maar in de box, onder mijn toezicht, is het goed als hij dagelijks 5 tot 15 minuten op zijn buik ligt. Dat voorkomt ook dat hij een scheef of plat hoofd krijgt. Bovendien wordt hij daar sterk van. Dat is handig want als profvoetballer moet hij natuurlijk ook kopballen geven. Het is jammer dat hij Jaap Stam niet kan opvolgen. Daarvoor is Jeroen helaas nog te klein.

Floor & Roos

De box is inderdaad een ideale plek voor een baby om in te bewegen. Het is geen slaapplek, dat is logisch. Een baby leert lekker slapen in een wieg of ledikant en lekker spelen in de box. Soms leg ik hem ook even op een kleed op de grond. De maxi-cosi is eigenlijk net zoiets als de wipkip. Roos beweegt niet, de maxi-cosi beweegt. Dat is ook zo als ze in het wipstoeltje ligt.

Voor de ontwikkeling van Roos is het spelen en rollen in de box volgens mij heel belangrijk. Daar ligt ze dan ook meestal in totdat ze moe wordt. Daar kan ik haar goed zien en kan onze hond er niet bij. Bij signalen van moeheid breng ik haar naar bed.

Opvoeding

Lisa & Bas

Ik kijk altijd veel naar Bas en hoor met verbazing alle geluidjes die hij maakt. Ik wacht meestal eventjes tot hij begint en dan reageer ik. Dat is een soort spelletje geworden! Als hij zijn tongetje uitsteekt, dan doe ik het na. Wat grappig is, hoe klein hij ook is, dat hij dan weer naar mij zijn tongetje uitsteekt. Hij heeft nu al “praatjes”. Geweldig, hoe goed je al met zo’n kleintje contact kan maken.

Saridha & Carina

Mijn ouders en die van mijn man zijn dol op Carina. Bijna met alles ben ik het met ze eens. Maar als ik echt over iets van mening verschil over wat ze mij op het bureau hebben uitgelegd, dan vraag ik of ze meegaan naar het bureau. Gelukkig doen ze dat meestal en dan praten we er even over met de arts of verpleegkundige.

Rob & Jeroen

Oké, ik geef toe dat ik graag met Jeroen op schoot naar het voetballen kijk. Maar wij zetten hem niet in de maxi-cosi voor de tv. Dat is passief vermaak. Dan kijkt hij wat schaapachtig naar de bewegende beelden, maar beweegt daardoor zelf niet. Dan “consumeert” hij alleen. Ik denk er niet aan om bij hem straks een tv op zijn kamer te zetten. Kinderen die een tv op hun kamer hebben, kijken langer en gaan ook later naar bed. Bovendien kijkt hij dan misschien naar heel andere dingen dan naar voetbal (grapje hoor!). Als we kijken, dan kijken we samen! Maar ik droom al van een potje voetbal met hem op het pleintje!

Floor & Roos

Lekker knuffelen met Roos en haar in bad doen op mijn gemakje, vind ik heerlijk. De tijd nemen voor je baby is eigenlijk levenskunst. Het is al zo’n gejaagd bestaan. Ik kan ook lekker naar haar kijken in de box. Baby massage vinden we allebei fijn. Baby-tjes moet je veel aanraken, dat hebben ze nodig. Ook praat ik heel veel met haar, rustig en zachtjes. Ik heb allang gemerkt dat als ik hard praat of schreeuw - en dat doe ik wel eens hoor - dat Roos het ook op een brullen zet. Ik kan me zo goed voorstellen dat als ouders schreeuwen, kinderen dit gewoon nadoen! Ik probeer veel “ja” tegen Roos te zeggen. In plaats van: “niet huilen, stop nou”, zeg ik: “ja, stil maar, mama komt eraan”. Dat werkt tien keer beter.

E Brochure over peuters en kleuters en gezonde voeding

Voeding

Warner & Joshua

Ik ben Warner, de vader van Joshua van twee.

Twee jaar is een pittige leeftijd. Dan zijn kleuters wat opstandig en dwars. Ze krijgen een eigen willetje. Dat noemen ze de “koppigheidsfase”. Joshua vraagt van mij nu veel geduld. Want poeh, wat kan dit mannetje dwarsliggen. Om dan toch gedaan te krijgen wat ik wil, belof ik hem wel eens snoep of chips. Maar dat is niet handig. Belonen van gedrag met snoep betekent dat hij vaak gaat drammen om snoep. “Ikke goed gedaan, ikke koekje nu”! Mijn vriendin en ik pakken het nu anders aan. We geven Joshua iets lekkers al we ons eerste kopje koffie drinken ’s ochtends. Niet op andere tijden. Dan zeurt hij niet om snoep en dat is “lekker”!

Tinie & Kyara

Ik ben Tinie en dit is onze dochter Kyara. Ik beloon goed gedrag van Kyara ook niet met snoep. Dat deed mijn moeder wel altijd bij mij. Ik neem het haar niet kwalijk, zij wist niet beter. Maar bij mij is de hang naar zoet nu gekoppeld aan hoe ik me voel. Als ik me rot voel, dan wil ik altijd iets lekkers, om mezelf te troosten. Dat noemen ze “emotie-eten”. Dat is lastig hoor, want het is helemaal “geconditioneerd” bij mij. Bij Kyara doe ik het nu anders. Net als Warner, hierboven. Ik geef ook op vaste momenten een snoepje, namelijk als mijn oudste uit school komt. Dan krijgt Kyara ook iets. Dat is super duidelijk voor iedereen!

Marthe & de tweeling Mary en Marisha

Als ouder vind je het om een of andere reden belangrijk dat een baby goed eet. Toen ze een beetje mollig waren, dacht ik “ze kunnen wel tegen een stootje”. Maar toen Marisha en Mary peuter waren en nu ze kleuter zijn, moet je dat eten meer loslaten. Je moet je er minder mee bemoeien wat erin gaat. Behalve natuurlijk dat je de goede dingen op tafel zet. Dat is en blijft de taak van een ouder. Marisha moet zelf aangeven, zelf regelen wat ze neemt en doorslikt! Dat vond ik in het begin waanzinnig moeilijk. Ik wilde eigenlijk de regie houden. Maar ook cameraman zijn en het licht regelen. Het eten werd een item en we hadden veel gedoe aan tafel. Ik dacht echt “nu heeft mijn kind een eetprobleem”. Toen ik het losliet en er geen punt meer van maakte, ging het opeens stukken beter. Mijn advies: bij peuters en kleuters niet bovenop ze zitten. Zet ze gezonde dingen voor en praat niet teveel over het eten aan tafel. Wat bij ons geldt bij onze peuters en kleuters: “doe zoals ik doe” en niet “doe wat ik zeg”. Het goede voorbeeld geven dus.

Smaakontwikkeling

Warner & Joshua

Joshua kreeg moedermelk en die is romig en toch een beetje zoetig. Ik heb het zelf eens geproefd en vond er niks aan. Toch schijnt de zoete smaak te overheersen. Daarom vindt Joshua volgens mij zoetigheid nooit een probleem. Dat gaat erin als “koek”. Daarom dronk hij alleen nog maar zoetigheid. Maar mijn vriendin, Elske, heeft ontdekt dat wanneer je de roosvicee of aanmaaklimonade steeds iets verdunt met water, hij dat ook gewoon lekker opdrinkt. Je moet dat verdunnen geleidelijk doen. En omdat Elkse en ik ook graag een glas water drinken, ziet hij ook dat pap en mam dat doen. Voor hem dus geen vuiltje aan de lucht. Verdunnen en voordoen van het drinken van water zijn eigenlijk twee trucjes die handig zijn voor alle ouders om te gebruiken. Kinderen “leer” je zo ook “niet-zoete” drankjes drinken!

Huilen en slapen

Warner & Joshua

Ik las dat weinig slaap van kinderen, al vanaf heel jonge leeftijd, samenhangt met een grotere kans op overgewicht. Natuurlijk komt het wel eens voor dat Joshua minder slaapt, bijvoorbeeld als hij 's middags een feestje heeft gehad. Maar goed slapen vind ik belangrijk.

Het werkt net als bij andere opvoedingsproblemen; als je het ritueel steeds hetzelfde houdt, dan weten kinderen wat er komt. Dan gaan ze vanzelf lekker slapen. Dus na het TV programma, Sesamstraat of Klokhuis, in bad of onder de douche, en daarna naar bed. Dan lees ik nog wat voor en dan geef ik ze een knuffel en loop ik de kamer uit. Joshua kan prima zelf in slaap vallen, daar heeft hij mij niet bij nodig. Ook als hij zegt dat hij niet moe is bij het middagdutje, zeg ik altijd: "nou, dan pak maar even lekker een boekje". Die liggen in de zijkant van zijn bedje. Vaak als ik dan 15 minuten later bovenkom, ligt hij toch te slapen als een roos. Uitgeruste kinderen zijn gezellige kinderen; die kunnen veel meer hebben. Mijn advies aan alle ouders: gewoon van het middagdutje en de avond slaaptijden een vaste gewoonte maken; daar heeft elk kind wat aan!

Tinie & Kyara

Bij 8 maanden had Kyara last van angst. Als ik haar slaapkamer uitliep, zette ze het op een brullen. Via internet had ik snel door dat dit "scheidingsangst" is. Het geheugen van Kyara ontwikkelt zich op die leeftijd en opeens "onthield" ze dat ik er nog was, ook al verdween ik achter haar slaapkamerdeur. Dat is natuurlijk verwarrend en opeens begreep ik het gedrag van Kyara. Door kiekeboe spelletjes met een doekje heb ik veel "je bent er wel, je bent er niet" geoefend. Dit is altijd een heerlijk spelletjes om met je kind te doen. Ze ging ook beter snappen dat nadat je verdwijnt, je ook weer terugkomt. Sommige kinderen hebben die scheidingsangst ook iets eerder, bij 7 maanden. Maar het gaat voorbij.

Bewegen

Jo & Douwe

Ik ben de oppas van Douwe, 5 jaar en zijn zusje Plien 3, Jip 2 en een broertje Ysbrand 0. Een flink groot gezin en dan moet je ervoor zorgen dat ze lekker moe worden. Bewegen is goed voor ze en ze krijgen dan ook gezonde trek. Ik geef ze tussendoor wel altijd een keer iets lekkers, maar volgens mij betekenen al die malle grote koeken tussendoor, dat ze aan tafel geen trek meer hebben. Trek vergemakkelijkt het eten ook; dat is een simpele regel. Ik ga dagelijks met ze naar buiten. Dat is een hele optocht. Ze mogen altijd bij de burens op het muurtje lopen; verder ga ik de eenden voeren en gaan we altijd langs het speeltuintje. Daar is voor kinderen van alle leeftijden wat wils. Ze ravotten daar, vallen en opstaan, en daarna komen we moe en voldaan thuis. Dan krijgen ze wat verdunde roosvicee en dat vinden ze allemaal heerlijk.

Henrik & Toontje, 4 jaar

Als het miezert heb ik niet altijd zin om naar buiten te gaan. Maar het maakt Toontje niets uit hoor. Jasje aan, laarzen en hup eruit. We hebben onze vaste activiteiten en de bal gaat altijd mee. Vlakbij is een trapveldje en als ik mijn twee papadagen heb, is voetballen een vast onderdeel. Het verbaast me hoe lang hij bezig kan blijven. Niets heerlijker dan met je kind buiten "rommelen". Toontje "helpt" ook in de tuin en ik laat hem met van alles slepen. Dat gebeurt ook in de herfst en de winter.

Silvie & Anton

Wij wonen op een flat. Ik zorg alleen voor Anton want mijn vriend en ik zijn uit elkaar. Ik neem Anton altijd mee als ik boodschappen ga doen. We lopen naar de winkel en dat is niet zo ver weg. In de winkel mag hij altijd brood in de wagen leggen en dat wil hij dan elke keer. Ik neem zijn buggy niet mee naar de winkel, want hij kan die afstand prima lopen. Dat is altijd een gezellig wandelingetje. We stoppen dat op de terugweg even bij mijn moeder. Dat is vaste prik. Mijn moeder snapt dat ik weer iets anders opvoedt dan zij dat bij mij deed. We hebben het er samen over. Zij ziet nu in dat in deze tijd de overdaad gevaarlijker is dan het tekort. Vroeger hadden mijn ouders niet zoveel en kon lang niet alles. Toch stap ik niet in die valkuil; ik ga niet opeens alles goedgevonden wat Anton wil. Ook geef ik hem niet veel frisdrank en snoep en chips. Daar help ik het jochie niet mee, dan wordt hij alleen maar tonnetje rond. Sinds ik lopend naar mijn moeder ga, doet zij dat ook als ze naar mij komt. Dagelijks bewegen, gratis en voor niks. Beter kan niet. Dat is goed voor mijn moeder, voor mij en voor Anton.

Opvoeding*Kees & Anne*

Ik was bij mijn dierenarts en die gaf aan dat ik op puppycursus moest. Hij had het over onze hond, maar dit verhaaltje gaat ook over Anne. Op puppycursus leerden we onze hond zitten. We moesten een week lang direct nadat hij ging zitten een hondenbrokje geven. Na een week ging hij keurig zitten als je hem het commando “zit” gaf. Dan moest je hem natuurlijk ook een aai over zijn kop geven. Maar toen zei de trainer: “nu gaan we ervoor zorgen dat hij dit zijn hele leven blijft doen”. We gaan de hond vanaf nu niet elke keer een hondenbrokje geven, maar slechts 5 keer deze week. Juist als die hond “denkt” (die kan niet denken, maar toch) “komt er nog wat, ik hou er anders mee op” krijgt hij weer een hondenbrokje. Hierdoor leert hij volhouden, want hij heeft geleerd dat de beloning ooit komt. Hij gaat steeds keurig zitten bij het commando “zit”, want die beloning kan komen deze keer. Soms belonen betekent dus dat het gedrag in stand blijft!

Als je dit nou omdraait en we nemen Anne als voorbeeld, dan snap je opeens waarom “consequent” zijn belangrijk is. Anne kwam altijd ’s nachts uit haar bed en dan wil ze bij ons in bed. Dan staat ze te jammeren en te piepen naast het bed. Dat willen wij niet, want iedereen in ons gezin komt dan nachtrust tekort. Dus ik breng haar meestal terug naar bed. Maar in het weekend, als Anne ’s nachts weer komt bij ons bed, dan deed ik “de klamme lappen” omhoog en mag ze erbij. Ze wordt dus *soms* beloond voor haar jammergedrag en uit bed komen. Geen wonder dat ze elke nacht uit bed komt naar ons toe; soms heeft het resultaat en wordt ze beloond voor haar gedrag. Ze blijft naar ons toe komen, want *soms* lukt het. Nou snap ik opeens waarom je consequent moet zijn. Als je soms toegeeft, blijft het gedrag dat je niet wil, juist bestaan.

F Factsheet voor medewerkers in de JGZ

Tv kijken en computeren

“Een televisie op de slaapkamer van een tweejarige, is een goede voorspeller voor overgewicht.”

De hoeveelheid tijd die zittend achter een tv of computer scherm wordt besteed, is van invloed op cognitieve, emotionele en lichamelijke ontwikkeling van kinderen. Het beïnvloedt het gedrag van kinderen, de schoolprestaties, pesten, aandacht/afleidbaarheid en het gewicht.

Eenderde van de Amerikaanse kinderen is voor de leeftijd van 20 jaar obese of heeft overgewicht. De overige 2/3 wordt dit na het 20^{ste} jaar. Ziekenhuiskosten door kinderobesitas zijn in 20 jaar verdriedubbeld en de kosten zijn 127 miljoen dollar per jaar. De kans om overgewicht te krijgen bij een kind verviervoudigt wanneer er meer dan 5 uur per dag tv wordt gekeken. Tijdens tv kijken is er ook een toename van het snackgedrag. In Amerika verschijnt de helft van de 21.3 reclames per uur tijdens tv programma's voor kinderen. De voeding waar reclame voor wordt gemaakt is vet, suiker- of zouthoudend.

Een kind dat 40 kilo weegt en dagelijks 1 uur tv kijken vervangt door 30 minuten lopen en 30 minuten uitvoeren van een ander passief gedrag (bv. lezen), voor de periode van 1 jaar, voorkomt gewichtstoename van 2.05 kilo in dat jaar.

Televisie kijken is meer dan alleen inactief zijn, dat op zichzelf al ongunstig is. Er is onderzoek gedaan naar individuele, gezinsgebonden en socioculturele factoren die van invloed zijn op het thuis tv kijken en computeren. Hieronder vindt u daar resultaten van terug.

In deze factsheet staan eenvoudige adviezen die JGZ artsen en verpleegkundigen kunnen geven aan ouders en kinderen. Deze adviezen kunnen ouders helpen bij het reduceren van de tijd dat kinderen tv kijken en computeren.

Besteed aandacht aan de hoeveelheid tijd die kinderen besteden aan tv kijken en computeren

Van de kinderen die 2½ jaar oud zijn, kijkt 4% meer dan 4 uur tv. Van de 5 jarige jongens is dit al 15% en van de meisjes 8%. Daar moet het computeren nog bij worden opgeteld. Amerikaanse kinderen tussen de 6 en 13 jaar computeren en kijken gemiddeld 5 uur tv per dag. Als je ouders vraagt dit bij te houden, noteren zij minder uren dan hun kinderen. Ouders hebben moeite om dit bij te houden. Hierbij kunnen zij een helpende hand gebruiken. Bovendien hebben ze problemen met de definitie: wat telt als “tv kijken”? Samen kijken beschouwen ouders als een opbouwende gezinsactiviteit en achtergrond tv ervaren ze niet als “tv kijken”. JGZ medewerkers kunnen ouders assisteren bij het monitoren van de “screentijd” (TV dagboek).

Zet geen tv in de slaapkamer van een kind

Kinderen die tv op hun slaapkamer hebben, kijken meer tv en hebben minder regels rond tv kijken dan kinderen die geen tv in hun slaapkamer hebben. Een goede voorspeller voor obesitas is het hebben van een tv op de kamer van een 2-jarige.

Acht procent van de Nederlandse 2 tot 4 jarigen heeft een tv op de slaapkamer en 15% van de 4 jarigen. Bijna tweederde van de 6 tot 13 jarige Amerikaanse kinderen heeft een tv op zijn slaapkamer. Tussen 2 en 17 jaar besteedt een gemiddeld kind in de US 3 jaar aan televisie kijken.

Ouders zien in dat het weghouden van tv's uit de slaapkamer meer controle geeft over de duur dat kinderen kijken en over wat zij kijken. JGZ medewerkers kunnen beginnen met het advies om nooit een tv op de slaapkamer van een kind te plaatsen (stimuluscontrole).

Elimineer de “achtergrond” tv

Een eenvoudig begin voor gedragsverandering is voor ouders het uitzetten van de tv wanneer tv kijken geen primaire activiteit is op dat moment. Onderzoek toont aan dat de prevalentie van achtergrond tv in huis sterk correleert met de duur dat kinderen tv kijken. Zo onschuldig is het dus niet. Tevens is een negatieve correlatie gevonden tussen “achtergrond tv” en lezen; deze combinatie komt weinig voor. Ouders ervaren de stap om de tv uit te zetten als er niet wordt gekeken als gemakkelijk toepasbaar.

Limiteer tv kijken door de week tijdens school

Schoolresultaten van kinderen kunnen motivatieverhogend zijn om gedrag rond tv kijken te veranderen. Ongunstig is het belonen van het afronden van huiswerk met tv kijken of langer mogen kijken. De nadruk ligt dan juist op het tv kijken. Veel nuttiger is vaste afspraken maken over de tijd dat door de week tv gekeken mag worden (stimuluscontrole). Tv kijken moet door ouders nooit als beloner worden gebruikt. Het weghalen van tv privileges als “straf” voor bijvoorbeeld slechte schoolprestaties betekent ook dat tv kijken verbonden wordt aan schoolprestaties. Deze twee activiteiten horen los van elkaar te zijn.

Geef voorbeelden van “non-screen” activiteiten binnenshuis die leuk zijn voor kinderen

Ouders zijn bezorgd dat zij hun kinderen moeten “entertainen” (bezighouden) als zij het tv kijken gaan limiteren. Ouders hebben veel aan het inzicht dat kinderen juist door minder tv te kijken, hun speelvaardigheden kunnen leren ontwikkelen en dus ook alleen kunnen spelen. Ouders moeten opnieuw balans vinden tussen het vervangen van screentijd door ouder-kind activiteiten en door onafhankelijke activiteiten. De Television Turnoff Network (www.televisionturnoff.org) geeft honderd alternatieven voor “screentijd” die ouders hun kinderen aan de hand kunnen doen.

Plaats een tv niet in een ruimte waar wordt gegeten en koppel tv kijken aan geen enkele vorm van eten, dus niet aan eten of aan snacks zoals chips en snoep

De meerderheid van de kinderen eten snacks en maaltijden bij de tv en eenderde van de gezinnen geeft aan de tv aan te hebben tijdens het eten. Uit onderzoek blijkt dat tv kijken terwijl men eet de consumptie van meer energierijk eten en minder voedzaam eten vergroot.

Beperk tv kijken en computeren

In Amerika is het advies om kinderen tot 2 jaar geen tv te laten kijken en kinderen vanaf twee jaar niet meer dan 2 uur. Adviezen over tv kijken kunnen niet vroeg genoeg gegeven worden!

Samenvatting

Ouders hebben moeite met het reduceren van tv kijken en computeren naar 2 uur per dag. Belemmerende factoren zijn: de behoefte van ouders aan de tv als een veilige en te betalen afleiding voor kinderen; hun eigen kijkpatroon; de rol die de tv speelt in de dagelijkse gezinsroutine en de mening dat kinderen hun tijdsbesteding in het weekend zelf mogen bepalen. Ouders zijn niet bezorgd over de nadelen van tv kijken. Ze staan wel open voor suggesties voor gedragsverandering van henzelf en hun kinderen ten aanzien van de duur van het tv kijken. Hier liggen kansen voor de JGZ.

Editorial. Obesity prevention in pediatric primary care; four behaviors to target. Arch pediatr adolesc med 2003;157: 725-727

Editorial. Inactivity and Inaction. We can't afford either. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157:731-732.