

JGZ-richtlijn

Overgewicht

Preventie, signalering,
interventie en verwijzing

Samenvatting

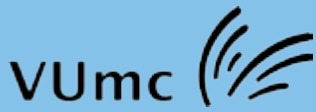


Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Preventie, signalering, interventie en verwijzing van kinderen van 0-19 jaar

Samenvatting

Ontwikkeld door



Auteurs

J.E. Kist-van Holthe, M. Beltman, A.M.W. Bulk-Bunschoten, M. L'Hoir, T. Kuijpers, F. Pijpers, C.M. Renders, E.P. Timmermans-Leenders, D-I.J. Blok, M. van de Veer, R.A. HiraSing.

In samenwerking met

ActiZ

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

GGD Nederland

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlands Jeugdinstituut

Nederlandse Vereniging van Diëtisten

Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Datum

Mei 2012

Een publicatie van het

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)

Churchilllaan 11

3527 GV Utrecht

© Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, 2012

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaardt de redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid.

Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen organisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren in opdracht van de gemeente mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

Gefinancierd door ZonMw

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting Richtlijn Overgewicht	5
Stroomdiagrammen	13
Kinderen 1-2 jaar: signaleren en verwijzen	13
Kinderen 2-19 jaar: signaleren en verwijzen (met automatische berekening BMI)	13
Kinderen 2-19 jaar: signaleren en verwijzen (zonder automatische berekening BMI)	14
Kinderen 2-19 jaar: consulten op indicatie volgens Overbruggingsplan	15
BIJLAGEN	16
Bijlage 1: Eet- en beweegdagboek 0-2 jaar	16
Bijlage 2: Eet- en beweegdagboek 2-19 jaar	17
Bijlage 3: Anamneselijst 0-2 jaar	18
Bijlage 4: Anamneselijst 2-19 jaar	19
Bijlage 5: Gesprekstechnieken bij gedragsverandering	20
Bijlage 6: Opvoeding	26



SAMENVATTING RICHTLIJN OVERGEWICHT

Inleiding

Vele professionals binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) werken al met het Signaleringsprotocol en het Overbruggingsplan; deze protocollen gelden voor kinderen vanaf 2 jaar. JGZ-medewerkers willen graag jonger signaleren. Ook in de literatuur zijn aanwijzingen dat jonger signaleren veelbelovend is. Voor jonge kinderen is het nut van interventie echter nog niet aangetoond. Daarom wordt onderscheid gemaakt in leeftijdsgroepen: 0-1, 1-2 en 2-19 jaar.

Het signaleren van en interveniëren bij kinderen met overgewicht door de JGZ vindt plaats binnen een ketenaanpak met afstemming van de JGZ-professionals met de huisarts, kinderarts, leerkracht, diëtist, psycholoog, pedagoog en fysiotherapeut.

Achtergrondinformatie

Het percentage kinderen met overgewicht - evenals de mate van overgewicht bij kinderen - in Nederland neemt toe. De prevalentie van jongens met overgewicht is gestegen van 9% in 1997 tot 13% in 2009. Bij meisjes is eveneens een toename in overgewicht te zien, van 12% in 1997 tot 15% in 2009. Overgewicht ontstaat bovendien op steeds jongere leeftijd en komt vaker voor bij kinderen van Turkse (jongens 33% en meisjes 32%) en Marokkaanse afkomst (25% en 29% respectievelijk). Deze verschillen in prevalentie kunnen gedeeltelijk door culturele en gedeeltelijk door socio-economische verschillen worden verklaard. Ook is het percentage jongens en meisjes met obesitas sterk toegenomen. Bij jongens is de prevalentie gestegen van 0,3% in 1980 tot 0,9% in 1997 en 1,8% in 2009. Bij meisjes is een vergelijkbare trend te zien: 0,5% (1980), 1,6% (1997) en 2,2% (2009).

Overgewicht en zeker obesitas kunnen tot ernstige gezondheidsproblemen leiden, zoals psychosociale problemen (pesten, depressie), gewrichtsproblemen, hypertensie, diabetes type 2, leververvetting en hart- en vaatziekten. Sinds enkele jaren wordt diabetes type 2 niet alleen na langdurig bestaand overgewicht op volwassen leeftijd vastgesteld, maar ook al bij kinderen met obesitas. Aangezien overgewicht op jonge leeftijd is gerelateerd aan overgewicht en obesitas op volwassen leeftijd kan met preventie, vroeg signaleren en interventie bij kinderen belangrijke gezondheidswinst worden behaald.

Preventie

Preventie van overgewicht en vooral van obesitas spitst zich toe op enerzijds speciale aandacht voor kinderen met risicofactoren, zoals ouders met overgewicht/obesitas, een Turkse of Marokkaanse afkomst, een laag en ook een hoog geboortegewicht, een lage socio-economische positie en weinig bewegen. Beschermende factoren zijn borstvoeding, veel bewegen en voldoende plaats om buiten te spelen.

Universele preventie houdt in het stimuleren van **B**orstvoeding, **B**ewegen en **O**ntbijten en het verminderen van (gezoete) **F**risdranken, **F**astfood, **T**elevisiekijken/(spel)computeren en (energierijke) **T**ussendoortjes (BOFT).

Kinderen 0-1 jaar

- Borstvoeding geven en indien mogelijk (ten minste) 6 maanden continueren.
- Naast borstvoeding is meestal geen kunstvoeding nodig.
- Indien kunstvoeding, geen extra schepjes melkpoeder toevoegen.
- Geen gezoete bijvoeding of papjes geven.
- Geen vaste voeding voor de leeftijd van 4 maanden geven.
- Bewegen in buikligging onder supervisie (slapen in rugligging!)
- Het gebruik van een autostoeltje anders dan als vervoermiddel is af te raden.
- Kinderen niet te vaak of te lang (maximaal 15 min) in een wipstoel leggen.

Alle leeftijden

- Van jongs af aan stimuleren voldoende te bewegen en buiten te spelen.
- Vanaf 2 jaar zoveel mogelijk zelf lopen en vanaf 3 jaar zo min mogelijk een buggy gebruiken.
- Beweegtips Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (www.nisb.nl).
- Gezonde voeding volgens adviezen van het Voedingscentrum (www.voedingscentrum.nl).
- Zo min mogelijk gezoete dranken gebruiken, vruchtensap aanlengen met water.
- Elke dag ontbijten.
- Zo min mogelijk fastfood eten.
- Energierijke tussendoortjes (frequentie en portie) beperken.
- Niet belonen met voeding of tv-kijken.
- Niet straffen met onthouden van lekkernijen.
- Eten op vaste tijden.
- Eten en televisiekijken niet combineren.
- Beperken van televisiekijken/computergebruik.
- Jonge kinderen niet (zomaar) voor de televisie 'zetten'.
- Geen televisie op de slaapkamer.

Signaleren

Zelfrapportage van gewicht en lengte is onvoldoende betrouwbaar; daarom moeten gewicht en lengte door de JGZ-medewerker worden gemeten. Kinderen worden bij voorkeur zonder kleren (met ondergoed) gewogen. Indien met kleren wordt gewogen, moet hiervoor gecorrigeerd worden: kinderen 4-8 jaar: - 0,4 kg; 9-11 jaar: - 0,6 kg; 12-14 jaar: - 0,8 kg; \geq 15 jaar: - 1,0 kg. Vervolgens worden gewicht en lengte in het Digitaal Dossier (DD)

ingevoerd en bij het ontbreken daarvan in het groeidiagram (TNO 2010) voor kinderen van 0-4 jaar of 1-21 jaar.

Kinderen < 2 jaar

Voor het bepalen van overgewicht wordt de voorkeur gegeven aan gewicht naar lengte, omdat er nog geen gevalideerde BMI-afkapwaarden ($BMI = \text{gewicht kg/lengte m}^2$) voor deze leeftijd zijn. Er is sprake van overgewicht bij een gewicht naar lengte van 1-2 SDS en van obesitas bij een gewicht naar lengte ≥ 2 SDS (zie stroomdiagram 'Kinderen 1-2 jaar: signaleren en verwijzen'). Een hoog lichaamsgewicht vanaf de leeftijd van 5-6 maanden, alsook een snelle gewichtstoename ($> 0,67$ SD) op enig moment in de periode van 0-2 jaar is geassocieerd met een hoog lichaamsgewicht op 5- tot 12-jarige leeftijd. Bij zuigelingen met overgewicht die alleen borstvoeding krijgen is onvoldoende onderzoek verricht. Het is daarom niet mogelijk om adviezen voor deze kinderen te geven.

Kinderen 2-19 jaar

Internationale afkappunten van de BMI voor het vaststellen van overgewicht en obesitas bij kinderen staan in tabel 1. Bij het ontbreken van het DD wordt bij kinderen met een gewicht naar lengte $\geq +1$ SDS de body mass index berekend, zie stroomdiagram 'Kinderen 2-19 jaar: signaleren en verwijzen'. Voor allochtone (vooral Hindoestaanse) kinderen wordt gedacht aan lagere afkappunten voor overgewicht. Hier wordt nog verder onderzoek naar verricht. De klinische blik of een kind overgewicht heeft of niet, gebaseerd op kunde en ervaring, kan de doorslag geven als de BMI op de grens van normaal gewicht en overgewicht ligt.

Bij het vaststellen van overgewicht kunt u in overleg met de ouders een eet- en bewegdagboek en een folder over overgewicht meegeven (bijlage 1 en 2: Eet- en bewegdagboek). Bij het eerste consult op indicatie kunt u het ingevulde dagboek bespreken.

Tabel 1: BMI-afkappunten (kg/m²) voor overgewicht en obesitas voor jongens en meisjes (Cole 2000).

Leeftijd (jaar)	Jongens		Meisjes	
	Overgewicht (kg/m ²)	Obesitas (kg/m ²)	Overgewicht (kg/m ²)	Obesitas (kg/m ²)
2	18,4	20,1	18,0	19,8
3	17,9	19,6	17,6	19,4
4	17,6	19,3	17,3	19,2
5	17,4	19,3	17,2	19,2
6	17,6	19,8	17,3	19,7
7	17,9	20,6	17,8	20,5
8	18,4	21,6	18,4	21,6
9	19,1	22,7	19,1	22,8
10	19,8	24,0	19,9	24,1
11	20,6	25,1	20,7	25,4
12	21,2	26,0	21,7	26,7
13	21,9	26,8	22,6	27,8
14	22,6	27,6	23,3	28,6
15	23,3	28,3	23,9	29,1
16	23,9	28,9	24,4	29,4
17	24,5	29,4	24,7	29,7
18	25,0	30,0	25,0	30,0

Comorbiditeit

Door de overgewicht- en obesitas-epidemie wordt hypertensie in toenemende mate bij kinderen gezien. 4 tot 13% van de kinderen met overgewicht en 11 tot 28% van de kinderen met obesitas hebben hypertensie. Vroegtijdig opsporen van hypertensie bij kinderen is belangrijk zodat behandeling kan worden ingesteld om cardiovasculaire schade te beperken. Daarom wordt geadviseerd bij kinderen vanaf 5 jaar met overgewicht de bloeddruk (zie Lichamelijk onderzoek bij overgewicht) te meten (zie tabel 2). Het is nog niet bekend of het bepalen van glucose en vetspectrum in het bloed toegevoegde waarde heeft bij kinderen in relatie tot het signaleren of behandelen van overgewicht.

Verwijzen

Kinderen met verdenking op een medische oorzaak voor het overgewicht, kinderen met obesitas en kinderen met hypertensie worden naar de huisarts/kinderarts verwezen (zie ook de [NHG-Standaard](#) en [CBO-richtlijn Obesitas](#)). Kinderen met een medische oorzaak voor het overgewicht (< 2%) hebben meestal iets bijzonders, bijvoorbeeld dysmorfieën, verminderde lengtegroei, laag IQ, kenmerken van het syndroom van Cushing of dikma-

kende medicatie (bijvoorbeeld glucocorticoiden, sommige anti-epileptica, anticonceptiepill). Kinderen die al bij een professional buiten de JGZ met succes voor het overgewicht behandeld worden (bijvoorbeeld bij de diëtist) blijven daar onder behandeling.

Tabel 2. Afkapwaarden (P95) voor hypertensie voor systolische en diastolische bloeddruk (aangepast van The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents, Pediatrics 2004). Indien nodig kan een exacte berekening naar geslacht, leeftijd en lengte via het Digitaal Dossier verricht worden.

Leeftijd (jaren)	Systole (mmHg)	Diastole (mmHg)	Leeftijd (jaren)	Systole (mmHg)	Diastole (mmHg)
5	111	71	12	123	82
6	114	74	13	126	81
7	114	76	14	128	83
8	116	78	15	131	83
9	118	79	16	134	85
10	119	80	17	135	85
11	121	80	18	135	85

Interventie

Naast algemene adviezen voor alle leeftijden zijn er ook adviezen specifiek per leeftijdsgroep. De adviezen voor preventie gelden ook voor interventie bij overgewicht.

Kinderen 0-2 jaar

Tijdens het reguliere consult extra aandacht aan gezonde leefstijl en opvoedingsondersteuning geven:

- bevorderen van bewegen
- spelen in buikligging op speelkleed
 - zelf lopen i.p.v. in buggy
 - buiten spelen
 - babygymnastiek
 - babyzwemmen
- gezonde voeding
- gezond voedingsgedrag

Kinderen 2-19 jaar

Stapsgewijze aanpak met 1-3 extra consulten bij overgewicht (zie stroomschema 'Kinderen 2-19 jaar Consulten op indicatie volgens Overbruggingsplan'). Bij het eerste extra consult anamnese afnemen (zie bijlage 4: Anamneselijst 2-19 jaar), lichamenlijk onderzoek (vanaf 5 jaar inclusief bloeddruk) verrichten, de groei- en BMI-curve invullen. Vervolgconsulten kunnen ook telefonisch of via e-mail verricht worden.

Het eerste consult

Anamnese

Bij de anamnese wordt aandacht besteed aan voorgeschiedenis, familieanamnese, gezondheid, voeding, lichamelijke activiteit en perceptie van het overgewicht (zie bijlage 4: Anamneselijst 2-19 jaar).

Lichamelijk onderzoek

Bij het (eenmalige) lichamelijke onderzoek worden gewicht, lengte, bloeddruk (vanaf 5 jaar) en middelomtrek (vanaf 12 jaar) gemeten. Let op vetrollen, gewrichten (genu valga) etc. Zoek naar een mogelijk onderliggende medische oorzaak. Bij verminderde lengtegroei (< -2 SDS en/of afbuigende lengtegroeicurve), psychomotore retardatie, dysmorfe kenmerken of Cushing-habitus verwijzen.

Bepaling van de middelomtrek wordt aanbevolen bij de vaststelling van overgewicht om het effect van de interventie later te kunnen meten. De middelomtrek wordt staand gemeten als kleinste maat tussen de bovenzijde van de bekkenkam en de onderzijde van de ribbenboog (ter hoogte van de navel) aan het einde van een normale uitademing. De bloeddruk wordt vanaf de leeftijd van 5 jaar, na 5 minuten rust, aan de (rechter)arm gemeten. Het is van belang om de juiste maat manchet te gebruiken. De breedte van de manchet moet ongeveer 2/3 van de bovenarm bedekken. Een te kleine manchet geeft een te hoge waarde en een te grote manchet een te lage waarde van de bloeddruk. Indien de systolische en/of de diastolische bloeddruk boven de P95 ligt, moet de bloeddruk nog een keer gemeten worden binnen een termijn van 4 weken. Als de bloeddruk \geq 20 mmHg boven de P95 ligt, moet meteen naar de kinderarts verwezen worden. Indien de bloeddruk bij de tweede meting boven de P95 blijft, heeft het kind waarschijnlijk hypertensie en wordt naar de huisarts/kinderarts verwezen voor verder onderzoek en behandeling.

Overbruggingsplan

Het Overbruggingsplan, waarbij ouders/opvoeders betrokken zijn, lijkt het meest succesvol. Indien er lokaal een leefstijl interventie voor kinderen met overgewicht of obesitas beschikbaar is (bij voorkeur erkend door de Erkenningscommissie Interventies), kan in overleg met ouders hiervoor gekozen worden. Een gecombineerde leefstijl interventie voor obese kinderen is een zeer intensief programma. In het boekje 'Kinderen en overgewicht. Een actieplan voor ouders' staan tips voor ouders met kinderen met overgewicht. Het boekje is gratis te downloaden via www.Overgewicht.org.

Er wordt een haalbaar veranderplan opgesteld met een gecombineerde leefstijlaanpak volgens het Overbruggingsplan. Het plan richt zich op de BOFT-elementen:

- meer **B**ewegen en **B**uitenspelen (> 1 uur/dag)
- regelmatig en goed **O**ntbijten
- geen (of maximaal 1 glas/dag) gezoete (**F**ris)dranken
- zo min mogelijk **F**astfood
- minder voor **T**elevisie of (spel)computer zitten (maximaal 2 uur/dag)
- minder energierijke **T**ussendoortjes (frequentie en portie)

Kennis van de voedingsgewoonten, het beweggedrag en de opvoeding van kinderen is hierbij essentieel. Het eet- en bewegdagboek in de bijlagen kan ouders en ook de professionals helpen meer inzicht in de leefstijl van het kind te krijgen.

Optimaliseren van lichamelijke activiteit door te streven naar de Nederlandse Norm Gezond Bewegen houdt voor (grotere) kinderen in dagelijks minimaal 1 uur matig intensieve inspannende lichaamsbeweging door onder meer voetballen, skateboarden, dansen en hardlopen, waarbij de activiteit ten minste tweemaal per week gericht moet zijn op het verbeteren van de lichamelijke conditie (kracht, lenigheid, coördinatie). Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) heeft een Toolkit Overgewicht samengesteld waar scholen interventies uit kunnen kiezen om kinderen meer te laten bewegen (www.nigz.nl). Bovendien kunnen scholen remedial teaching inzetten om kinderen met onhandige motoriek bij overgewicht aan te zetten tot meer bewegen. Het Jeugdsportfonds (www.jeugdsportfonds.nl) creëert sportkansen voor kansarme kinderen. Kinderen in gezinnen met weinig geld kunnen in aanmerking komen voor financiële ondersteuning.

Bespreek en benoem het exacte veranderplan met specifieke doelen en de voorbeeldfunctie van ouders. Maak concrete afspraken hoe de doelen bereikt worden. Denk daarbij ook aan het inkomen van de ouders, wat is gezond en goedkoop. Overweeg om een diëtiste in te schakelen.

- **Voeding** geen/minder gezoete dranken, fastfood, energierijke tussendoortjes, wel ontbijten. Bijvoorbeeld 4 glazen gezoete drank wordt 1 glas/dag, geen pizza, elke dag ontbijten.
- **Lichamelijke activiteit** sporten, buiten spelen, televisiekijken/computeren. Bijvoorbeeld elke dag naar school lopen in plaats van met de bus, maximaal 2 uur per dag televisiekijken/computeren.

In de advisering kan de jeugdarts of -verpleegkundige het beste gebruik maken van **motiverende gespreksvoering**. Dit is een benadering om mensen te helpen hun problemen te onderkennen en om hen daadwerkelijk te motiveren iets te doen aan hun huidige of potentiële problemen. Het centrale thema van motiverende gespreksvoering is het verkennen en oplossen van ambivalentie. Ambivalentie is het wel willen veranderen en eigenlijk ook weer niet, omdat je opziet tegen de veranderingen of omdat je er bang voor bent en je meer zeker voelt bij de huidige situatie. Zie de bijlagen over gesprekstechnieken voor gedragsverandering en opvoeding.

Het 2^e en 3^e consult

Bij het 2^e consult, dat plaats vindt op basis van behoefte van kind en ouder, bij voorkeur met een interval < 8 weken, worden het gewicht en de middelomtrek gemeten, wordt verder gewerkt aan bewustwording en het versterken van de motivatie om het gewicht te veranderen en wordt opvoedingsondersteuning gegeven. De successen en belemmeringen worden besproken. Het effect van de interventie wordt beoordeeld en zo nodig wordt het veranderplan bijgesteld.

Beoordelen effect van de interventie en het vervolg

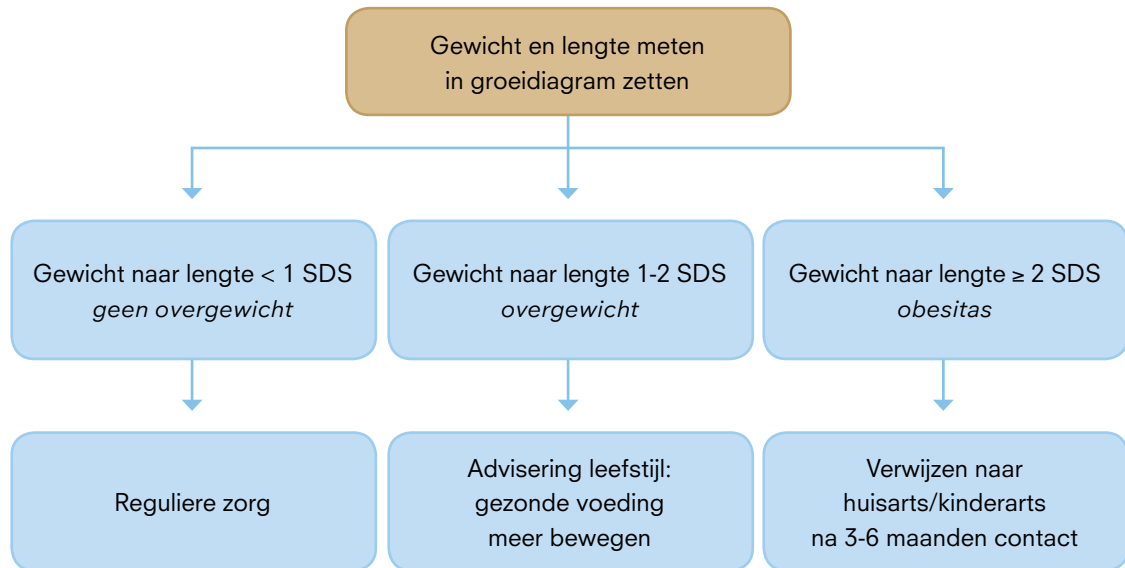
Wanneer er (*voldoende*) *effect* is van de interventie, d.w.z. het gewicht neemt niet meer toe en/of de middelomtrek neemt af en/of enkele van de adviezen worden goed uitgevoerd, dan contact na 1 jaar afspreken om terugval te voorkomen. Wat bewaakt moet worden is dat kinderen niet (te veel) afvallen. De nadruk moet liggen op het doorgroeien in de lengte en het stabiel blijven in gewicht.

De nadruk komt te liggen op de leefstijlverandering van het *gehele gezin*. Dat betekent dat er, behalve voor de moeders, ook aandacht moet zijn voor de vaders en eventuele andere kinderen in het gezin. Indien er onvoldoende effect van de interventie is en het kind komt meer dan normaal aan, dan dient het behandelplan te worden bijgesteld en wordt controle < 8 weken afgesproken.

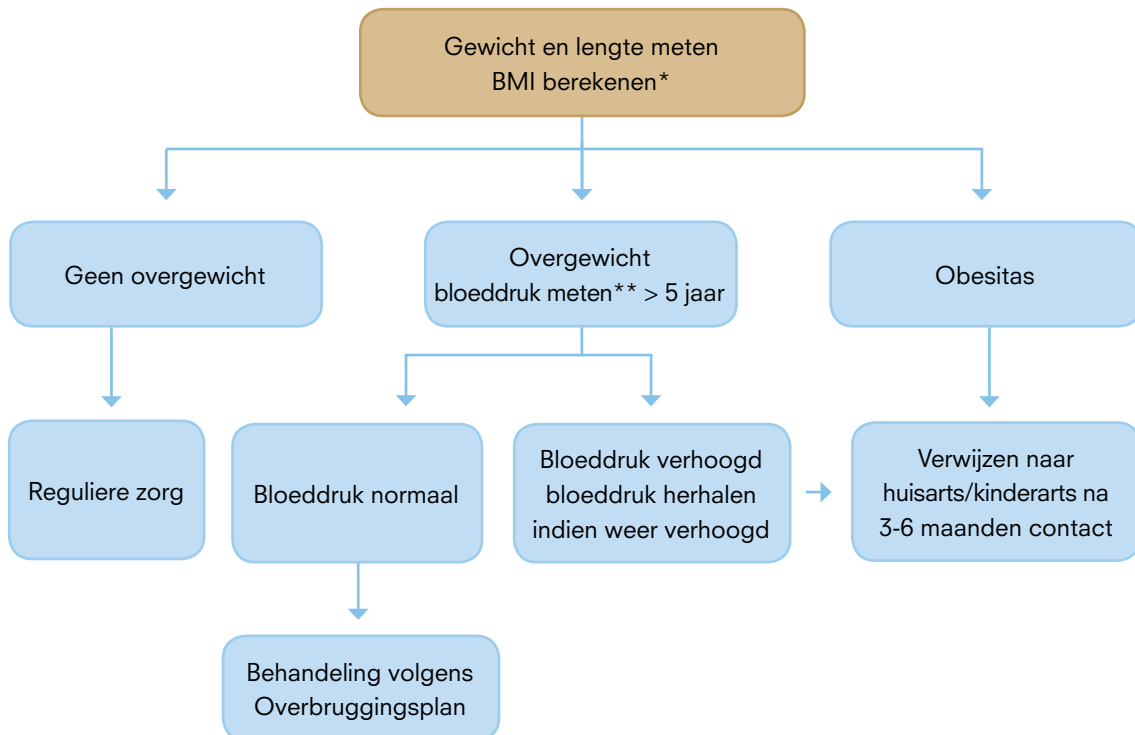
Indien bij het 3^e consult wederom blijkt dat er *onvoldoende effect* is, overweeg dan om een consult bij de huisarts af te spreken om het kind en zijn ouders/verzorgers extra te motiveren en/of verwijst naar een lokaal programma waarbij gebruik gemaakt wordt van een gecombineerd leefstijlprogramma voor kinderen met overgewicht. Indien het kind verder is aangekomen en inmiddels obees is, is verwijzing naar de kinderarts, hetzij rechtstreeks hetzij via de huisarts, aangewezen.

STROOMDIAGRAMMEN

Kinderen 1-2 jaar: signaleren en verwijzen



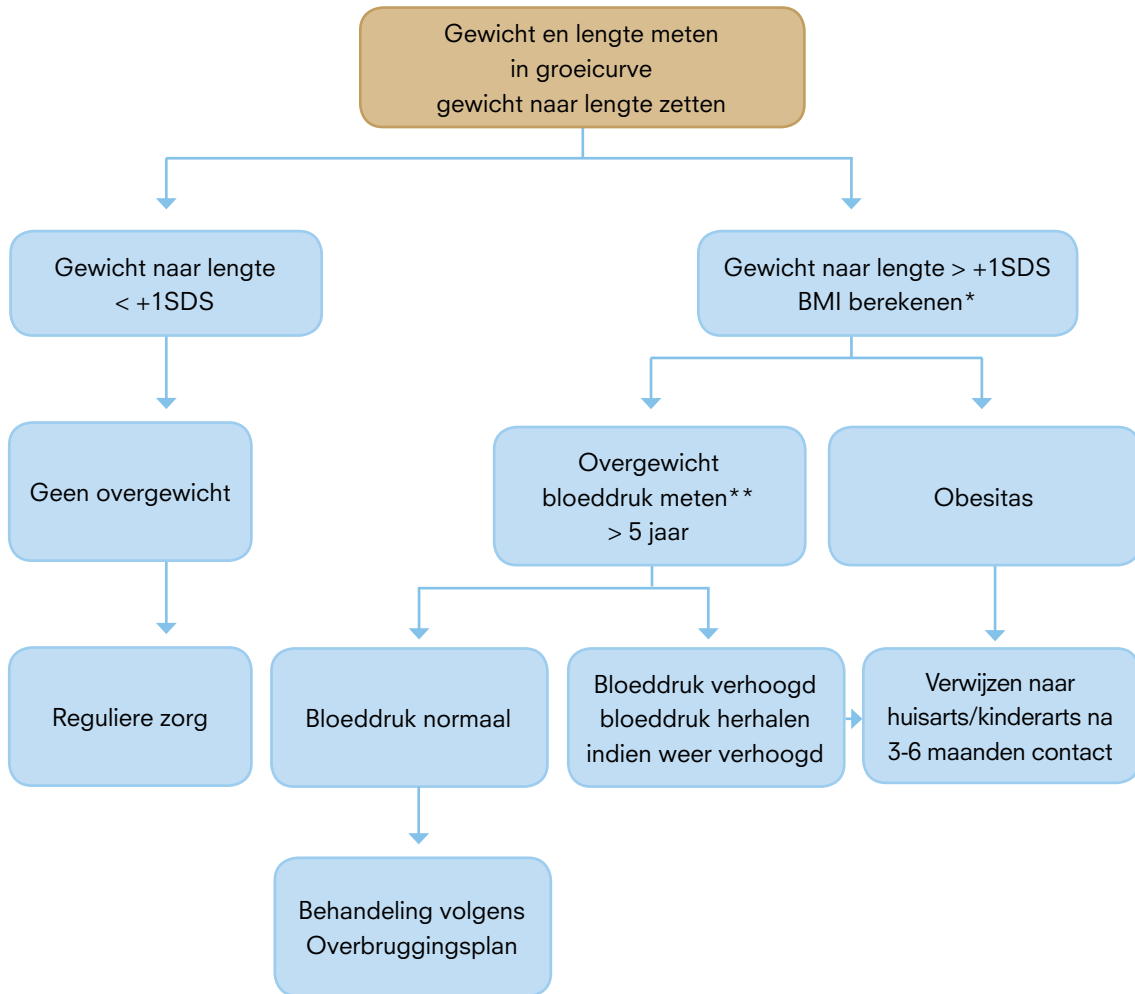
Kinderen 2-19 jaar: signaleren en verwijzen (met automatische berekening BMI)



*BMI vergelijken met afkappunten volgens International Obesity Task Force, tabel 1.

**Onder de 5 jaar: behandeling volgens overbruggingsplan. Bloeddruk vergelijken met tabel 2 afkapwaarden voor hypertensie.

Kinderen 2-19 jaar: signaleren en verwijzen (zonder automatische berekening BMI)

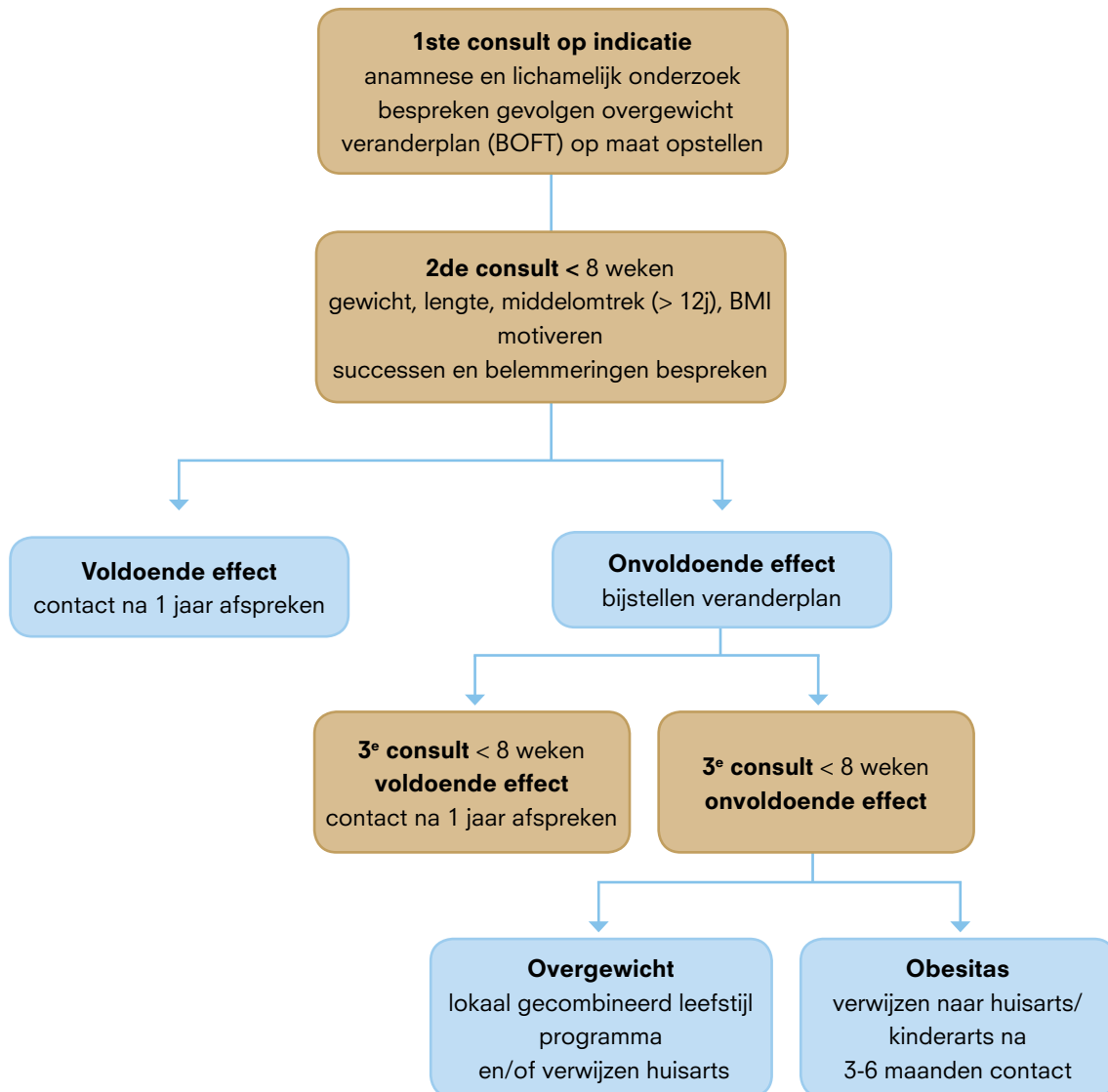


*BMI vergelijken met afkappunten volgens International Obesity Task Force, tabel 1.

**Onder de 5 jaar: behandeling volgens overbruggingsplan. Bloeddruk vergelijken met tabel 2 afkapwaarden voor hypertensie.

Kinderen 2-19 jaar: consulten op indicatie volgens Overbruggingsplan

Het eerste consult op indicatie vindt plaats op basis van de behoefte van het kind en de ouder, bij voorkeur < 6 weken na het vaststellen van overgewicht, het 2e en het 3e consult eveneens op basis van behoefte van kind en ouder, bij voorkeur met een interval van < 8 weken. De vervolgsconsulten kunnen ook telefonisch of via e-mail verricht worden.



Voldoende effect

het gewicht blijft stabiel of middelomtrek neemt af of er is verbetering leefstijl

Onvoldoende effect

het gewicht neemt toe, middelomtrek neemt toe en/of geen verbetering leefstijl

Een lokaal gecombineerd leefstijl programma bestaat uit meerdere aspecten met aandacht voor gezonde voeding en lichamelijke activiteit. Hierbij kunnen (kinder)diëtist, (kinder)fysiotherapeut, pedagoog en/of psycholoog een belangrijke rol spelen. In overleg met ouders kan hier eerder voor gekozen worden dan staat aangegeven in het stroomschema.

BIJLAGE 1 EET- EN BEWEEGDAGBOEK 0-2 JAAR

Naam:

Geboortedatum:

Graag voor het volgende bezoek gedurende één dag invullen wat uw kind gedronken/gegeten heeft en wat hij/zij deed gedurende de dag. Het dagboek is ingevuld op een weekdag/weekenddag*. (*Doorhalen wat niet van toepassing is.)

	Voeding	Slapen/Spelen/Bewegen
	bijvoorbeeld 150 ml flesvoeding vruchtenhapje 200 ml ongezoete pap boterham met smeerkaas etc.	voorbeeld voor een kind van 6 maanden 07.15 - 08.00 u in de box 08.00 - 09.00 u in buggy buiten 09.00 - 10.00 u spelen in buikligging 10.00 - 11.00 u in de box etc.
Ochtend		
Middag		
Avond		
Nacht		

BIJLAGE 2 EET- EN BEWEEGDAGBOEK 2-19 JAAR

Naam:

Geboortedatum:

Graag voor het volgende bezoek gedurende 2 dagen door de week en een weekend dag invullen:

- of uw kind ontbeten heeft;
- hoeveel glazen frisdrank of gezoete drank (bv. cola, Fristi, diksap, limonade, vruchtensap) uw kind gedronken heeft;
- hoeveel uur uw kind actief buiten gespeeld, gesport of gefietst heeft;
- hoeveel uur uw kind tv-gekeken heeft of achter de (spel)computer heeft gezeten (afgezien van in verband met huiswerk);
- of uw kind fastfood heeft gegeten en welk soort fastfood, bv. pizza, hamburger, patat;
- hoe laat uw kind naar bed ging.

	ontbijt ja/nee	aantal glazen frisdrank/ gezoete dranken*	aantal uren buiten gespeeld, fietsen, sporten	aantal uren achter tv/ spel-computer	fastfood ja/nee welk soort fastfood?	hoe laat naar bed?
weekdag						
weekdag						
weekenddag						

*voor oudere kinderen: Heb je alcohol gedronken? Zo ja, hoeveel glazen?
Rook je? Zo ja, hoeveel sigaretten/dag?

BIJLAGE 3 ANAMNESELIJST 0-2 JAAR

De vragen uit deze lijst kunt u gebruiken bij het uitdiepen van de anamnese.

Anamnese

Is uw kind gezond?

Krijgt (heeft) uw kind borstvoeding (gehad)? Zo ja, hoe lang?

Gebruikt uw kind medicatie? Indien ja, welke?

Wat vindt u van het gewicht van uw kind?

Familieanamnese

Overgewicht ouders, broers/zusjes? Ja/nee

Diabetes type 2? Ja/nee

Cardiovasculaire ziekten (hartinfarct, hypertensie, hypercholesterolemie)?

Zo ja, op welke leeftijd?

Voeding

Wat drinkt/eet uw kind? (Zie bijlage 1: Eet- en beweeg dagboek 0-2 jaar.)

Lichamelijke activiteit

Hoeveel beweegt uw kind op een dag? (Zie bijlage 3: Eet- en beweegdagboek 0-2 jaar.)

Kijkt uw kind televisie? Zo ja, hoe lang? minuten/dag

Speelt uw kind op de (spel)computer?

Zo ja, hoe lang? minuten/dag

Heeft uw kind een televisie op zijn/haar eigen kamer? Ja/nee

Bewustwording

Weet u wat de gevolgen van overgewicht zijn?

Zo niet, bespreken en evt. verwijzen naar website www.Overgewicht.org voor het gratis te downloaden boekje 'Kinderen met overgewicht, een actieplan voor ouders' van R.A. HiraSing.

Kent u de oorzaken van overgewicht bij kinderen?

Heeft u tot nu toe maatregelen genomen? Zo ja, welke?

BIJLAGE 4 ANAMNESELIJST 2-19 JAAR

De vragen uit deze lijst kunt u gebruiken bij het uitdiepen van de anamnese.

Anamnese

Is uw kind/ben je gezond?

Gebruik(t) uw kind/je medicatie? Ja/nee. Indien ja, welke?

Wat vindt u van het gewicht van uw kind/ben je tevreden over je gewicht?

Familieanamnese

Overgewicht ouders, broers/zusjes? Ja/nee

Diabetes type 2? Ja/nee

Cardiovasculaire ziekten (hartinfarct, hypertensie, hypercholesterolemie)

Zo ja, op welke leeftijd?

Lichamelijke activiteit

Hoe lang (aantal minuten/dag) speel(t), loop(t), fiets(t) uw kind/je per dag?

Spelen/dag, waarvan buitenspelen/dag

Wandelen/dag

Fietsen/dag

Sport uw kind/je? Ja/nee In clubverband? Ja/nee

Welke sport?

Hoeveel tijd per week?/week

Hoelang zit uw kind/je per dag achter de televisie/(spel)computer? uur/dag

Heeft uw kind/je een televisie/computer op zijn/haar eigen kamer? Ja/nee

Voeding

Wat eet en drink(t) uw kind/je? (zie bijlage eet- en beweeg dagboek 2-19 jaar)

Wat en wanneer snoep(t)/snack(t) uw kind/je? (chocolade, chips)

Wat drink(t) uw kind/je (ook tussendoor)?

Hoeveel gezoete dranken (frisdranken bv. cola, diksap, limonade, vruchtensappen en gezoete melkdranken bv. Yogho, Fristi) per dag/week?/dag,/week

Bewustwording

Weet u/je wat de gevolgen van overgewicht zijn?

Zo niet, bespreken en evt. verwijzen naar website www.Overgewicht.org voor het gratis te downloaden boekje 'Kinderen met overgewicht, een actieplan voor ouders' van R.A. HiraSing

Ken(t) u/je de oorzaken van overgewicht bij kinderen?

Heeft u/heb je tot nu toe maatregelen genomen?

Zo ja, welke?

BIJLAGE 5 GESPREKSTECHNIEKEN BIJ GEDRAGSVERANDERING

In deze bijlage worden gesprekstechnieken besproken die bij de aanpak van overgewicht gebruikt kunnen worden. Per fase van gedragsverandering staan de verschillende gesprekstechnieken genoemd die binnen die fase het meest geschikt zijn om toe te passen. In de eerste paragraaf worden de fasen van gedragsverandering toegelicht en in de tweede paragraaf komen vervolgens de gesprekstechnieken per fase aan bod.

Fasen van gedragsverandering

Een cliënt doorloopt diverse fasen van gedragsverandering:

Voorbeschouwing

De ouder zelf ervaart geen probleem/behoefte.

Overpeinzing

Beginnend inzicht in de noodzaak tot veranderen of er ontstaat een behoefte/wens.

Besluitvorming

Ouder ziet dat het goed is om te veranderen, wil ook veranderen, maar hoe?

Vorbereiding

Ouder bedenkt opties om te veranderen.

Actie

Ouder gaat actief aan de slag met de gekozen strategie.

Nieuw gedrag

Ouder toont het gedrag langdurig.

Terugval

Ouder valt terug in het oude gedrag.

Het herkennen in welke fase een ouder zit is belangrijk bij het bespreken van een probleem.

Gesprekstechnieken per fase

De JGZ-medewerkers zijn de laatste jaren geschoold in diverse methoden voor gespreksvoering en in programma's waarvan gespreksvoering een belangrijk onderdeel vormt, zoals klantgericht werken, Triple P, Samen Starten. Deze methoden vormen de basis van de gespreksvoering en kunnen bij allerlei onderwerpen toegepast worden, waaronder ook overgewicht. Het herkennen in welke fase een ouder zit is belangrijk voor de keus van de gesprekstechniek. In figuur 1 zijn de fasen van gedragsverandering te zien met daarachter de methoden van gespreksvoering die bij de betreffende fase gebruikt kunnen worden. Het is aan de JGZ-medewerker om in te schatten in welke fase de ouder zit en aan te voelen welke gesprekstechnieken bij de betreffende ouder tot resultaten leiden.

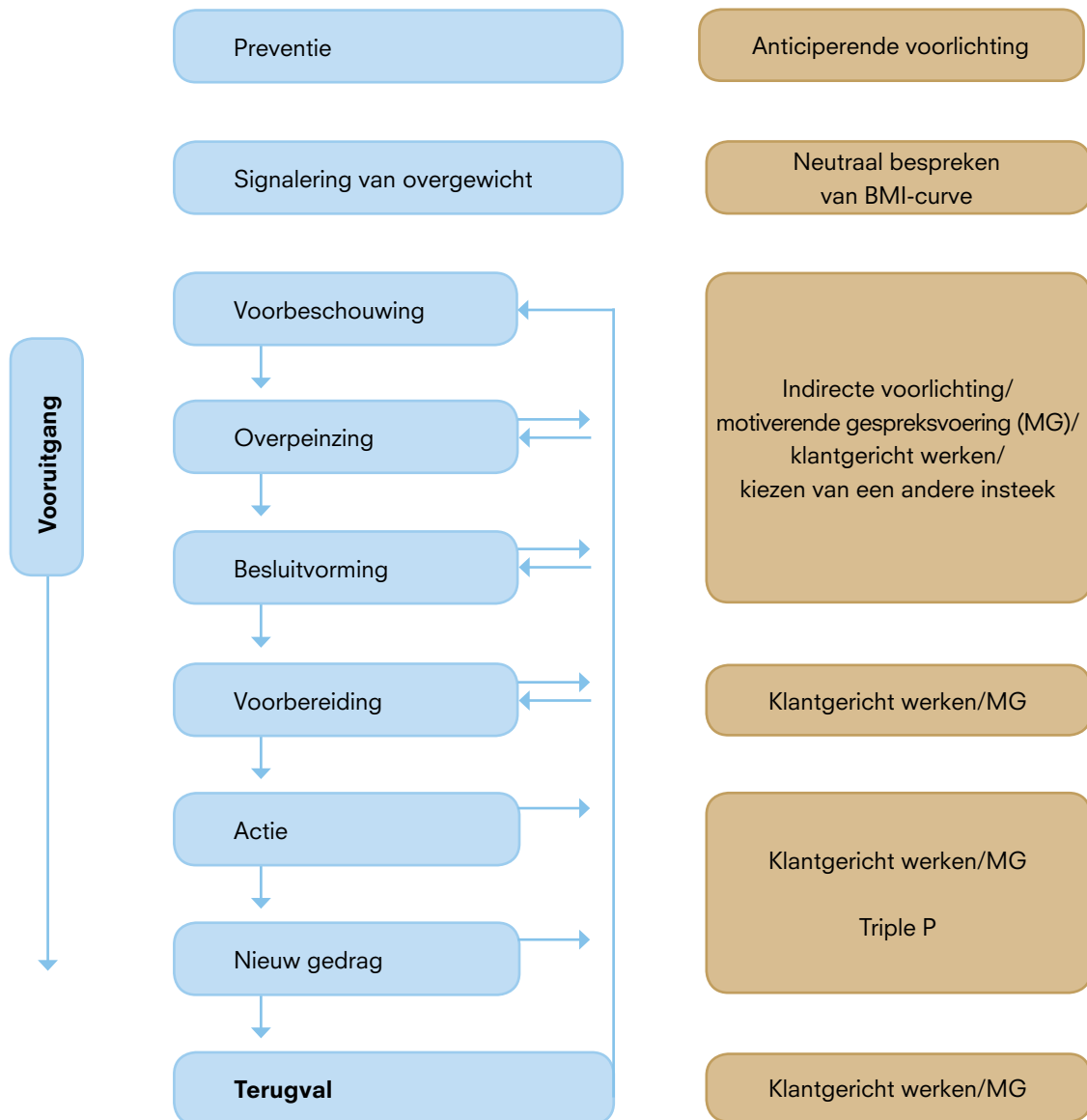
Anticiperende voorlichting

Anticiperende voorlichting is een manier van voorlichten waarbij de ouder uitleg krijgt over welke behoeften van kinderen in een bepaalde periode ten grondslag kunnen liggen aan bepaald gedrag. Hiermee wordt ingegaan op de mogelijke behoeften van het kind in de komende periode en wordt een bijdrage geleverd aan de interactie tussen ouder en kind door de ouders op het te verwachten gedrag van hun kind voor te bereiden. Het doel is vergroting van de kennis en het inzicht van de ouders, zodat deze zelf een afweging kunnen maken hoe zij met bepaalde basisbehoeften en het daarbij behorende gedrag van hun kind om willen gaan.

Indirecte voorlichting

Als ouders zich niet bewust zijn dat hun kind overgewicht heeft, dat niet willen zien of het niet erg vinden, kan gebruik gemaakt worden van indirecte voorlichting. Indirect wil zeggen dat de boodschap niet direct op de persoon gericht wordt, maar meer in het algemeen gesproken wordt. Mensen kunnen zich aangevallen voelen als gezegd wordt dat ze overgewicht hebben, met name in de westerse cultuur is dat zo. Brown's en Levinson's 'politeness theory' onderscheidt twee typen van 'face threat' (gezichtsbedreiging). Een negatieve 'face threat' wordt gemaakt als de zender van een boodschap de vrijheid om actie te ondernemen van de ontvanger schendt. Bijvoorbeeld door het waarschuwen voor het gedrag dat obesitas veroorzaakt. Een positieve 'face threat' is het wanneer de zender van een boodschap het positieve en consistente zelfbeeld van de ontvanger bedreigt. Bijvoorbeeld door het waarschuwen voor de gevaren van obesitas.

Zowel negatieve als positieve 'face threat' kan leiden tot verwerping van de boodschap of weerstand bij de ontvanger. Een indirecte boodschap is minder gezichtsbedreigend dan een directe boodschap, omdat de ontvanger de mogelijkheid wordt gegeven om te geloven dat de boodschap niet voor hem bedoeld is. Dit heeft geen invloed op de overtuigingskracht van de boodschap.



Figuur 1: Fasen van gedragsverandering en methoden van gespreksvoering.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een benadering om mensen te helpen hun problemen te onderkennen en om hen te helpen iets te doen aan hun huidige of potentiële problemen. Het centrale thema van motiverende gespreksvoering is het verkennen en oplossen van ambivalentie. Ambivalentie is het wel willen veranderen en eigenlijk ook weer niet, omdat je opziet tegen de veranderingen of omdat je er bang voor bent en je meer zeker voelt bij de huidige situatie.

De *vijf basisprincipes* van motiverende gespreksvoering zijn:

- Druk empathie uit.
- Ontwikkel discrepantie.
- Vermijd discussie.
- Beweeg mee met weerstand.
- Ondersteunpersoonlijke effectiviteit.

Daarnaast zijn er *vijf basistechnieken* van motiverende gespreksvoering, die de basis van de gespreksvoering vormen:

- Open vragen stellen.
- Reflectief beluisteren.
- Bevestigen en ondersteunen.
- Samenvattingen geven.
- Verandertaal uitlokken.

Kiezen van een andere insteek

Wanneer ouders totaal niet gemotiveerd zijn om over overgewicht te praten, bijvoorbeeld doordat de ouders zelf al jaren met het probleem worstelen, kan het goed zijn een andere insteek te kiezen. In plaats van de onderwerpen voeding en beweging te kiezen, kan gekozen worden voor de insteek 'slapen'. Dit is een niet-bedreigend onderwerp voor deze ouders, waarmee ze mogelijk nog geen 'faalervaringen' hebben.

Klantgericht werken

Enkele uitgangspunten van een professionele, klantgerichte attitude zijn:

- Klantgericht werken gaat in de zorgverlening altijd gepaard met professionele verantwoordelijkheid. Het is niet: óf de ouder heeft het voor het zeggen (*laisser faire*) óf de JGZ-medewerker heeft het voor het zeggen (aanbodgericht), het is én-én.
- Binnen de doelstelling die de JGZ-medewerker met een ouder wil bereiken wordt optimaal aangesloten bij de behoefte van de ouder. Overigens kan de klant ook een andere opvoeder zijn dan de vader of de moeder. Zeker in andere culturen hebben andere familieleden, zoals de grootouders, vaak een belangrijke rol.

Achter deze uitgangspunten gaan enkele basisuitgangspunten schuil, die te maken hebben met de visie op de klant:

- De ouder is zelf verantwoordelijk voor de keuzes die hij/zij maakt.
- De ouder is zelf als beste in staat een oplossing voor problemen te kiezen.
- Gelijkwaardigheid, respect en bevestiging zijn belangrijke behoeftes van de ouder.

Een JGZ-medewerker heeft in het contact met de ouder grofweg met drie mogelijke situaties te maken:

- Het gaat goed met de ouder, geen bijzonderheden.
- De ouder heeft een probleem.
- De JGZ-medewerker signaleert een (potentieel) probleem.

Om effectief te communiceren met een ander is het zaak zo zuiver mogelijk het gedrag te benoemen waarover je het hebt en oordelen te vermijden. Oordelen geeft onnodige irritaties. Door effectieve communicatie bouw je aan een open en betrouwbare relatie. Zonder relatie heb je geen invloed.

Enkele klantgerichte vaardigheden:

- Actief luisteren.
- Grenzen stellen.
- Het voeren van de regie tijdens het consult.
- Anticiperende voorlichting.
- Effectief confronteren.
- Het helpend gesprek.

Triple P, niveau II

Triple P, niveau II houdt in dat specifiek advies wordt geven over het oplossen van algemene ontwikkelingsproblemen en minder ernstige gedragsproblemen bij kinderen. Dat kan door rechtstreeks of telefonisch contact met een hulpverlener (ongeveer 20 minuten verdeeld over 2 sessies) of een cursus (60-90 minuten). Bij de educatieve benadering die wordt gebruikt in Triple P staat de ontwikkeling van het zelfregulerende vermogen van een ouder centraal. Hiervoor moeten de ouders vaardigheden worden aangeleerd waardoor ze onafhankelijke probleemoplossers kunnen worden. Uitgangspunten voor effectieve consultatie aan ouders zijn:

- Bereid je goed voor.
- Stel voor elke sessie de doelen vast.
- Deel de tijd efficiënt in.
- Houd het eenvoudig.
- Wees duidelijk en generaliseer niet te veel.
- Toon interesse in de ouder als persoon.
- Kom op voor zowel het kind als de ouder.
- Informeer naar de ideeën van ouders over de oorzaken van het probleemgedrag en wat eraan gedaan kan worden.
- Erken de huidige inzet van ouders om het probleem op te lossen.
- Geef constructieve feedback zonder beschuldigingen.
- Besteed aandacht aan de emotionele reacties van ouders.
- Focus zowel op ontwikkelingsmogelijkheden van het kind als op het oplossen van het probleemgedrag.
- Koppel interventiedoelen aan toekomstige ontwikkelingstaken voor ouders en kinderen.
- Gebruik bestaande expertise om informatie te geven.
- Gebruik passende humor.
- Maak gebruik van je eigen ervaringen.
- Overspoel ouders niet met huiswerk.

JGZ-medewerkers moeten vaardigheden hebben voor het omgaan met uiteenlopende problemen die de effectiviteit van het programma kunnen ondermijnen. Weerstand van ouders kan zich op verschillende manieren manifesteren. Dit kan door de autoriteit van de JGZ-medewerker rechtstreeks aan te vallen, door bijvoorbeeld de kennis, ervaring of aanpak van de JGZ-medewerker te betwisten of door het niet maken van huiswerk. Andere problemen kunnen zich voordoen als ouders veel praten of juist weinig zeggen. Suggesties om problemen te voorkomen zijn:

- Voorkom dat je afgeleid raakt door bijzaken. Gebruik gerichte vragen, korte samenvattingen en korte overgangen om ouders bij de les te houden, zoals: 'Oké, ik denk dat ik de problemen tijdens het eten begrijp, vertel me nu eens over de slaapproblemen waar je het eerder over had.'
- Ga niet in de verdediging als je ideeën worden betwist. Zeg niet: 'Ja, maar...', maar luister naar de mening van de ouders en vat deze samen, om duidelijk te maken dat je hun zorgen begrijpt. Als het idee vaag is of te algemeen, vraag de ouder dan specifieker te zijn, bijvoorbeeld door te vragen om een voorbeeld. In veel gevallen leidt dit ertoe dat de ouders vertellen waar ze zich echt zorgen over maken.
- Ga empathisch om met ouders die in verzet gaan of overstuurd zijn. Gebruik gerichte vragen en combineer open, onderzoekende vragen met samenvatten, omschrijven en reflectieve vaardigheden om te ontdekken waardoor de ouder overstuurd is geraakt. Probeer irrationele veronderstellingen voorzichtig te weerleggen met alternatieve manieren om de situatie te bekijken.
- Pas je aan aan het abstractieniveau van de ouder. Des te lager de scholingsachtergrond van de ouder, des te concreter je eigen taalgebruik.
- Pas je aan aan het taalgebruik van de allochtone ouder met een lage beheersing van het Nederlands. Gebruik eenvoudige woorden, spreek zoveel mogelijk in de tegenwoordige tijd, gebruik geen beeldspraken als 'ik kan uw reactie niet thuisbrengen', ondersteun met plaatjes en ander visueel materiaal.

BIJLAGE 6 OPVOEDING

Ouders vormen de voornaamste ingang voor de aanpak van overgewicht. Binnen de JGZ wordt Triple P gebruikt om ouders te ondersteunen bij de opvoeding. Centraal staan de vijf belangrijkste aspecten van positief opvoeden zoals die in Triple P genoemd worden:

- een veilige, stimulerende omgeving;
- leren door positieve ondersteuning;
- aansprekende discipline;
- realistische verwachtingen;
- goed voor jezelf zorgen als ouder.

Eerst worden de verschillende opvoedingsstijlen besproken en hoe deze opvoedingsstijlen van invloed zijn op het ontwikkelen van overgewicht bij het kind. Vervolgens staan de opvoedgedragingen van de ouders centraal die van invloed zijn op het ontstaan van overgewicht:

- omgaan met ongewenst gedrag;
- belonen met voedsel, tv en computer;
- imitatieleren/modeling;
- zelfbeeld van het kind.

Verschillende opvoedingsstijlen

Opvoeding bestaat uit basisgedragingen, die zijn teruggebracht tot twee dimensies:

- mate van responsiviteit (adequaat reageren op het gedrag van kinderen, begrijpend, invoelend en betrokken);
- mate van controle (het stellen van eisen waaraan voldaan moet worden).

Door deze twee dimensies met elkaar te combineren ontstaan er vier opvoedingsstijlen. Deze zijn in tabel 7.1 weergegeven. Deze vier opvoedingsstijlen zijn te beschouwen als prototypen. In de praktijk is vaak sprake van mengvormen.

Tabel 7.1: Vier opvoedingsstijlen.

	Controle	Weinig controle
Responsief	Gezaghebbend	Permissief (toegeeflijk)
Niet responsief	Autoritair	Verwaarlozend

- Ouders met een *gezaghebbende opvoedingsstijl* stellen hoge eisen aan de zelfcontrole van hun kinderen, maar ze tonen zich ook sensitief en betrokken en geven emotionele warmte.
- Ouders met een *permissieve opvoedingsstijl* tonen zich sensitief en betrokken, geven emotionele warmte, maar ze stellen geen eisen aan de zelfcontrole en discipline van hun kinderen.

- Ouders met een *autoritaire opvoedingsstijl* stellen hoge eisen aan de zelfcontrole en discipline van hun kinderen, maar tonen zich niet sensitief en betrokken en geven geen emotionele warmte.
- Ouders met een *verwaarlozende opvoedingsstijl* stellen geen eisen aan hun kinderen en tonen zich ook niet sensitief en betrokken en geven geen emotionele warmte.

Uit onderzoek blijkt dat kinderen van moeders met een autoritaire opvoedingsstijl het grootste risico lopen om overgewicht te krijgen in vergelijking met kinderen met gezaghebbende moeders. Kinderen van permissieve en verwaarlozende moeders hadden een twee keer zo grote kans op overgewicht in vergelijking met kinderen van gezaghebbende moeders.

Gezaghebbende ouders leren hun kind zijn voedingsbehoefte zelf te reguleren. Zelfregulatie van het kind betekent dat duidelijke grenzen worden gesteld, waarbinnen het kind beslist wat hij van het aangeboden voedsel neemt en hoeveel.

Bij autoritaire ouders lijkt de interne voedingsregulatie van het kind te worden verstoord. Het kind eet wanneer het moet en niet wanneer het trek heeft. 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. Deze kennis over zelfregulatie kan aan ouders worden overgedragen.

Kinderen van permissieve ouders bepalen zelf wat ze eten. Ze krijgen geen regels omtrent snoepen opgelegd. Deze ouders leggen vaak al veel verantwoordelijkheid bij het kind. Ze willen dat het kind gelukkig is en denken dat te bereiken door de wensen van het kind in te willigen. We moeten deze ouders laten inzien dat zij de verantwoordelijkheid hebben om regels te stellen omtrent het eten en dat het geluk van hun kind daardoor niet wordt bepaald. De ouders bepalen wanneer en wat er gegeten wordt, het kind bepaalt hoeveel het eet.

Omgaan met ongewenst gedrag

Het is van belang dat ouders onderscheid leren maken tussen gewenst en ongewenst gedrag. Het komt vaak voor dat ouders zo geobsedeerd zijn door het ongewenste 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 (Bosch and Ringrose, 1997).

Ouders kunnen effectiever met het gedrag van hun kinderen omgaan als ze kennis krijgen aangereikt over het onderscheid tussen gewenst en ongewenst gedrag en hoe ze hierop kunnen reageren. Ouders leren begrijpen waarom een televisie 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 leegeten, de aandacht van het kind gefocust zal

raken op de beloning, namelijk het zoete toetje. Bovendien leert het kind niet intrinsiek te 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: bekrachtigen/prijzen van gewenst gedrag, verzwakken van negatief gedrag door negeren (Bosch and Ringrose, 1997).

Andere invloeden die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van gedragsproblemen zijn: relatieproblemen, hoog oplopende 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. Er zijn ook 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.

Oorzaken van gedragsproblemen staan overzichtelijk beschreven in de folder 'Positief opvoeden' van Triple P:

- Lastig gedrag onbedoeld belonen (een kind zeurt en de ouder leidt het af met een spelletje: de ouder beloont het zeuren).
- De escalatievalkuil (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).
- 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).
- Kijken naar anderen (als de ouder schreeuwt, zal het kind dit nadoen).
- 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).
- 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')
- Straf verkeerd gebruiken, dreigen met straf die je niet uitvoert, straf geven in woede, straf als uiterste reactie, inconsequent toepassen van straf.
- 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')



Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

www.ncj.nl



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid