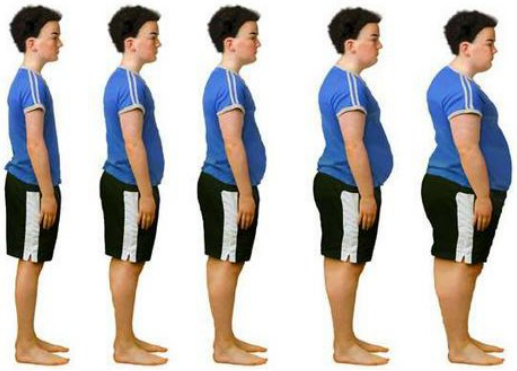
Een poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht

Een kwalitatief onderzoek naar de verbetering van de huidige poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht tussen de 6-12 jaar



Auteur: Mees Groot
Studentnummer: 500 726374
Product: Scriptie
Versienummer: 1
Datum: 5 januari 2019
Afstudeernummer: 2019112

Groene Hart Dieetadvies

Titel:	Een poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht: Een kwalitatief onderzoek naar de verbetering van de huidige poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht tussen de 6-12 jaar
Onderwerp:	Weergave van de huidige poliklinische behandeling van Groene Hart Dieetadvies en onderzoek naar verbeteringen binnen deze behandeling.
Auteur:	Mees Groot
Periode afstudeeropdracht:	September 2018 t/m januari 2019
Opleiding:	Hogeschool van Amsterdam Voeding & Diëtetiek Dr. Meurerlaan 8 1067SM Amsterdam
Docentbegeleider:	Mevrouw A.M.E Doornbos Docent Voeding
Praktijkbegeleiders:	Vera van Oosten & Mattanja van ‘t Hoff
Opdrachtgever:	Groene Hart Dieetadvies Gouda Bleulandweg 10 2903HH Gouda

Voorwoord

Deze afstudeeropdracht is uitgevoerd ter afronding van de studie Voeding & Diëtetiek aan de Hogeschool van Amsterdam in de periode september 2018 tot en met januari 2019. Er is een onderzoek verwezenlijkt bij Groene Hart Dieetadvies (GHDa) in Gouda, naar de poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht in de leeftijd van 6-12 jaar.

Het onderwerp 'overgewicht' en de doelgroep 'kinderen' heeft mij altijd aangesproken waardoor ik met veel plezier aan het onderzoek heb gewerkt. In samenspraak met mijn docentbegeleider en praktijkbegeleiders is de probleemstelling van het onderzoek opgesteld. Na de uitvoering van een kwalitatief onderzoek, ben ik tot een antwoord van de onderzoeksvraag gekomen.

Gedurende het schrijven van dit onderzoek, ben ik begeleid door Anne Doornbos. Voor het starten van mijn opdracht was ik onzeker over het zelfstandig uitvoeren van een complexe opdracht. Doornbos heeft mij laten inzien dat ik dit zelfstandig kon zonder de ondersteuning van anderen. Hiernaast heeft zij mij van veel bruikbare feedback voorzien. Hiervoor wil ik haar enorm bedanken.

Verder wil ik mijn praktijkbegeleiders, Vera van Oosten en Mattanja van 't Hoff, bedanken voor deze opdracht en voor alle hulp die zij hebben geboden. Tot slot wil ik alle diëtisten die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek bedanken.

4 januari 2019, Amsterdam

Mees Groot

Samenvatting

Doel: Het doel van dit onderzoek is om de huidige poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht van GHDa in kaart te brengen om zo, op basis van ervaringen uit de praktijk en resultaten uit de literatuur, een manier te vinden hoe deze behandeling verbeterd kan worden.

Inleiding: Het aantal kinderen met overgewicht in Nederland stijgt. GHDa twijfelt of de huidige behandeling, bij kinderen tussen de 6-12 jaar, wel effectief genoeg is voor het verlagen van de Body Mass Index (BMI) bij deze kinderen. Een verbetering in de huidige behandeling kan de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling vergroten.

Methoden: Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarin naar voren is gekomen hoe de huidige diëtistische poliklinische behandeling eruitziet en aan welke vereisten deze behandeling moet voldoen. Er zijn interviews afgenomen om inzicht te verkrijgen in de meningen, ervaringen en wensen van de diëtisten. Daarnaast zijn de verschillen in werkwijze tussen GHDa en andere ziekenhuizen in kaart gebracht. Met behulp van opnames zijn de interviews getranscribeerd en vervolgens gecodeerd.

Resultaten: Uit het onderzoek is gebleken dat diëtisten meer gebruik willen maken van visueel materiaal. Dit zal het voedingsadvies voor de patiënten verhelderen en de patiënten zullen beter onthouden wat er tijdens het consult besproken is. Dit kan door een voorlichtingsmap achter de hand te hebben wat beeldmateriaal bevat. Daarnaast zal de huidige behandeling zich meer moeten gaan richten op een multidisciplinaire aanpak. Zo kan een beweegplan ingezet worden om de lichaamsbeweging van het kind te verhogen. Enkel een voedingsadvies zal niet resulteren op lange termijn.

Conclusie: Dit onderzoek wijst op mogelijke veranderingen in de huidige behandeling van GHDa die tot positieve resultaten kunnen leiden bij kinderen met overgewicht tussen de 6-12 jaar. Een behandeling waarbij gebruik wordt gemaakt van een voorlichtingsmap die voldoende beeldmateriaal bevat en een beweegplan wat kinderen stimuleert om meer te gaan bewegen, leiden mogelijk tot meer effectiviteit van de consulten en hopelijk tot een verlaging van het percentage kinderen met overgewicht.

Trefwoorden: Diëtist, kinderen, behandeling, overgewicht, obesitas.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 6

2. Methode 9
Onderzoeksopzet 9
Interviews 9

3. Resultaten 11
Knelpunten 13
De verschillen in werkwijze tussen GHDa met andere ziekenhuizen 15

4. Discussie 17

5. Conclusie 20

6. Aanbevelingen 21
Multidisciplinaire aanpak 21
Structuur 21
Visuele behandeling 21
Vervolgonderzoek 21

7. Literatuurlijst 22

8. Bijlagen 25
Bijlage I: Tabellen BMI van jongens en meisjes 6-12 jaar 25
Bijlage II: Interviews 27
Bijlage III: Codeboom 65
Bijlage IV: Behandelplan 66
Bijlage V: Voorlichtingsmap 69
Bijlage VI: Beweegplan 87

1. Inleiding

Wereldwijd komt er overgewicht bij kinderen voor. Het aantal kinderen met overgewicht in Nederland stijgt nog steeds. Tussen 1981 en 2017 is een percentagestijging van overgewicht te zien van 3 procent bij jongeren (4 tot 20 jaar). In 2017 ligt het percentage bij kinderen (4 tot 18 jaar) met overgewicht op 13,1 procent, waarvan 3,3 procent aan obesitas leidt (1). Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) laat een stijging zien in het aandeel patiënten tussen de 5-17 jaar die bij een diëtist in behandeling is. In 2010 lag het aandeel op 6,8 procent en in 2016 is dit gestegen naar 7,5 procent (2). Overgewicht wordt vaak veroorzaakt door een verstoring van de energiebalans, wat inhoudt dat de totale energie-inname, in de vorm van voeding, hoger is dan het totale energieverbruik (3). Een hoge energie-inname wordt zowel veroorzaakt door grote porties, vetrijke voeding, maaltijdfrequentie, voeding met een hoge energiedichtheid en suikerhoudende dranken (4, 5). Op jonge leeftijd kan een hoog lichaamsgewicht al tot verschillende ziektes leiden. Zo kunnen kinderen diabetes type 2, afwijkingen aan de gewrichten, een verhoogde bloeddruk of leververvetting krijgen. Bovendien kunnen er psychosociale problemen ontstaan zoals het ontwikkelen van een verminderd zelfbeeld of een depressie (6). Het behandelen van kinderen met overgewicht is dus van groot belang voor het psychisch en fysieke welzijn van het kind. Meer dan de helft van kinderen met overgewicht strijdt op volwassen leeftijd met een te hoge Body Mass Index (BMI), waarbij het lichaamsgewicht niet meer in de juiste verhouding is met de lichaamslengte (7). Twee tabellen (zie bijlage I) geven een beoordeling van de BMI bij jongens en meisjes tussen de 6-12 jaar (8). Om te bepalen of kinderen een gezond gewicht hebben, wordt er gebruik gemaakt van een groeidiagram. Aan de hand van grafieken wordt duidelijk of er bij betreffende leeftijd en geslacht sprake is van overgewicht. Indien het kind een te hoog gewicht in vergelijking tot de lengte heeft, zal hij het gewicht moeten stabiliseren om tijdens de lengtegroei in de juiste curve te vallen (9, 10).

In Nederland zijn er verschillende interventies ontwikkeld bij de preventie en het verhelpen van overgewicht bij kinderen. Op korte termijn lijkt een dieet meer effect te hebben op het gewicht dan voldoende uitvoering van fysieke activiteit. Tot een leeftijd van 18 jaar is de aanbeveling om minimaal 60 minuten matig intensieve lichamelijke activiteiten per dag te verrichten waarbij er tweemaal per week gericht wordt op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (3). Op lange termijn blijkt een dieet in combinatie met voldoende fysieke activiteit en gedragsverandering tot het beste resultaat te leiden (11). Een veel gebruikte gesprekstechniek voor gedragsverandering is Motivational Interviewing (MI). Deze methode heeft als doel de motivatie van het kind op te roepen. De methode stimuleert het kind of het hele gezin om redenen voor en tegen verandering van problematische gedragingen te uiten en na te denken over de inconsistenties tussen toekomstige doelen en het huidige gedrag (12). Door doelen samen met het kind en de ouder op te stellen, wordt de kans dat de doelen als haalbaar worden ervaren groter (13, 14). Bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt de behandeling voor kinderen met overgewicht vooral gericht op het bevorderen van lichamelijke activiteit en gezonde voeding. Dit wordt ingevuld met het overbruggingsplan wat bestaat uit BOFT-gedragingen: stimuleren van Bewegen en Buiten spelen, dagelijks Ontbijten, reductie van Frisdranken en andere gezoete dranken en Fastfood en reductie van (energierijke) Tussendoortjes, Tv-kijken en computeren (15). Deze BOFT-gedragingen bestaan uit punten die vaak door diëtisten in de eerstelijn (diëtistenpraktijk) en tweedelijn (in het ziekenhuis op de polikliniek) worden behandeld, omdat dit onderzochte behandelpunten zijn die voor een verlaging van het gewicht kunnen zorgen (16).

De aanpak ‘Jongeren op gezond gewicht’ (JOGG) is een voorbeeld van een interventie in Nederland die zich richt op kinderen met overgewicht. De interventie houdt zich niet alleen bezig met de behandeling van het kind en hun ouders, maar ook met de omgeving van het kind zoals de

thuissituatie, buurt, school en vrije tijd. Voorbeelden hierbij zijn gezondere sportkantines, gezonde voeding op scholen en 'The Daily Mile' (hardlopen op school). Als resultaat blijkt dat er na drie jaar een verlaging te zien is van het BMI van kinderen en jongeren. Inmiddels gebruiken 137 gemeenten deze JOGG-aanpak met succes. Zo zien 25 gemeenten een daling van overgewicht, 1306 sportverenigingen zijn aangesloten bij Team:Fit en 12.592 leerlingen op 196 scholen doen mee aan The Daily Mile (17).

Naast het invoeren van interventies kunnen kinderen ook individueel behandeld worden. Dit komt voor bij diëtisten in eerste- en tweedelijn. Elk kind heeft jaarlijks recht op drie uur dieetadvies wat vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Met een aanvullende zorgverzekering wordt mogelijk een behandeling met meer dan drie uur dieetadvies vergoed (18).

In de literatuur worden er geen specifieke oorzaken op het niet behalen van een optimaal resultaat bij een individuele behandeling benoemd. Wel wordt er meerdere malen vermeld dat een multidisciplinair behandelconcept de meest effectieve methode is. Een lange-termijn follow-up studie aan de Gentse Universiteit had een behandelingsprogramma om verdere gewichtstoename te voorkomen. Er werden drie verschillende behandelingsinterventies, groepstherapie, individuele therapie en zomerkamp, in een tijdspanne van 4,6 jaar lang met elkaar vergeleken. Uit het onderzoek komt naar voren dat groepstherapie de beste resultaten opleverden. Tevens is gebleken dat een educatief-gedragstherapeutisch groepsprogramma tot meer gewichtsverlies leidt dan wanneer er eenmalig advies aan kinderen wordt gegeven (19).

Het is lastig vast te stellen wat de beste manier van voorlichten is bij kinderen. Wel is bekend dat voorlichting het meeste effect bereikt wanneer meerdere zintuigen van een persoon tegelijkertijd geprikkeld worden. Mensen onthouden over het algemeen het volgende (20):

- 10 procent van wat zij lezen
- 20 procent van wat zij horen
- 35 procent van wat zij zien
- 55 procent van wat zij horen en zien
- 80 procent van wat zij zelf zeggen
- 90 procent van wat zij zelf zeggen en tegelijkertijd demonstreren.

In Gouda bevindt zich het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ). Hier kunnen patiënten terecht op de afdeling 'Groene Hart Dieetadvies' (GHDa). Op deze afdeling is een team werkzaam om onder andere kinderen advies te geven over voeding. Voedingsadvies kan gegeven worden aan kinderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis of aan kinderen die terecht komen op de polikliniek (21). In het eerste consult op de polikliniek wordt er kennis gemaakt met het kind. De hulpvraag wordt besproken, er wordt gevraagd naar de gezondheid, het medicijngebruik, de leef- en woonomstandigheden en er wordt een voedingsanamnese afgenomen die de gemiddelde voedingsinname weergeeft. Tevens wordt de lengte en het gewicht gemeten en de BMI berekent. Ter afsluiting krijgt het kind na het eerste consult zo nodig een voorbeelddagmenu mee om bepaalde eetgewoonten al aan te kunnen passen. Naderhand kan er een tweede consult plaatsvinden voor controle en kunnen de lengte en het gewicht opnieuw gemeten worden. Er is per consult overleg met de ouder en het kind of er een vervolgconsult wordt ingepland.

De aanleiding voor het onderzoek komt voort uit het feit dat diëtisten van GHDa twijfels hebben over de huidige poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht tussen de 6-12 jaar. Een consult op de polikliniek is vaak een enkel gesprek en is vooral op de ouders gericht. De vraag is of dit wel de meest effectieve aanpak is, aangezien het gewicht van de kinderen nog te vaak gelijk blijft of zelfs toeneemt. De diëtisten vermelden dat zij het frustrerend vinden dat er op basis van een voedings- en beweegadvies geen optimaal resultaat wordt behaald bij elk kind. Zij zouden meer uit de behandeling willen halen zodat er vaker een verlaging van de BMI van de kinderen te zien is. De diëtisten geven aan dat zij op zoek zijn naar verandering binnen de huidige behandeling, waarbij er wordt gestreefd naar een beter resultaat (22).

Als de huidige poliklinische diëtische behandeling van het GHZ bij kinderen tussen de 6-12 jaar in kaart wordt gebracht, kan er vervolgens gekeken worden naar waarom deze behandeling op dit moment niet effectief genoeg is. Op basis van de literatuur en de interviews met diëtisten, werkzaam in dit ziekenhuis en andere ziekenhuizen, kan er mogelijk een antwoord worden gevonden op de vraag hoe de huidige poliklinische behandeling verbeterd kan worden. Om de doelstelling van dit onderzoek te verwezenlijken, dient antwoord gegeven te worden op de onderstaande probleemstelling:

Wat is de huidige diëtistische poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht tussen de 6-12 jaar in het Groene Hart Dieetadvies en hoe kan deze behandeling verbeterd worden?

Om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling, worden eerst de onderstaande deelproblemen beantwoord:

- Wat is de huidige diëtistische poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht?
- Wordt de achtergrondinformatie van de patiënt verkregen voordat de behandeling begint en is hier rekening mee gehouden bij het geven van een voedingsadvies?
- Zijn er verschillen te vinden tussen de diëtistische poliklinische behandeling van het Groene Hart Dieetadvies en die van andere ziekenhuizen?
- Hoe kan de huidige diëtistische poliklinische behandeling verbeterd worden?

2. Methode

Onderzoeksopzet
De onderzoeksstrategie die is gebruikt, is kwalitatief onderzoek. Om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling is er fieldresearch gedaan, namelijk het afnemen van half-gestructureerde interviews waarin naar voren komt hoe de huidige diëtistische poliklinische behandeling eruitziet en aan welke vereisten deze behandeling moet voldoen.

Werving onderzoeksgroep
In dit onderzoek zijn zeven diëtisten geïnterviewd. Vijf diëtisten van GHDa, een diëtist uit het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG) en een diëtist uit het ziekenhuis Amstelland stelden zich beschikbaar voor een interview. Het team van GHDa bestaat uit 14 diëtisten, waarvan de gekozen vijf diëtisten voldoen aan de in- en exclusiecriteria van de onderzoekspopulatie. Voor de werving van de onderzoekspopulatie is er samengewerkt met twee diëtisten uit het ziekenhuis die een indeling hebben gemaakt met de vijf diëtisten. De diëtisten werkend in andere ziekenhuizen zijn telefonisch benaderd. Om een keuze te kunnen maken welke diëtisten geschikt waren voor het onderzoek, zijn de volgende inclusie- en exclusiecriteria opgesteld.

Inclusiecriteria voor de diëtisten waren:
- Diëtisten ouder dan 18 jaar;
- Diëtisten werkend op de polikliniek in een ziekenhuis;
- Diëtisten werkend met kinderen tussen de 6-12 jaar met overgewicht;
- Diëtisten die toestemming geven tot medewerking.

Exclusiecriteria
- Werkend in een eerstelijns of derdelijns praktijk;
- Uitsluitend werkend met volwassenen;
- Uitsluitend werkend met kinderen onder de zes jaar.

Voor de doelgroep van de patiënten is een bovengrens van twaalf jaar gekozen. Diëtisten van GHDa geven aan dat zij de basisschoolleeftijd aan willen houden en de middelbare scholieren in het onderzoek achterwege willen laten. De ondergrens van zes jaar is gekozen, omdat de behandeling bij kinderen onder de zes jaar te veel op de ouders wordt gericht.

Interviews
Bij alle diëtisten is er een face-to-face interview afgenomen van zeventien vragen, waarin achterliggende motivaties, behoeften, wensen en meningen naar voren zijn gekomen. Een face-to-face interview geeft een persoonlijke sfeer, waardoor er meer en dieper gesproken kan worden over het onderwerp. Daarnaast kunnen de motieven en achtergronden van de respondent achterhaald worden. Tevens kan het non-verbale gedrag van de respondent worden geobserveerd, wat een waardevolle aanvulling heeft op de woordelijke informatie. Voorafgaand het interview werd besproken wat het doel van het onderzoek, de doelgroep en de bijbehorende onderzoeksvraag was. Ook werd besproken welke onderwerpen aan bod zouden komen in de vragen, zodat duidelijk was in welke richting het interview zou gaan. De interviews vonden, in overleg met de diëtist, plaats in het OLVG, het ziekenhuis Amstelland en in het GHZ. Met toestemming van de desbetreffende geïnterviewde is het interview opgenomen zodat er een transcriptie kon worden gemaakt. Elk interview is een semigestructureerd interview waarbij de vragen zijn ontleend uit de deelvragen van het onderzoek.

Een semigestructureerd interview houdt in dat ervan tevoren vragen zijn opgesteld, maar er wel ruimte is om af te wijken van het onderwerp of voor een eigen invulling. Zo kan er op basis van het antwoord doorgevraagd worden totdat het onderwerp voldoende is behandeld. Daarnaast zijn er ook andere gespreksvaardigheden toegepast als het geven van verbale reacties of het regelmatig samenvatten om duidelijk te maken dat er geluisterd werd. Tot slot werd er tijdens het gesprek gelet op oogcontact, lichaamstaal en kleine gebaren om aan de geïnterviewde duidelijk te maken dat er actief geluisterd werd (23).

Verwerking Interviews

Er is gekozen voor het houden van zeven interviews, omdat het onderzoek individueel uitgevoerd is en er bij een kwalitatief onderzoek veel tijd wordt besteed per respondent. Na het houden van deze zeven interviews werd er geen nieuwe informatie meer verkregen en was er sprake van verzadiging (24). De interviews zijn geanalyseerd en axiaal gecodeerd met behulp van het programma 'MAXQDA2018'. Dit softwareprogramma verzameld, organiseert, analyseert, visualiseert en publiceert gegevens in verschillende methodologische kaders (25). Door het volledig uitschrijven van de interviews (zie bijlage II) is een codeboom (zie bijlage III) tot stand gekomen. Hierbij worden bepaalde kernwoorden aan de antwoorden van de respondenten gekoppeld. Zo zijn er verbanden gelegd tussen verschillende antwoorden en zijn er aansluitend conclusies getrokken.

Kwaliteit

Om te zorgen dat het onderzoek van hoge kwaliteit is, werd er met name op validiteit gelet. Het kan zo zijn dat de uitkomsten van het onderzoek door systematische fouten kan worden beïnvloed. Bij validiteit vraag je je af, of je gemeten hebt wat je wilde meten. De betekenis van betrouwbaarheid in een onderzoek is 'de mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval', wat betekent dat het onderzoek steeds dezelfde uitkomst laat zien bij herhaling van het onderzoek. Om de betrouwbaarheid in dit onderzoek te vergroten is gebruik gemaakt van opnamemateriaal (26).

3. Resultaten

In totaal zijn er zeven interviews afgenomen van maximaal 30 minuten. Alle diëtisten die benaderd waren voor het interview hebben meegedaan. De belangrijkste resultaten zijn in dit hoofdstuk beschreven.

Protocol
De vijf diëtisten van GHDa gaven in het interview aan geen gebruik te maken van een protocol. Wel zijn er standaarden als het berekenen van de energiebehoefte maar de totale behandeling kan per kind verschillen.

R1: '*Het is ehm, maar dat vind ik sowieso in de diëtiek hoor, geen een patiënt is hetzelfde en ehh ik hou in dat betreft ook niet zo van standaard standaarden zeg maar.'*
R2: '*Nee. Ik volg geen protocol'*
R3*: 'Als die er is, weet ik er niks van*'.
R4: '*uhmm, weet ik niet. Er is wel een standaard met de energiebehoefte berekenen enzo maar voor de rest doet iedereen dat op zijn eigen manier'*
R5*: 'Ik heb geen standaard protocol zo ver ik weet.'*

Een voorbeeld is dat niet elk kind hetzelfde voorlichtingsmateriaal mee naar huis krijgt. Een aantal kinderen krijgen aan het eind van een consult adviezen mee naar huis of verzonden via e-mail. Echter, benoemen de diëtisten dat dit niet altijd het geval is. Het komt ook voor dat het advies enkel tijdens het consult besproken wordt. Kinderen krijgen dan alleen een voorbeelddagmenu, eventueel wat folders of helemaal niks mee naar huis. Het is aan het kind zelf om de behandeling uit te voeren en te onthouden wat er verteld is.

R1: '*Want de adviezen bespreek ik eigenlijk aan het einde, met ehm… de ouders en het kind. Negen van de tien keer geef ik die of op de mail ehm, of ik doe ze op papier…'*

R2: '*Dat is wat ik, ja, naja mondeling meegeven. Kijk, ik geef het ze niet op papier mee.'*

Voedingsadvies
Diëtisten baseren het voedingsadvies op de Richtlijnen Goede Voeding (RGV) en richten zich op vermindering van de energie-inname. Voedingsmiddelen met een hoge energiedichtheid zullen moeten worden beperkt. Wel gaven diëtisten aan dat het eerste voedingsadvies gegeven wordt op basis van de voedingsinname voordat er gerekend wordt met het aantal calorieën.

R3: *'Een voorbeelddagmenu is dan eigenlijk je ideale situatie waar je dan naar toe wil, die je baseert op de Richtlijnen Goede Voeding, dan hou je natuurlijk rekening met alles.'*

R5: '*Ehm, verder, wij hebben een energiebeperkte richtlijn voor kinderen.'*

R2: *'Ik ga pas rekenen op het moment dat het niet lukt om af te vallen. Weet je, vaak zie je wel op basis van voeding ehm, wat er gewijzigd kan worden als je de schijf van vijf ernaast legt. Ehm, hé, als die inzet niet werkt dan ga ik rekenen, dan ga ik kijken hoeveel calorieën komen erbinnen, hoeveel heeft het kind nodig, en wat kunnen wij beperken. Maar in principe is dat niet waar ik mee begin.'*

R3: *'Ik neem altijd een anamnese af en ehm, mijn doel is om de calorieën te minderen en ehm, komt het nou voor dat een kindje de hele dag door sap drinkt dan zou mijn eerste stap zijn die sapjes eruit*

halen. Mijn doel is altijd je hebt een beginpunt en daar ga je uit opbouwen. Met op het oog dat je uiteindelijk Richtlijnen Gezonde Voeding hebt. Ik durf je niet te zeggen hoeveel calorieën dat levert.'

Resultaat
Het resultaat waar de diëtisten van GHDa naar streven is een verlaging van de BMI. Aan de kinderen en ouders wordt uitgelegd dat het stabiel houden van het gewicht, bij een toename in de lengtegroei, tot een verlaging van de BMI zal zorgen.

R4: '*Ik noem het altijd meerdere malen in mijn consult. Goh hou het gewoon stabiel. Je gaat nog groeien.'*

Diëtisten gaven aan dat het niet zinvol is om te streven naar een afname in het gewicht. Een kind heeft alle voedingsstoffen nodig. Als hij minder binnenkrijgt dan zijn behoefte kan dit ten koste gaan van zijn groeiontwikkeling. Ook is het demotiverend om te benoemen hoeveel kilogram het kind zou moeten afvallen, indien dit niet lukt.

R4: *'Het is nooit dat ze minder binnen moeten krijgen want dat gaat ten kostte van de groei en het lichaam.'*

R2: *'Want als het niet gelukt is, maar een kindje is maar 1 kilo afgevallen is dat ook heel knap maar dan is het doel niet behaald en dat geeft dan juist denk ik dat die motivatie veel minder wordt, het zelfvertrouwen.'*

Voorbereiding
Volgens de diëtisten is er weinig tijd om gegevens van het kind door te nemen voor een behandeling begint. Op het moment dat het kind is doorverwezen door een arts, is er informatie bekend als medische geschiedenis, klachten, ziekten of het medicijngebruik.

R1: '*Ah, nou in zoverre, kijk, van te voren ehm.. Nee, want daar hebben wij simpelweg geen tijd voor.'*

R3: '*Als een patiënt wordt verwezen door een arts hier, dus door de kinderarts, dan heb je meestal, dan kun je een rapportage van dat consult van de kinderarts zien. Dus dan heb je een stukje medische achtergrond, voedingsgegevens, uhm, ziektes in de familie, zulk soort dingen dus dat is best heel veel.'*

Eerste consult
De kennismaking komt tijdens het eerste consult pas echt aan bod. De gezondheid, het medicijngebruik en de leef- en woonomstandigheden worden nagevraagd zodat het advies hierop gebaseerd kan worden. Ook wordt de achtergrondinformatie als, gezinssamenstelling, woonomgeving of cultuur besproken. Na de kennismaking wordt de hulpvraag besproken. Het kind vertelt hoe zijn voedingspatroon op een gemiddelde dag eruitziet en welke bijzonderheden er zijn. Er is een uur de tijd voor het eerste consult waarvan de diëtisten aangeven dat dit voldoende is. Bij een consult langer dan een uur, zal het kind zijn concentratie verliezen.

R1: '*In dat uur vraag ik wel na, hoe zit het hé, ehm… Broertjes of zusjes, school ehmm, naja eigenlijk een beetje het sociale plaatje vraag ik vaak na, en ehhh hoe ziet de beweging, medische dingen weet je natuurlijk want dat heb ik al bekeken van tevoren. Mochten er medische dingen zijn. Maar in principe kom ik daar tijdens het gesprek achter.'*

R4: *'Op zich is een uur lang zat want dan is die spanningsboog ook weg, dus veel meer informatie kun je ook niet geven'*

Verder gaven diëtisten aan dat er geen gouden standaard in de structuur van het gesprek is. Alle diëtisten behandelen wel dezelfde punten maar allemaal op hun eigen manier. Zo vertelde R1 dat er tijdens de behandeling wordt aangevoeld welke volgorde of structuur bij het kind past.

R1: *'Ehm, nou ik denk dat iedereen wel dezelfde punten afcheckt, aan het einde van elk gesprek denk ik dat iedereen dezelfde dingen heeft gevraagd alleen ieder op zijn eigen manier, en ieder eh, eh, misschien een net iets andere volgorde, en ja, natuurlijk hé, uitleg komt voor advies en dat soort, zijn in in mijn ogen, hele logische dingen, je gaat niet achterstevoren beginnen te werken haha, maar ehm, ik denk wel dat ieder dat op zijn eigen, eigen manier doet.'*

Vervolgconsult

Bij kinderen met overgewicht wordt vrijwel altijd een vervolgconsult ingepland. Dit consult is belangrijk om de behandeling te evalueren. Er is een half uur de tijd waarin naar voren komt wat er goed gaat, waar de knelpunten liggen, het gewicht kan opnieuw worden gemeten en er is ruimte om vragen te stellen. Op het moment dat het gewicht is toegenomen, wordt de behandeling aangepast. R4 en R5 gaven aan dat er kleine stappen in de behandeling worden genomen door minder doelen te stellen of minder aanpassingen te maken in het voedingspatroon. Het nemen van kleine stappen kan de kans van slagen vergroten wat vervolgens een motiverende werking heeft om een volgende stap in de behandeling te nemen. Het kind zal hierbij zelf moeten aangeven wat er nodig is om tot een goed resultaat te komen.

R4: *'Ja, het is altijd wel afhankelijk van wat het doel is van iemand, voordat je zegt we gaat dit, dit, dit en dit veranderen, nee. Wij gaan wel stap voor stap. Wij hebben vaak een heel mooi ideaal maar dat gaat nooit in een keer lukken. Wij beginnen gewoon in kleine stapjes en dan kunnen we de volgende keer, als het gelukt is, stap voor stap, ja.'*

R5*: P1: 'En ehm, als je merkt dat het kindje niet erg gemotiveerd overkomt, is er dan een bepaalde actie die je onderneemt?'*
P2*: 'kleine stapjes.'*

Knelpunten

Visualiseren en voorlichtingsmateriaal

Diëtisten uit verschillende ziekenhuizen gaven aan dat zij voorlichtingsmateriaal specifiek gericht op kinderen zouden willen gebruiken in de praktijk. Zo vertelde R2, dat zij met het gebruik van voorlichtingsmateriaal kinderen meer kan betrekken in de behandeling. Momenteel wordt er gebruik gemaakt van de schijf van vijf en folders van het Voedingscentrum. Materiaal specifiek ontworpen voor kinderen, is volgens de diëtisten onvoldoende beschikbaar. Met dit materiaal hopen zij dat de behandeling niet te veel wegzakt op het moment dat het kind de behandelkamer verlaat. Diëtisten kunnen advies geven over gezonde voeding maar uiteindelijk is het aan het kind en de ouder om te zorgen dat er resultaat behaald wordt. Met behulp van voorlichtingsmateriaal heeft het kind een houvast voor thuis en kan de omgeving op de hoogte worden gesteld.

R2: '*Uhm, ik denk dat het voor mij in ieder geval het voorlichtingsmateriaal is. Daar zou ik bijvoorbeeld nog wel wat meer mee willen zeg maar. Uhm, dat kinderen er wat meer in betrokken worden. Uhm, ik denk zodat ze er thuis ook nog mee bezig kunnen zijn zeg maar. Ja, en anders is het*

zeg maar zo van je gaat bij de diëtist weg en dan ben je thuis, en dan? Ja, dan zie je ook wel dat het een beetje wegzakt en uhm, wegebt wat er allemaal besproken is terwijl als je thuis op een leuke manier een kind er meer mee aan de slag kan laten gaan uhm, denk ik wel dat het misschien wat meer effect geeft. Dat het kindje misschien zelf ook aan de omgeving kan uitleggen waar het aan werkt, of uhm weet je wel, dit heb ik meegekregen daar ben ik nu mee bezig.'

Bovendien gaf een aantal diëtisten van GHDa aan dat zij behoefte hebben aan beeldmateriaal, plaatjes en/ of video's die de informatie en het advies van de diëtist zullen ondersteunen.

R5: *'Nou we hebben er niet heel veel wat betreft plaatjes nu. Het is eigenlijk wel lekker als je hier iets hebt liggen, iets op de computer als een PowerPoint waarin je wat kan laten zien.'*

R6, diëtist uit het ziekenhuis Amstelland, demonstreert elk consult plaatjes van verschillende etiketten. Zo leren kinderen en hun ouders etiketten in de supermarkt lezen en zullen zij bewuste keuzes kunnen maken. Een behandelplan voor diëtisten (zie bijlage IV) met een voorlichtingsmap (zie bijlage V), speciaal ontwikkeld voor kinderen met overgewicht, kan een ondersteunend hulpmiddel zijn die tijdens het consult gebruikt kan worden. In deze map kunnen plaatjes, tabellen, een lijst met filmpjes en een lijst met spelletjes geplaatst worden.

R6: '*Je kan wel dingen vertellen maar dat blijft toch niet altijd hangen. Dus dan maak je ze echt, deze poster bijvoorbeeld die hangt hier nog niet heel lang. Dit valt kinderen meteen op. Kinderen die poster met die suikerklontjes, dan zien ze oh die heb ik, dat is wel heel leuk.'*

Beweging

Uit het onderzoek is gekomen dat enkel een voedingsadvies niet voldoende is om het gewicht te stabiliseren op lange termijn. Een multidisciplinaire aanpak is nodig om te kunnen slagen. Zo heeft R5 in het interview benoemd dat het lastig is om kinderen aan te sporen tot meer fysieke activiteit. Een hulpmiddel hierbij is een beweegplan (zie bijlage VI). Als het kind naar huis gaat met een schema, ingevuld met activiteiten naar voorkeur, is het duidelijk wat er per dag aan beweging gedaan kan worden. De activiteiten kunnen per dag aangepast worden, zolang er voldoende bewogen wordt. Door middel van een ingevuld schema zullen zij hieraan herinnerd worden.

R5: *'Het hangt niet alleen af van de voeding. Dat vind ik soms wel lastig. Het bewegen, kinderen echt aan beweging krijgen dat zou mooi zijn als daar een programma voor is. Dat je intern kan zeggen fysiotherapie intern dan hebben wij die kinderen echt iets te bieden. Of dat wij nog beter zouden samenwerken met Sport en Gouda. Dat je de kinderen echt door kan sluizen. Dat overzicht hebben wij volgens mij niet.'*

R5 benoemde in het interview: 'SportpuntGouda'. Dit is een organisatie, onderdeel van de Jeugd Gezondheidszorg, die zich richt op de gezonde levensstijl van kinderen. Er worden verschillende activiteiten aangeboden waar kinderen zich voor kunnen opgeven. Het diverse aanbod aan activiteiten vergroot de kans dat kinderen zich zullen aanmelden. Diëtisten kunnen het aanbod van SportPuntGouda bespreken met het kind en de ouder om het aanbod van lichamelijke activiteit te verbreden.

R5: *'Je kan ze wijzen op sportpunt Gouda of wat er allemaal te doen is in de herfstvakantie he, want vaak zijn dat de terugslagmomenten dat ze vakantie krijgen of er feestje zijn. Ze hebben een tijd in Gouda, daar wijs ik dan ook op, dat is dan een keer in het jaar, dat is nu twee jaar lang. Ehm, dat*

kinderen ehm, van twaalf sporten kunnen proeven. Dan krijg je elke week een andere sport voorgeschoteld in een sporthal.'

Steun

De diëtisten gaven aan dat kinderen voldoende gesteund moeten worden door hun ouders. Zo vertelden R3 en R5 dat zij ouders in de behandeling proberen te betrekken indien dit mogelijk is. De ouders halen de boodschappen in huis, zetten het eten op tafel en beslissen wat er mee naar school gaat. Daarnaast zullen vrienden en familie op de hoogte moeten zijn van de veranderingen in de eetgewoonten als het kind op bezoek komt. Dit is lang niet altijd het geval. Een oplossing hiervoor is een informatieformulier en een voedingslijst wat het kind wel of niet mag consumeren, zodat iedereen in de omgeving hier rekening mee kan houden. Tot slot zullen familieleden, vooral binnen het gezin, op de hoogte moeten worden gesteld dat het kind erg zijn best wil doen om niet verder aan te komen.

R3: '*Wat ik altijd wel probeer is er een soort gedeeltelijke verantwoording van te maken, of dat ik, hé, dat we samen tot een advies komen, bijvoorbeeld een cola per dag en dat ik dan zeg, hoe kan papa of mama jou hierin ondersteunen?'*

R4: '*Ehm, vaak heeft het toch wel met omgevingsfactoren te maken hoor. Moeders die de boodschappen doen of ehm, broertjes of zusjes die wel wat lekkers mogen, zij dan niet. Ehm, dat is vaak gewoon heel lastig.'*

R5: '*Ik ben ook naar een scholing van overgewicht geweest, toen heb ik dat puntje er echt bij gekregen van kijk ook vooral naar de ouders, neem die ook in de behandeling mee. Laat die ook op de weegschaal staan. Het kan geen kwaad om dat te doen.'*

De verschillen in werkwijze tussen GHDa met andere ziekenhuizen

In tegenstelling tot GHDa en het ziekenhuis Amstelland, wordt er in het OLVG wel gebruik gemaakt van een protocol bij de behandeling. Wel wordt vermeld dat hiervan mag worden afgeweken indien een persoon 'ingewikkeld' is. Zo gaf R7 aan dat kinderen zich vaak in de precontemplatiefase bevinden, wat inhoudt dat zij nog niet de intentie hebben om gedrag te veranderen en het belang van de verandering niet inzien. De behandeling verloopt dan niet altijd via het protocol.

R7: *'Het protocol die wij hier hebben, is echt eerst die intake dan het bloedonderzoek, telefonisch contact koppeling van telefonische uitslagen of bij mij, of bij de arts, of bij mij face-to-face. Is het echt obesitas graad 3 met complicaties dan houden wij ze, dan kijken we een tot twee keer in de drie maanden naar, die vrijheid hebben wij, ik, is mij gegeven. Gelukkig, en die gebruik ik. Als ik merk dat iemand ingewikkeld is, wijk ik af van het protocol.'*

R7: 'Ik kan echt samen met ze kijken op de site, van wat houdt dit in, hoeveel sneetjes brood mag je op een dag? Maar vaak kom ik hier niet omdat zij in een precontemplatiefase zitten. Dus het is nooit een actiefase die ik tegenkom.'

Een ander verschil in de werkwijze is dat het OLVG en het ziekenhuis Amstelland zich meer richten op beweging. Zo stuurt R6, diëtist uit het OLVG, kinderen door naar de fysiotherapeut en R7, diëtist in het ziekenhuis Amstelland, gaf aan dat er gebruik wordt gemaakt van een ondersteunend programma waar beweging een onderdeel van is. Daarnaast vertelde R6 gebruik te maken van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) die zich richt op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl zoals gezonde voedings- en eetgewoontes, een gezond beweegpatroon en factoren die van invloed zijn op een gezonde levensstijl als het slaappatroon en/ of stress.

R6: '*Niet in het ziekenhuis maar buiten het ziekenhuis, maar wel een verwijzing en een plan, dat wij echt afspreken met het gezin van er moet een voedingsplan en een beweegplan komen, dat kunt u met die doen of met die doen, ehm of GLI, gecombineerde leefstijlactiviteit en ehm, dan moeten zij dat plan uitvoeren.'*

Tevens gaf R7 aan dat kinderen worden doorgestuurd naar cursussen en evenementen om af te vallen. Zo heb je LEFF, een onderdeel van het AAGG, wat in veel andere landen al effect getoond heeft. Het is een gratis programma voor kinderen van 7-13 jaar die overgewicht hebben. Het effect is om kinderen gezonder, fitter en blijer te maken. Deze extra aandacht voor beweging zou mogelijk beter resultaat kunnen opleveren.

R7: *'Er zijn ook heel veel cursussen. 'Gezond opgroeien' ehm, trainingen voor ouders, lifestyle cursussen voor ouders, zoals 'LEFF', ehm, waar ik heel veel naar doorverwijs.'*

4. Discussie

Diëtisten van GHDa geven aan dat er niet gehandeld wordt volgens een protocol. De structuur van de behandeling kan daardoor per kind verschillen. Wel wordt er bij elk kind gestreefd naar een verlaging van de BMI. Het merendeel van de diëtisten geeft aan dat dit resultaat makkelijker behaald wordt door het nemen van kleine stappen in de behandeling. Het dieetadvies voor kinderen is een energiebeperkt dieet wat wordt gebaseerd op de RGV. Het advies is opgesteld door de gezondheidsraad en bestaat uit voedingsmiddelen en –patronen die kunnen leiden tot gezondheidswinst (3, 5). Uit dit onderzoek, waarin gezocht is naar een verbetering in de huidige poliklinische diëtische behandeling van GHDa, blijkt dat diëtisten behoefte hebben aan meer beeld- en voorlichtingsmateriaal ter ondersteuning van de behandeling. In tegenstelling tot GHDa, lossen diëtisten van het ziekenhuis Amstelland dit knelpunt op door gebruik te maken van een map met afbeeldingen wat een ondersteuning kan zijn tijdens het adviseren. Een ander knelpunt in de huidige behandeling is de onvoldoende stimulatie van beweging. Diëtisten van het OLVG en ziekenhuis Amstelland vermelden dat beweging bij hun een standaard onderdeel van de behandeling is. Zo wordt er gebruik gemaakt van een ondersteunend programma en een fysiotherapeut. Verder vinden de diëtisten van GHDa dat kinderen voldoende moeten worden gesteund tijdens de behandeling door familie en vrienden om tot goede resultaten te komen.

Diëtisten van GHDa geven aan dat het huidige advies enkel een voedingsadvies is, wat voornamelijk op de ouders wordt gericht. Enkel een voedingsadvies op korte termijn is effectief. Echter, op lange termijn zal een multidisciplinaire aanpak mogelijk doeltreffender zijn (27). Uit een onderzoek van Redman blijkt dat de kans van slagen op lange termijn groter is bij het volgen van een lichte energiebeperking in combinatie met een verhoogde lichamelijke activiteit (28). Op het moment dat een kind een streng dieet moet volgen, wat energiebeperkt is, zal hij na enkele weken afhaken. De stap is dan te groot in een keer en zal alleen resultaat leveren op korte termijn (29). Bovendien blijkt uit onderzoek dat fysieke activiteit en sportparticipatie op jonge leeftijd een voorspeller zijn van het activiteitenniveau op latere leeftijd. Evenzo leidt inactiviteit in de kinderjaren tot inactiviteit op volwassen leeftijd. Er is een grote kans dat gezondheid gerelateerd gedrag dat gedurende de jeugd is aangeleerd, op latere leeftijd wordt gehandhaafd (30). Een Amerikaans onderzoek laat zien dat kinderen tussen de 6-15 jaar gemiddeld 7,7 uur per dag aan sedentair gedrag, activiteiten in liggende of zittende houding, besteden vanaf het moment dat zij wakker zijn (31).

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het gebruik van visueel voorlichtingsmateriaal kinderen mogelijk kan helpen bij het onthouden van het advies, de behandeldoelen en de te verwachten resultaten en gevolgen. Dit resultaat is in overeenstemming met de verwachting dat kinderen het advies en de behandeldoelen snel zullen vergeten als ze bij de diëtist weggaan en thuis niet goed zelfstandig aan de slag kunnen met de informatie die zij hebben gekregen. Dit komt naar voren in het onderzoek van Maertens & Maris waaruit blijkt dat mensen maar 20 procent onthouden van wat zij horen, terwijl 55 procent onthouden wordt wanneer zij de informatie zowel horen als zien (20). Bovendien speelt het ‘voedingscentrum’ hier ook op in. Zo hebben zij een informatiemap ontwikkeld om overgewicht bespreekbaar te maken met ouders. In de informatiemap ‘praten over gewicht’ van de Jeugd Gezondheids Zorg (JGZ) wordt het gewichtsverloop, de BMI-curve, de Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheid (ADH), portiegroottes, drankjes en tussendoortjes op een visuele manier in kaart gebracht. Kinderen en hun ouders zullen de plaatjes herkennen en vergelijken met hun eigen manier van handelen (32). Het is van cruciaal belang dat ouders voldoende kennis hebben over waar een gezond dieet voor kinderen uit bestaat en wat de gevolgen zijn als hun kind een ongezond voedingspatroon blijft aanhouden (33). Tevens wordt er in een onderzoek gesuggereerd dat spelen een krachtige bemiddelaar is om gedurende iemands leven te leren (34). Bij het spelen van spellen zijn de

kinderen zelf ook aan het woord waardoor er mogelijk zelfs 80-90 procent van de informatie blijft hangen (20).

Een belangrijk knelpunt in het proces rondom de behandeling van overgewicht is de steun van familie en vrienden. Uit een onderzoek blijkt dat steun van familie en vrienden als de criteria voor het beginnen en voortzetten van gezondheidsgedrag wordt gezien. Warmte en emotionele steun van de ouder kan de kans op slagen vergroten (35). Dit komt overeen met de resultaten uit het onderzoek. Uit onderzoek blijkt dat ouders weleens aanbieden om mee te doen met de behandeling van hun kind om met minder moeite de behandeling te voltooien, steun te bieden of omdat zij zelf ook aan hun gewicht willen werken (36, 37). Zo verloopt de behandeling voor het kind makkelijker. Tot slot zijn de voedingsgewoonten van ouders een belangrijke factor in het krijgen van overgewicht. Onderzoek toont aan dat voedingsgewoonten die in de kindertijd zijn opgedaan tot in de volwassenheid voortduren. Kinderen modelleren de voedselinname, de houding tegenover voedsel en hun ontevredenheid over het lichaam van hun ouders (38). Bovendien zijn ouders van invloed op het gewicht van hun kind door te kiezen voor gezamenlijke gezinsmaaltijden. De frequentie van deze maaltijden is immers significant gerelateerd aan de gezondheid van de voeding bij kinderen. Door minimaal drie keer per week gezinsmaaltijden te delen, hebben kinderen een grotere kans op een gezond gewicht en zullen zij een gezonder eetpatroon hebben dan kinderen die minder dan drie familiemaaltijden delen (39).

Sterke en Zwakke punten

Wanneer de behandeling zich meer richt op een multidisciplinaire aanpak, zou dit kunnen betekenen dat GHDa een psycholoog, fysiotherapeut of verpleegkundige bij de behandeling betrekt. Er moet rekening worden gehouden dat dit onderzoek zich uitsluitend focust op de behandeling van de diëtist. Zodra gefocust wordt op ondersteuning vanuit een andere discipline zouden nieuwe of afwijkende resultaten kunnen worden verkregen. Er is echter gekozen om de psychologische interventies in dit onderzoek achter wegen te laten omdat er anders te veel werd afgeweken van het doel van dit onderzoek. Daarnaast zou het niet binnen de tijdslimiet van dit onderzoek passen. Door het weglaten van dit aspect is het nog niet mogelijk om conclusies te trekken betreft een ondersteuning vanuit een andere discipline. Wel is het belangrijk om dit te onderzoeken omdat vaak uit wetenschappelijke artikelen blijkt dat psychologische interventies positief van invloed kunnen zijn op een dieet (13). Bovendien kon er, door de korte periode waarin het onderzoek moest worden uitgevoerd, geen onderzoek worden gedaan naar het effect van een beweegplan of voorlichtingsmap. Er kan bij GHDa een vervolgonderzoek gestart worden naar de effectiviteit van de voorlichtingsmap en het beweegplan. De korte periode heeft er tevens voor gezorgd dat er geen grote onderzoeksgroep kon deelnemen aan het onderzoek waardoor mogelijk bruikbare resultaten misgelopen zijn.

Een ander zwak punt is dat de resultaten van dit onderzoek niet gegeneraliseerd kunnen worden naar kinderen die de behandeling ondergaan, noch naar hun ouders, omdat de deelnemers van dit onderzoek uitsluitend diëtisten waren. Vervolgonderzoek bij kinderen en ouders zal moeten aantonen of er daadwerkelijk behoefte is naar een multidisciplinaire aanpak of gebruik van meer beeldmateriaal. Verder kunnen er geen harde conclusies getrokken worden, aangezien de omvang van de onderzoeksgroep beperkt is (zeven diëtisten). Toch is het opmerkelijk dat in elk interview dezelfde punten benoemd worden. De resultaten betreft de verschillen tussen de werkwijze van GHDa met andere ziekenhuizen kunnen niet gegeneraliseerd worden omdat interviews bij enkel twee ziekenhuizen heeft plaatsgevonden. De deelvraag ‘zijn er verschillen te vinden tussen de poliklinische diëtische behandeling van GHDa en die van andere ziekenhuizen’ kan hierdoor niet concreet

beantwoord worden. Verder onderzoek naar de werkwijze van andere ziekenhuizen zou een goede aanvulling kunnen zijn om deze deelvraag te beantwoorden.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er met een kwalitatief onderzoek veel informatie kan worden verzameld. De informatie is verkregen uit diepgaande interviews waardoor er dieper ingegaan is op de informatie en er afgeweken kon worden van onderwerpen wat bij een kwantitatieve methode niet het geval zou zijn geweest. Ook is de kans op sociaal wenselijke antwoorden beperkt, door het interview anoniem en in tweegesprek af te nemen. Dit verhoogt de validiteit van het onderzoek. Tevens kunnen interviews op elke desgewenste locatie plaatsvinden. Tot slot is de betrouwbaarheid vergroot doordat de interviews zijn opgenomen, waardoor er geen twijfel kan ontstaan over de antwoorden die zijn gegeven (26).

Doordat het onderzoek in eerste instantie met een kleine groep respondenten is opgezet, werd verwacht dat er weinig resultaten uit zouden komen. Dit bleek echter niet zo te zijn. De diëtisten hebben veel punten benoemd die tot verandering in de huidige behandeling kunnen zorgen. De resultaten van dit onderzoek zijn bedoeld om punten op te stellen waaraan de effectiviteit van de huidige behandeling gemeten kan worden. Zo is het voor de beroepsoefenaar mogelijk om op basis van onderbouwingen het huidige aanbod te verbeteren. Het onderzoek is mogelijk een goede opstap naar vervolgonderzoek van het beweegplan en de voorlichtingsmap. Hierbij kunnen de meningen, ervaringen en wensen van andere disciplines die betrokken zijn bij de behandeling voor kinderen met overgewicht worden meegenomen om verdere conclusies te trekken.

5. Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: ‘Wat is de huidige diëtistische poliklinische behandeling voor kinderen met overgewicht tussen de 6-12 jaar in het Groene Hart Dieetadvies en hoe kan deze behandeling verbeterd worden?’. Uit het onderzoek blijkt dat diëtisten behoefte hebben aan meer effectiviteit en betere resultaten bij de behandeling voor kinderen met overgewicht die een gezond gewicht proberen te krijgen. De huidige poliklinische behandeling in GHDa voor kinderen tussen de 6-12 jaar oud is enkel een voedingsadvies wat vooral aan de ouders gericht is. Tijdens de behandeling wordt er tijd genomen om het kind te leren kennen en vervolgens een advies gegeven. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat diëtisten zich meer moeten richten op een multidisciplinaire aanpak door de kinderen meer te stimuleren op het verhogen van de lichaamsbeweging. Hierbij is het van belang dat kinderen de gevolgen kennen wanneer er niet voldoende aan beweging gedaan wordt. In tegenstelling tot GHDa wordt er in het OLVG en het ziekenhuis Amstelland gebruik gemaakt van een multidisciplinaire aanpak doordat de beweging een onderdeel is van de behandeling. Verder is er bij diëtisten van GHDa behoefte aan visueel materiaal wat tijdens het consult verheldering kan geven aan het kind en de ouders. Een behandelplan met een voorlichtingsmap ontwikkeld voor diëtisten die kinderen met overgewicht behandelen, kan een goede visuele ondersteuning zijn. Om een houvast te kunnen bieden aan het kind, ouders, vrienden en familie kunnen delen van deze voorlichtingsmap mee gegeven worden als voorlichtingsmateriaal voor thuis. Kinderen kunnen, met behulp van dit materiaal, goed aan de slag om zo tot een gezondere levensstijl te komen. Mogelijk zal, wanneer deze verbeteringen plaatsvinden, de kwaliteit van de behandeling verbeteren, wat kan resulteren tot een verlaging van het percentage kinderen met overgewicht.

6. Aanbevelingen

Aan de hand van de resultaten kunnen er aanbevelingen worden gedaan voor de diëtisten van het GHDa. Deze aanbevelingen kunnen gebruikt worden met als doel een succesvolle behandeling uit te voeren.

Multidisciplinaire aanpak
Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat kinderen meer gestimuleerd moeten worden om te gaan bewegen, om zo het gewicht te stabiliseren. Het gaat hierbij vooral om een hoge kwantiteit van de beweging. Een aanbeveling hierbij is om gebruik te maken van een beweegplan (Bijlage VI). Een format wat van tevoren aanwezig is, kan worden besproken en ingevuld worden naar voorkeur. Het overzicht kan op een zichtbare plek in huis worden opgehangen om het kind dagelijks aan te sporen tot meer lichaamsbeweging.

Structuur
Een aanbeveling is dat alle diëtisten dezelfde structuur in het gesprek aanhouden. Zo voorkomt de diëtist dat belangrijke punten in het consult worden gemist. Diëtisten kunnen gebruik maken van een behandelplan waarin de stappen van de eerste drie consulten weergegeven worden.

Visuele behandeling
Uit de literatuur blijkt dat bij het horen en zien van informatie tegelijk, de informatie beter wordt opgeslagen dan wanneer informatie enkel gehoord wordt. Bovendien geven diëtisten van GHDa, het OLVG en het ziekenhuis Amstelland in het onderzoek aan dat zij behoefte hebben aan meer beeldmateriaal ter ondersteuning bij de behandeling. Een aanbeveling is om gebruik te maken van een voorlichtingsmap (zie bijlage V) die plaatjes, producten of filmpjes bevat ter ondersteuning tijdens het consult. Zo zal het kind beter begrijpen en onthouden wat de diëtist verteld heeft en het advies sneller gaan toepassen in de praktijk. In deze map worden vergelijkingen tussen producten, voorbeelden van etiketten of gezonde producten weergegeven. Tevens kunnen diëtisten gebruik maken van korte spellen die mogelijk kennis en ideeën genereren bij het kind en de situatie verduidelijken, zoals het verhelderen van de hoeveelheid groente die wordt aanbevolen of welke drankjes de meeste suikers bevatten.

Vervolgonderzoek
Dit onderzoek is voor GHDa een bruikbaar onderzoek wat een goede ondersteuning kan zijn bij het verbeteren van de huidige poliklinische behandeling voor kinderen tussen de 6-12 jaar. Echter, zou meer onderzoek naar een effectieve behandeling voor kinderen met overgewicht gedaan kunnen worden. Bij vervolgonderzoek is de aanbeveling om een onderzoek gespecificeerd op slechts één behandelmethode uit te voeren zodat vastgesteld kan worden of deze methode bruikbaar is in de praktijk van GHDa. Zo kan het gebruik van een standaard behandelplan met de voorlichtingsmap ter ondersteuning onderzocht worden. Tevens kan er meer onderzoek gedaan worden in andere ziekenhuizen om meer verschillen tussen de werkwijze in kaart te brengen. Tot slot kunnen andere disciplines, kinderen en/ of ouders die in de behandeling zijn betrokken, worden meegenomen in een onderzoek, zodat de behandeling aangepast kan worden naar de achterliggende motivaties, behoeften, wensen en meningen van hen.

Literatuurlijst

1. Kinderen met overgewicht en obesitas 2017. Volksgezondheidenzorg. 2018. https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-kinderen
2. Verberne L, Koppes L. Rapport Zorg door de diëtist. Jaarcijfers 2016 en trendcijfers 2012-2016. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg; 2017 juli. https://www.nivel.eu/sites/default/files/bestanden/2016_jaarrapport_dietetiek.pdf
3. Van Wezel B. Hofsteenge GH. Richtlijn 27: Overgewicht of obesitas bij kinderen en adolescenten (2-18 jaar). Dieetbehandelingsrichtlijnen. 2014. https://www-dieetbehandelingsrichtlijnen-nl.rps.hva.nl:2443/richtlijnen/27HK_overgewicht_of_obesitas_bij_kinderen_en_adolescenten__2__18_jaar__1.html
4. Eli K, Hörnell A, Malek ME, Nowicka P. Water, juice, or soda? Mothers and grandmothers of preschoolers discuss the acceptability and accessibility of beverages. Academic Press. 2017. https://www-sciencedirect-com.rps.hva.nl:2443/science/article/pii/S0195666317300454
5. Richtlijnen goede voeding. Gezondheidsraad. 2015. https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015
6. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. 2008. http://www.partnerschapovergewicht.nl/images/Archief/PON_archief_2009_en_ouder/CBO-richtlijn_Diagnostiek_en_behandeling_van_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen_-_DEF_april_2009.pdf
7. Kroon M, Renders CM, van Wouwe JP, van Buuren S, HiraSing RA. The Terneuzen birth cohort: BMI changes between 2 and 6 years correlate strongest with adult overweight PLOS ONE. Februari 2010. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0009155
8. BMI jongens en meisjes. Voedingscentrum. 2010. https://www.voedingscentrum.nl/professionals/kindervoeding-0-4-jaar/babyenkindervoeding/bmi-jongens-en-meisjes.aspx
9. Groeidiagram 1-21 jaar Meisjes NL. TNO. 2010. https://www.tno.nl/media/4759/nmcx1.pdf
10. Groeidiagram 1-21 jaar Jongens NL. TNO. 2010. https://www.tno.nl/media/4754/njcx1.pdf
11. Epstein LH, Wing RR, Penner BC, Kress MJ. Effect of diet and controlled exercise on weight loss in obese children. J Pediatr. 1985:107-358-361.
12. Bennett G. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change addictive behavior. New York: The Guilford Press; 2002:33-5
13. Borrello M, Pietrabissa G, Ceccarini M, Manzoni G, Castelnovo G. Motivational Interviewing in Childhood Obesity Treatment. Frontiers in Psychology. 2015. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01732/full
14. Handley M, Macgregor K, Schillinger D, Sharifi C, Wong S, Bodenheimer T. Using Action Plans to Help Primary Care Patients Adopt Healthy Behaviors: Descriptive Study. Journal Of The American Board Of Family Medicine. 2006. http://www.jabfm.org/content/19/3/224.long
15. Kist-van Holthe J, Beltman M, Bulk-Bunschoten AMW, L'Hoir M, Kuijpers T, Pijpers F, Renders CM, Timmermans-Leenders EP, Blok D, van de Veer M, HiraSing RA. Overgewicht

preventie, signalering, interventie en verwijzing. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Mei 2012. https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/JGZ-richtlijn_overgewicht_def11.pdf
16. Van Mil E, Struik A. Overgewicht en obesitas bij kinderen. Verder kijken dan de kilo's. Eerste druk. Amsterdam: uitgeverij Boom; 2015. P. 149.
17. JOGG-aanpak. Jongeren op gezond gewicht. https://jongerenopgezondgewicht.nl/jogg-aanpak
18. Groene Hart Dieetadvies, vergoeding. Stichting Groene Hart Ziekenhuis. 2018. https://www.ghz.nl/media/848499/dieetadvies-vergoeding-brief-2018.pdf
19. Braet C, Winckel MV. Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. Behavior Therapy; 1999. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789400800040
20. Stalenhoef A. Het geven van voorlichting en advies. Tijdschrift voor praktijkondersteuning. 2009. https://link.springer.com/article/10.1007/BF03086535
21. Afspraak maken Dieetadvies. Groene Hart Ziekenhuis. https://www.ghz.nl/specialismen/dieetadvies/afspraak-maken-dieetadvies/
22. Werkwijze Groene Hart Dieetadvies. Groene Hart Ziekenhuis. https://www.ghz.nl/specialismen/dieetadvies/werkwijze-groene-hart-dieetadvies/
23. Fischer J, Julsing M. Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Tweede druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers; 2014. P. 19-24, 50-3, 92-103, 109, 168.
24. Boeije HR. Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen. Tweede druk. Amsterdam: Boom Lemma; 2014. Hoofdstuk 1-8.
25. Maxqda, software for qualitative and mixed methods research. The art of Data Analysis. https://www.maxqda.com/
26. Fischer T, Julsing M. Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Tweede druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers; 2014. P. 66-8.
27. Vilches-Gil J, Galvan-Portillo, Klünder-Klünder M, Cruz M, Flores-Huerta S. Food habits, physical activities and sedentary lifestyles of eutrophic and obese school children: a case–control study. BMC Public Health. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1491-1
28. Redman LM, Heilbronn LK, Martin CK, Jonge LD, Williamson DA, Delany JP, et al. Metabolic and Behavioral Compensations in Response to Caloric Restriction: Implications for the Maintenance of Weight Loss. PLOS ONE. 2009. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2634841/
29. Seidell JC, Visscher TLS. Voeding en Gezondheid – Obesitas. Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde. 2003. https://www.ntvg.nl/artikelen/voeding-en-gezondheid-obesitas/volledig
30. Van Mil E, Struik A. Overgewicht en obesitas bij kinderen. Verder kijken dan de kilo's. Eerste druk. Amsterdam: uitgeverij Boom; 2015. P. 168.
31. Matthews C, Chen K, Freedson P, Buchowski M, Beech B, Pate R, Troiano R. Amount of Time Spent in Sedentary Behaviors in the United States. NCBI. 2003-2004. 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3527832/
32. Praten over Gewicht. Informatiemap voor de JGZ om overgewicht te bespreken met ouders. 2018. https://webshop.voedingscentrum.nl/pdf/032%202018.pdf
33. L'Hoir MP, Beltman M, van Sleuwen BE, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM. Kansrijke elementen in de preventie van overgewicht bij jonge kinderen. Voldoende slaap en een gezaghebbende opvoeding. Tijdschrift Geneeskunde. 2008. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF03078203.pdf
34. Rieber L. Seriously Considering Play: Designing Interactive Learning Environments Based on the Blending of Microworlds, Simulations, and Games: A bi-monthly publication of the

Association for Educational Communications & Technology. Educational Technology Research and development. https://link.springer.com/article/10.1007/BF02300540
35. Rhee K, Jelalian E, Boutelle K, Dickstein S, Seifer R, Wing R. Warm Parenting Associated with Decreasing or Stable Child BMI During Treatment. Inc Publishers. 2016. https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/chi.2015.0127
36. Perri M, Sears S, Clark J. Strategies for improving maintenance of weight loss. Toward a continuous care model of obesity management. NCBI. 1993. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8422776
37. Dalle Grave R, Melchionda N, Calugi S, Centis E, Tufano A, Fatati G, Fusco M, Marchesini G. Continuous care in the treatment of obesity. An observational multicenter study. Journal of Internal Medicine. 2005. https://www.unich.it/med/papers/specialistica/vitacolonna/prof_e_vitacolonna_5.pdf
38. Brown R, Ogden J. Children's eating attitude and behavior: a study of the modelling and control theories of parental influence. Health Education Research. 2004. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3527832/
39. Hammons A, Fiese B. Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? Gateway. 2011. http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/e1565.short

Bijlagen

Bijlage I: Tabellen BMI van jongens en meisjes 6-12 jaar

Leeftijd	BMI bij ernstig onder-gewicht	BMI bij onder-gewicht	BMI bij gezond gewicht	BMI bij over-gewicht	BMI bij ernstig over-gewicht (obesitas)
6	minder dan 12,50	12,51-14,06	14,07-17,54	17,55-19,78	meer dan 19,78
7	minder dan 12,42	12,43-14,03	14,04-17,91	17,92-20,63	meer dan 20,63
8	minder dan 12,42	12,43-14,14	14,15-18,43	18,44-21,60	meer dan 21,60
9	minder dan 12,50	12,51-14,34	14,44-19,09	19,10-22,77	meer dan 22,77
10	minder dan 12,66	12,67-14,63	14,64-19,83	19,84-24,00	meer dan 24,00
11	minder dan 12,89	12,90-14,96	14,97-20,54	20,55-25,10	meer dan 25,10
12	minder dan 13,18	13,19-15,34	15,35-21,21	21,22-26,02	meer dan 26,02

Figuur 1: Beoordeling van de BMI bij jongens tussen de 6-12 jaar.

Leeftijd	BMI bij ernstig onder-gewicht	BMI bij onder-gewicht	BMI bij gezond gewicht	BMI bij over-gewicht	BMI bij ernstig over-gewicht (obesitas)
6	minder dan 12,32	12,33-13,81	13,82-17,33	17,34-19,65	meer dan 19,65
7	minder dan 12,26	12,27-13,85	13,86-17,74	17,75-20,51	meer dan 20,51
8	minder dan 12,31	12,32-14,01	14,02-18,34	18,35-21,57	meer dan 21,57
9	minder dan 12,44	12,45-14,27	14,28-19,06	19,07-22,81	meer dan 22,81
10	minder dan 12,64	12,65-14,60	14,61-19,85	19,86-24,11	meer dan 24,11
11	minder dan 12,95	12,96-15,04	15,05-20,73	20,74-25,42	meer dan 25,42
12	minder dan 13,39	13,40-15,61	15,62-21,67	21,68-26,67	meer dan 26,67

Figuur 2: Beoordeling van de BMI bij meisjes tussen de 6-12 jaar.

Bijlage II: Interviews
In deze bijlage zijn de zeven afgenomen interviews volledig uitgeschreven. Persoonlijke gegevens van de respondenten zijn anoniem gemaakt.

Interview R1
Wie: Diëtist GHDa
Datum: 30 oktober 2018
Duur: 25 minuten

P1: Interviewer
P2: Respondent

P1: Bedankt dat u tijd heeft gemaakt voor dit interview.
P2: Ja, Geen probleem.
P1: Hoelang werkt u al op de polikliniek?
P2: Ehm… Ik denk nu al zo een vier jaar. Ik werk poliklinisch en klinisch.
P1: oke, een afwisseling. Ehm… nou voordat de behandeling begint, wordt er dan een omgevingsanalyse gemaakt van de patiënt?
P2: Zo, dan moet je mij even uitleggen wat een omgevingsanalyse is.
P1: oke, ehm… of jullie, voordat een behandeling begint, de achtergrondinformatie van een patiënt in kaart brengen. Dus ehm… factoren waar rekening mee moet worden gehouden als de woonomgeving of de samenstelling van de familie, ehm… of bijvoorbeeld cultuur.
P2: Ah, nou in zoverre, kijk, van te voren ehm.. Nee, want daar hebben wij simpelweg geen tijd voor. Het hier is natuurlijk wel echt, uhm.. ja, consulten draaien achter elkaar. Dus ehm… wat ik wel doe als een patiënt bij mij komt is, in dat eerste consult, in dat uur vraag ik wel na, hoe zit het hé, ehm… Broertjes of zusjes, school ehmm, naja eigenlijk een beetje het sociale plaatje vraag ik vaak na, en ehhh hoe ziet de beweging, medische dingen weet je natuurlijk want dat heb ik al bekeken van tevoren. Mochten er medische dingen zijn. Maar in principe kom ik daar tijdens het gesprek achter. Het is niet dat ik dat al van tevoren heb gedaan.
P1: Oké, dus het komt meer aan bod in het eerste consult.
P2: Ja.
P2: Ik kom hier later natuurlijk wel op terug indien nodig hé.
P1. Ja. Want wat zijn dan momenten dat het, dat het ehm.. je er wel op terugkomt?
P2: nou, consulten erna. Kijk, zeker met kinderen vraag ik altijd even van goh, hoe gaat het op school hé, en ehm sport en dingen en zo ook om het kind een beetje op zijn gemak te laten voelen en dat het vanzelf gaat brabbelen en, en een verhaal gaat houden.
P1: Ja.
P2: Maar goed, weet je ze komen hier uiteraard voor de voeding. Maar ik probeer het gesprek met kinderen altijd zo te doen dat zij ook een beetje kunnen vertellen he, wat er gebeurd en ehm ik koppel het aan het eind van het jaar, sinterklaas en ehm.., kerst dat soort dingetjes, zomervakantie, je kent het wel.
P1: haha, ja. Zijn er dan wel momenten dat je merkt dat ehm, stel een kindje heeft een bepaalde afkomst of cultuur..
P2: hahaha, ja dan ga ik niet over kerst beginnen, inderdaad als het eh, als het een moslim ehm even een voorbeeld, nee, nee inderdaad.
P1: Maar neemt u dit dan mee in het voedingsadvies vervolgens?
P2: Ja, tuurlijk. Nee, ja, het heeft geen zin om dan ehh om dan geen rekening mee te houden want dan wordt het advies ook niet opgevolgd.
P1: Ja, oke. Dus ehm de nodige achtergrondinformatie wordt dan in het eerste consult besproken van het kindje?
P2: Ja, nou meestal moet ik wel zeggen, het is niet dat ik altijd letterlijk navraag, maar negen van de tien keer he, zie, zie je natuurlijk wie er tegenover je zit.
P1: Ja.

P2: En kan je wel een inschatting maken, en dan vraag ik het ook wel is hoor, van goh waar, eh wat is je afkomst, naja. Maar negen van de tien keer hoef je dat niet letterlijk na te vragen, komt het gewoon tijdens het gesprek naar voren.
P1: Oke, helder. En wat komt er nog meer aan bod tijdens het eerste consult?
P2: Ja, eigenlijk de standaard dingen, die je denk ik ook wel ehh, bij, bij een volwassene eh, lengte en gewicht, voedingsanamnese afnemen, ehm, wat is het probleem, waarvoor zijn ze hier bij mij? Uitleg soms over een, over een ziektebeeld, of over een ehm, eh over hoe we het kunnen aanpakken, en ehm soms ook met het kindje van waar loop, als ze wat ouder is, waar loop jij tegen aan? Nou, kinderen met overgewicht worden wat vaker gepest natuurlijk hé, wat zouden redenen voor hun zijn, waarom zij graag willen afvallen? Ja, ik heb daar niet, tenminste het zijn voor mij heel standaard dingen die ik afvink maar ik heb daar totaal geen structuur daar in, hoe een gesprek gaat zeg maar. Het komt altijd aan bod, maar het is niet dat het nou stapsgewijs dat je het zo kan afvinken van ehm nee, het gesprek moet gewoon een lekkere flow hebben. En ehh.
P1: Ja, je houdt niet een gebruikelijke volgorde aan…
P2: nee.
P1: en denk je dat, ehm de behandeling verschilt dan denk je best wel per diëtist best wel?
P2: Ehm, nou ik denk dat iedereen wel dezelfde punten afcheckt, aan het einde van elk gesprek denk ik dat iedereen dezelfde dingen heeft gevraagd alleen ieder op zijn eigen manier, en ieder eh, eh, misschien een net iets andere volgorde, en ja, natuurlijk hé, uitleg komt voor advies en dat soort, zijn in in mijn ogen, hele logische dingen, je gaat niet achterstevoren beginnen te werken haha, maar ehm, ik denk wel dat ieder dat op zijn eigen, eigen manier doet. Ik denk dat dat ook wel de kracht is juist.
P1: Ja.
P2: Want ehm, ja nogmaals, soms past een persoon bij de ene diëtist beter dan bij de ander, gewoon op, net hoe iemand is, en aanpakt, of er een klik is, dus ehm, dat is denk ik wel het goede, dat het niet allemaal zo stapsgewijs is, of wij allemaal hetzelfde doen.
P1: ja, en die voedingsanamnese, ehm, op welke manier wordt die afgenomen?
P2: Ehm, in principe loop ik gewoon de voeding door, hé uhm, nou goed ehm wat heb je bijvoorbeeld ontbeten, nah ehm tussendoor, lunch of in de middag, eh, eh avondeten eventueel tussendoor, goh, hoe zien de weekenden eruit? Zijn er nog bijzonderheden die je nog niet gehoord hebt, he, dat vraag ik altijd na. Zijn er dingen die nu niet benoemd zij, maar wel belangrijk zijn? Nah, dat ik eigenlijk gewoon eh, een goed groot globaal beeld heb.
P1: Dus het is een soort 24-h en dan…
P2: In principe wel, kijk zijn er bijzonderheden dan wordt er nog wel is een dagboek bijgehouden, of eh, dan, dan heeft de kinderarts al gezegd, goh hou een dagboek bij, makkelijk voor de diëtist. Dat gebeurt ook weleens maar dan nog check ik, lopen wij samen met eh, eh de ouders en eventueel kinderen het door.
P1: oke. Ehm, en de behandeling, hoe komt die precies tot stand? Want er is dus wel sprake van eigen inbreng tijdens het consult maar is er wel een bepaald protocol die iedereen volgt? Of die alle diëtisten volgen?
P2: Eh, nah dan moet ik eerlijk zeggen dat ik, het gaat nu voornamelijk om kinderen met overgewicht in dit geval hé, uhm ja wat ik toch eigenlijk vooral kijk is, belangrijk is natuurlijk hun voeding, goede richtlijnen goede voeding moeten zij aan komen. Uhm, ga ik negen van de tien keer, ja zit een kindje niet voor niks bij mij en is er gewoon echt wel al heel wat aan te passen in dat voedingspatroon, dat is gewoon vaak zo. Dus dan is het eigenlijk gewoon zo, en richtlijnen goede voeding wat ik aanhoud maar wat energiebeperkter, maar ehm het is niet zo dat als bij een volwassene, die soms, echt, best wel, nah een radicaal dieet kan zetten bewijs van spreken. Dat klinkt nu wel heel streng, maar uhm bij een kind gebeurt dat eigenlijk vrij wel niet eigenlijk. Dus dan is het toch vaak dat je energie gaat beperken, en ehm, soms zijn dat niet eens hele grote stappen maar negen van de tien keer is het gewoon terug naar gezonde basisvoeding.
P1: Ja.
P2: Ehm, wat wij dus als gezonde basisvoeding heel normaal vinden is dus in heel veel gezinnen naja, zo normaal nog niet. Dus ik denk, dat dat is hoe ik handel in ieder geval.
P1: Ja, en je noemde die energiebeperking dus er is niet een bepaald
P2: We hebben wel een richtlijn hoor, voor energiebeperking. Ehm dat wel, en kijk tuurlijk, je hebt, je hebt groeicurves en dergelijke, maar ik denk altijd laat ik eerst, zeker met afvallen, laat eerst de, de, de

omschakeling naar gewone voeding, gezonde voeding laten maken, en dan eens kijken wat dat met het gewicht doet, en eh, uiteraard hou je daar wel een groeicurve bij, het moet allemaal niet te gek worden en ze groeien vaak ook nog, dus daar hou je ook rekening mee. Het is echt, ik vind het altijd heel erg maatwerk, maatwerk en per keer bekijkend eigenlijk. Het is ehm, maar dat vind ik sowieso in de diëtiek hoor, geen een patiënt is hetzelfde en ehh ik hou in dat betreft ook niet zo van standaard standaarden zeg maar. We hebben natuurlijk heel veel protocollen en tuurlijk kijken we ernaar en houden, ja maken we er gebruik van maar ik vind, ieder persoon is een individu op zich en je kijkt dus naar iedereen apart.
P1: Ja.
P2: Daar handel je naar.
P1: Krijgen ze bijvoorbeeld wel bepaalde subdoelden of uitgangspunten mee naar huis waar ze zich aan houden?
P2: ja. Want de adviezen bespreek ik eigenlijk aan het einde, met ehm.. de ouders en het kind. Negen van de tien keer geef ik die of op de mail ehm, of ik doe ze op papier, of ik maak een voorbeeld dagmenu dat gebeurd ook nog wel is, ehm en daarnaast geef ik ook, we hebben wel een richtlijn energiebeperkt, nou dat is niet perse het advies of maat hé maar dat kunnen ze wel ideetjes uithalen, gewoon om een beetje te denken hé van hey, hoe kan ik dat dan aanpakken, uhm. Dus dat geef ik wel mee, maar uiteindelijk is dat ehm, altijd een advies wat ik zei per persoon verschillend. Dus bij de een kan dat zijn hé dat we die frisdranken wisselen voor een of ander, en dat gaan we aanpassen en bij die persoon of kindje wat daarna komt kan het weer hé, zijn het weer hele andere problemen die we weer aanpakken dus ja we krijgen wel altijd advies op hun jij het noemt naar huis om mee aan de slag te gaan.
P1: ja.
P2: Ja.
P1: Oke. Ehm.. en hoe kom je achter de motivatie van de patiënt?
P2: uhm, naja bij volwassenen is dat makkelijk vind ik, want dan hem. Ehh, vraag i het soms wel eens nah hé, van bent u doorgestuurd door de arts of omdat u het zelf wilde, dat vind ik al heel belangrijk. Bij een kind is dat natuurlijk wat lastiger, eh, ehm, dan vraag ik, kijk als ze soms wat ouder zijn al, wat zijn dan de voordelen, waarom zou jij het willen of ehm, moet het misschien van de dokter of eh wat zijn de redenen soms kan je bij een kind ook wel wat achterhalen maar, het het is vooral belangrijk hoe denkt de ouder erover, want als de ouder al denkt van nou, wat een onzin dat mijn kind naar de diëtist moet, dan, ja, nah, kansloos wil ik niet zeggen, maar dan wordt het wel een moeilijk verhaal, kijk het is natuurlijk ook heel erg, ziet die ouder het belang in van het gewichtsverlies en zo niet, ehm, hoe kan ik dan die ouder duidelijk maken wat de voordelen zijn en waarvoor het belangrijk is om he,wel af te vallen of om wel een gezond gewicht te krijgen, dus ja in zekere zin ga ik dat wel na, maar ook dat proef je heel erg tijdens een gesprek, hoe zit iemand tegenover je, weet je? Of zit hij de hele tijd op zijn telefoon, dat gebeurd natuurlijk ook, kijk je kan het je niet voorstellen misschien, maar zo zitten ouders er wel soms bij, terwijl een kindje van 8 dan het woord doet. Dan denk ik, ja ik weet niet hoor.
P1: Dus er wordt ook veel gekeken naar de motivatie van de ouder in plaats van alleen van het kindje?
P2: Ik, ik persoonlijk kijk daar wel naar, kijk, uiteraard als het bij het kind mogelijk is, vraag ik het ook bij het kind maar ik vraag het ook altijd bij de ouder wel ehm.. wel na. Maar dat moet ik wel zeggen, dat komt men name aan bod, als ik er over twijfel. Het is niet een standaardvraag ofzo.
P1: ah, oke. Nee precies. En het vervolgconsult, wat komt daar aan bod? Is deze er altijd? Nou meestal met afvallen is die er wel altijd, want ja, ja, daar ben je natuurlijk niet een, twee, drie klaar mee. Ja, en uhm, in principe moet je het, kun je het ook wel even de tijd geven, maar zeker bij opstarten vind ik dat er ehh vier weken tussen kan zitten en ehm even kijken waar zij tegen aanlopen, hoe het gaat enzo. En eh ja, als het gewoon goed gaat, mag er naar mijn mening mag er best wat langer tijd tussen zitten bij kinderen. Twee maanden of soms drie maanden.
P2: oke.
P1: Als ’t loopt
P2: ja.
P1: Bepalen zij zelf of ze terug willen komen?
P2: In overleg.
P1: oke, in overleg. Is het wel eens voor gekomen dat patiënten niet meer terugkwamen?
P2: uhmm, ja hoor tuurlijk. Er zijn natuurlijk mensen die dan… Dat zijn meestal de mensen die al niet

zo gemotiveerd zijn. Die denken dan nee joh we hebben dat advies al en en dan kunnen wijzelf wel naja, dan denk ik, naja weet je nogmaals, het is een een advies wat wij geven, uhm, het is allemaal, zij moeten het doen, wij kunnen het niet voor ze doen. Dus in dat opzicht denk ik wel van ja.. ehm.. ik kan je niet dwingen om terug te komen en dan wil ik ook helemaal niet want daar heb ik helemaal niks mee gewonnen.
P1: Ja, nee ze moeten het wel zelf willen.
P2: Ja.
P1: en , ehmm op wie wordt het gesprek dan vooral gericht?
P2: hoe bedoel je? Op ouder of kind?
P1: Ja, precies.
P2: uhm, dat vind ik onwijs verschillend per situatie, ja eh een jongetje of meisje van twee ga ik natuurlijk met name met de ouder praten maar ik vind wel dat als het een kind van de middelbare, of eh middelbare school, dan vind ik sowieso dat je het met het kind moet voeren haha
P1: ja, haha.
P2: Maar ik bedoel basisschool, dan vind ik het eigenlijk heel belangrijk om met beide te voeren, het gesprek en beide ouders erbij te betrekken, en niet alle antwoorden die ze van hun moeder of vader horen maar dan ben ik ook benieuwd naar ehh ja naar wat hij of zij te melden heeft.
P1: ja.
P2: Dus dan richt ik het wel echt op beide. Ik denk dat het onwijs leeftijd afhankelijk is.
P1: Zit dat dan tussen een bepaalde leeftijd in?
P2: Ja, je hebt ook weleens kinderen die slaan helemaal dicht bij een diëtist, die denken dan ziekenhuis, haha, eng, dus ja daar bereik je niks mee. Dus ja ik heb daar geen bepaalde leeftijd voor, dat, dat voel je gewoon in een gesprek aan.
P1: ja. Stel het kindje heeft het erover dat hij elk weekend bij zijn oma is. Uhmm wordt die persoon dan in de behandeling betrokken?
P2: nou, wat ik dan, dan ga ik meestal het gesprek met de ouder aan van hé goh, hoe gaat het dan bij oma en kan er ook een oma gesproken worden over wat wij hier doen en is oma op de hoogte, dus ehm via de ouders probeer ik daar dan wel ehm, ja in te sturen, jazeker absoluut. Maar oma zal waarscheinlijk niet op spreekuur komen, haha.
P1: oke, die wordt niet helemaal
P2: Nou ze mag altijd meekomen natuurlijk, maar dat is gewoon niet hoe het in de praktijk gaat.
P1: ja, oke. En de kennis van het kindje zelf, op welke manier wordt die getest? Hoeveel kennis een kindje heeft?
P2: Nou ik denk gaandeweg dat ehh, kinderen sowieso wel ehm kennis krijgen hé, omdat zij bezig zijn en ehm soms hé, vragen wij het ook weleens na als zij wat ouder zijn, bijvoorbeeld een jaar of 8 dan denk ik van goh, denk je dat dit gezond is? Naja, we hebben van die mooie poster hierachter natuurlijkook, daar kan je die natuurlijk ook bij betrekken en dan die suiker, even, in zekere zin denk ik dat het altijd wel aan bod komt maar het is niet het eerste wat er in een gesprek aan bod komt.
P1: nee.
P2: Het zijn meer dingen, dat gaandeweg besproken wordt.
P1: Je benoemde het voorlichtingsmateriaal, en je had het eerder ook over de verschillen tussen de behandeling voor kinderen en volwassene. Zijn er andere dingen waarin een behandeling van een ouder heel erg verschilt met een behandeling van een kindje?
P2: ja, ik vind het een wereld van verschil. Haha. Ik zie zelf meer volwassene dan kinderen, dat sowieso, maar tuurlijk ik heb ze ook op mijn poli want dat is het met de poli, je weet nooit precies, wat er op je poli komt, als je die ochtend begint. Maar ik vind ja met de volwassene praat je gewoon op een heel ander niveau. Dat sowieso. Ehmm en daarnaast ehm.. uitleg. Ik heb niet met ouders te maken dan. Je hebt het dan direct tegen een volwassene. Ja, ehh, ja ik vind het ehm buiten de berekenen die heel anders zijn natuurlijk, de groeicurve waar je rekening mee moet houden, nee het is wel een totaal twee taal verschillende vormen van diëtiek vind ik.
P1: Ja, en als we meer kijken naar behandelingsgericht. Let je bijvoorbeeld op ander woordgebruik of houding? Dat soort dingen.
P2: Ja, ook, zeker.
P1: Oke, en is er, kan jee een voorbeeld geven van voorlichtingsmateriaal waar je graag mee werkt wat niet persé materiaal hoeft te zijn wat er al is?

P2: haha, waar ik graag mee werk maar wat we niet hebben bedoel je eigenlijk?
P1: haha, nee, nou of wat er wel is, mag beide.
P2: Nou, kijk, weet je wij hebben bijvoorbeeld richtlijn energie uhm beperkt voor kinderen wat ik er nog weleens bij wil pakken. Wat ik zei de plaatjes hier op de muur, pakjes drinken, er ligt daar een richtlijn goede voeding, we hebben tegenwoordig ook een portiegrootte boek, dat is ook wel handig, uhm, dat zijn eigenlijk dingen waar ik voornamelijk gebruik van maak.
P1: Dat is voldoende?
P2: De producten die er staan, dat is voor mij zo ver wel voldoende.
P1: Ja, oke, en qua tijd, uhm heb je het idee dat er ehm, of ja hoeveel tijd zou je willen gebruiken voor een eerste en vervolgconsult?
P2: Wij gebruiken voor een eerste consult een uur de tijd, ehhm moet ik zeggen met een kindje met overgewicht red ik dat ook meestal wel. Ja heeft een kind een afbuigende groeicurve wordt het veel ingewikkelder en moet ik het redden in de tijd maar dan heb ik, dat red ik gewoon niet. Dus wat dat betreft voor overgewicht, red ik, red ik dat in een uur wel. Daarna krijg ik nog controles wat een half uur duurt, wat prima is.
P1: Dat lukt wel altijd binnen de tijd?
P2: Ja maar dat komt natuurlijk ook wel omdat je altijd gewoon, je bent het gewend.
P1: Ja, dus je stelt je er wel op in.
P2: ja.
P1: Heb je af en toe wel het gevoel van had ik maar wat langer de tijd?
P2: Tuurlijk! Maar dat heb ik niet alleen bij kinderen dat heb ik ook wel bij alle patiënten maar eh ja je werkt binnen bepaalde tijd. Dus ehm, ja.
P1: Zijn er dan bepaalde dingen die je had willen in die extra tijd?
P2: Ja, nou kijk, soms is een gesprek hé, dan duurt het even voordat het goed op gang komt. Of ehm sommige mensen zijn heel lang van stof dat maakt het dat een gesprek langer duurt. Dus dat ja dat is het met name. Soms loop een go, gesprek wat anders dan je had verwacht, spelen er toch een hele hoop privéproblemen ineens die allemaal op tafel komen, dat is natuurlijk ook, hé, ja soms ben je half een psycholoog. Dus wat dat betreft kan je soms zo goed mogelijk willen sturen, en bedenken dat je het zo en zo wilde doen, en dan gaat het ook anders.
P1: Dus niet bepaald een ding waarvan je waar van je dacht had ik daar nu nog maar even tijd voor.
P2: niet binnen dit onderwerp nee.
P1: nee, oke. En je hebt het al een beetje genoemd, het resultaat waar jullie naar streven, dat dat dus heel erg persoonlijk bepaald wordt, maar hoe komt die uhm hoe bedenk je per patiënt wat het resultaat moet zijn?
P2: Je kijkt uiteraard naar lengte en gewicht, waar zitten ze op de curve, waar hadden ze moeten zijn? Waar moeten ze naar toe? Waarop baseer je dat, en natuurlijk, ehh ik weet niet precies uit mijn hoofd hoeveel procent gewichtsverlies dat is al weer gezondheidswinst en dergelijke maar waar, procenten en cijfers zijn prachtig, maar eerst maar is kijken, starten en kijken of het lukt, en gaande weg kan je natuurlijk altijd je doelen bijstellen of aanpassen of veranderen hé, uhm wat dat betreft wordt het, gebeurd dat ook nog wel is.
P1: en geeft het kindje dan bijvoorbeeld ook aan, komt het vaak voor dat een kindje zegt dit is waar ik graag naar toe wil?
P2: Nee. Kinderen zeggen nooit, nee. Een adolescent, die zal het aangeven maar een kind, nee die verder niet. Die denkt meer in goh ik zou graag dat aan willen, en dit en ik wil weer beter kunnen sporten en dat soort dingetjes maar ehm nee.
P1: Verder niet. Zijn er veel redenen die kindjes benoemen waarom het niet lukt? Dus zijn er redenen die benoemd worden waardoor het afvallen niet lukt?
P2: Uhh ja negen van de tien keer is het toch wel de verleiding van het lekkers en ik denk dat als je ehm, bij vriendjes of vriendinnetjes bent en het heel moeilijk is, en inderdaad hun oma of opa die toch hun kleinkinderen willen verwennen, weet je dat zijn vooral dingen dat het mis gaat, of negen van de tien keer zijn het toch wel de ouders, die het ergens zielig vinden dat hun kind op dieet is, of ehm om het zo maar even te noemen, of dat ze het zielig vinden he, dat het kindje water drinkt bijvoorbeeld ehm op school in plaats van een pakje van ja, ehm, ik denk niet meer dan normaal, maar ehm ja het is toch wel vaker dat ehm, dat het lu, niet lukt omdat de omgeving niet helemaal meewerkt, werken zij wel mee, is de kans van slagen gewoon groter. Zeker omdat kinderen over het algemeen gewoon nog,

ja toch wel zouden moeten luisteren naar een volwassene die het in de goede banen leidt, maar wat ik ook vind wat ik ook altijd wel doe bij kinderen, het blijft een kind. Er moet wel altijd een moment zijn en blijven voor iets lekkers of een snoepmoment zijn. Het is echt niet dat zij dat allemaal helemaal niet meer krijgen.
P1: nee, oke. Wordt die steun van vrienden en familie gerelateerd aan de motivatie volgens jou?
P2: uhm, nou ja, misschien in zekere zin wel, denk ik wel, als jij uhm in een heel bepaald stramien gaat leven, en je weet dat ehm dat het zo en zo ehm ja of van papa en mama moet, dan is het, dan zijn kinderen denk ik eerder geneigd om nee te zeggen inderdaad, dat denk ik wel.
P1: en verder, het ritme wordt dat nmog veel benoemd als factor?
P2: Ritme en regelmaat, absoluut! Ja, dat is ehm ja dat is zo standaard, haha.
P1: haha, oke dus dat zijn wel de twee hoofdredenen, steun en ritme.
P2: ja, nou ritme en regelmaat dat krijg ik er meestal ook wel in hoor, kinderen hebben best wel, negen van de tien keer regelmaat door het leven op school of op tijd naar bed en dat soort dingen, dat gaat meestal wel. Ja, het is met name weet je wat wij onder lunch verstaan, dat dan de lunch bij die of die dan weer heel anders is geweest.
P1: oke, ja. Ehm en stel je merkt na de eerste behandeling dat het gewicht bijvoorbeeld omhoog gaat of ehm de BMI niet verlaagd, dat het resultaat niet in zicht is, wordt er dan wat veranderd is de behandeling?
P2: Uiteraard, ja. Eerst gaan we navragen wat er mis is gegaan, hé. Wat is er gebeurd, het behandelplan, waar loop je tegenaan, dat bespreken wij dan en ehm, naja, wat het natuurlijk ook heel vaak is, is dat niet persé de behandeling foutief is ingezet, dat niet, maar dat gewoon de uitvoering nog niet helemaal gelukt is, en daar zijn dan allemaal redenen voor, nou en dan gaan wij nog is kijken, hé, als wij dat of dat nog is anders aanpassen lukt het dan wel?
P1: Ja.
P2: Dus niet dat die hele behandeling persé altijd veranderd maar negen van de tien keer in de praktijk iets niet goed is gegaan.
P1: Ja, oke. Uhm, dus op de weg ernaar toe zullen er wat aanpassingen gemaakt worden?
P2: ja, dus wat hebben die mensen nodig, om het toch goed te laten slagen? Dat vraag ik ook weleens gewoon hoor. Wat kan ik anders doen?
P1: Wordt er dan veel genoemd? Of is er iets wat regelmatig genoemd wordt?
P2: Naja, uhm de een, dat is natuurlijk ook best wel verschillend, de een die zegt dan toch wat meer handvaten, toch wat meer op papier soms, nah, dan ga ik meer dingen happen, klaren, brokken maken haha laat ik het zo zeggen.
P1: haha, ja.
P2: Dat kan ook weleens zo zijn. Soms gaat het qua voeding dan heel goed, maar in beweging gebeurt er dan heel weinig. Ja je hebt toch echt meerdere punten nodig om het te laten slagen.
P1: Heb jij het idee dat het consult, of de huidige behandeling verbeterd kan worden?
P2: er is altijd ruimte voor verbetering, absoluut.
P1: Zijn er bepaald punten, waar jij van denkt van op dit gebied zou ik het willen verbeteren?
P2: Nou ik ben eigenlijk wel heel benieuwd naar, ik sta open voor nieuwe dingen, en kijk ik heb uhm niet de ruimte en de tijd om ze te bedenken, laat ik het zo zeggen. Dus ik sta heel erg open voor nieuwe inzichten, dus als mensen daar mee komen, dan ja, graag, laat maar komen. Maar wat er nu beter kan, ehm ja ik zou het nu ook niet een, twee, drie zo snel weten. Ik hoop dat jij dat ehm aan het einde van je afstudeeronderzoek te weten komt.
P1: dus er is niet een bepaald iets waarvan je denkt, hé dit moet verbeterd worden?
P2: uhm, nou wat ik al zei, het is zo niet standaard, elk mens is anders, ik zie gewoon wat minder kinderen dan collega's van mij, maar de kinderen die ik in afgelopen tijd heb gezien ehm, gaan wel even door mijn hoofd, er zijn echt succesverhalen bij en er zitten er ook bij die gewoon al, uhm twee jaar komen en bij wie het niet wil lukken. Maar ik weet ook waar het aanligt, ze doen gewoon niet wat er afgesproken wordt. Ze komen wel elke keer trouw. Maar ze doen gewoon niet wat er afgesproken wordt, en de kinderen die het wel hebben gedaan zijn ook wel de kinderen die het tot op heden wel hebben gedaan, ehm ja dat zijn ook wel, nah ik kan natuurlijk alle succesverhalen opnoemen, zijn ook wel degene die hun, hun missie zeg maar herhalen en hun doel bereiken.
P1: ja, ehm, oke. Dit waren ongeveer wel mijn vragen maar zijn er nog punten die ik nog niet genoemd heb, die, waar je wel wat over wil vertellen, of dingen die je kwijt wil?

P2: Nee, ik denk dat je, uhm ik denk dat het prima is zo, haha.
P1: haha, oke. Dus verder geen dingen die handig zijn en mee kan nemen in mijn onderzoek?
P2: Nee, dan moet ik ook heel eerlijk zeggen dat dit interview een beetje tussendoor gefietst is bij mij. Dus eh ik beantwoord met alle liefde je vragen maar ik heb er verder ehm, ook niet echt meer over nagedacht. Zijn er wel nog dingen in de komende tijd, dat zet ik het op de mail en laat ik het je weten, sowieso.
P1: oke, super.
P2: maar voor nu, uhmm, uhmm, nee.
P1: waren dit wel de hoofdpunten.
P2: ja, oke.
P1: nou, oké, dankjewel!
P2: ja, graag gedaan.

Interview R2
Wie: Diëtist GHDa
Datum: 30 oktober 2018
Duur: 19 minuten

P1: Bedankt voor het tijd nemen voor het interview
P2: ja.
P1: Hoelang werkt u al op de polikliniek?
P2: 8,5 jaar.
P1: Alleen op de polikliniek?
P2: uhm, ook klinisch.
P1: ook klinisch, oke. Uhm nou als eerst uhm, wil ik graag weten of jullie voordat de behandeling begint een omgevingsanalyse maken?
P2: en wat bedoel je daar precies mee?
P1: uhm, wordt er in kaart gebracht wat de achtergrond van de patiënt is? Dus bijvoorbeeld uhm, samenstelling van de familie, de buurt waar in hij is opgegroeid, cultuur enzo?
P2: uhum, gedeeltelijk, ik kijk niet echt naar, naja, ik weet of ze uit Gouda komen en in welke buurt ze dan wonen, ja, wat voor soort buurt het is, dat wel, uhm, waar ik wel naar kijk inderdaad, ik bereid mij altijd voor door uhm, door het dossier van de arts te lezen. Hé, als er contact is met een kinderarts. Uhm, en dan, dan kijk je wel naar het sociale ascpect wat daar beschreven staat, he, uhm, zijn de ouders nog bij elkaar, hoe groot is het gezin, uhm, medicatie, dat, dat dan wel.
P1: ja, oké.
P2: maar het is niet dat het volgens een bepaalde structuur gaat, ofzo. Het is meer, als, als het in het dossier staat dan heb ik het en zo niet dat moet ik het aan mijn patiënt zelf vragen.
P1: oke, ja. Zijn er dan dingen die invloed kunnen hebben op het voedingsadvies?
P2: naja, ik dnek het wel, ik dnek dat als een gezin uit meerdere kinderen bestaat bijvoorbeeld uhm, dat je dan wel, uhm die kinderen ook mee moet hebben. Ehm, dat ze dan niet zeggen ‘haha ik mag lekker een snoepje, maar jij niet’ zoiets.
P1: Ja.
P2: Dus, ja ik denk wel dat het van invloed is.
P1: en verder, dingen als cultuur bijvoorbeeld? Of achtergrond verder.
P2: of dat van invloed is bedoel je?
P1: Ja.
P2: ja, dat denk ik wel.
P1: Dus het wordt wel meegenomen in het advies?
P2: Ja. Ik hou er wel rekening mee.
P1: Ja, precies. Oke, en het eerste consult, wat komt daar allemaal aan bod?
P2: uhm, naja, dat wat ik nog niet weet uit het dossier, sociale situatie vraag ik na of ik benoem het nog een keer zodat ik het wel weet hé, dat ik het heb gelezen in het dossier. Uhm, de sociale aspect, dan vraag ik beweging na. Ehm.. de anamnese van de voeding en dan een advies. Dat is wel een beetje wat er aan bod komt, bij mij.
P1: oke, ja. Op welke manier doen jullie het voedingsadvies?
P2: Uhm, ja we vragen wat een gemiddelde dag, hoe een gemiddelde dag eruitziet. Dan vraag ik uhm, wel nog alle uitzonderingen na, bijvoorbeeld het weekend of ehm, als je op woensdagmiddag vrij bent is dat dan anders dan vrijdag? Weet je wel, dat, specifieke vragen.
P1: Ja, oke. Krijgen ze dan nog dingen mee naar huis na het eerste consult?
P2: Uhm, ja, of ik geef dat boekje van schijf van vijf, of ehm, we hebben ook zo een, zo een boekje van het voedingscentrum, misschien heb je hem gezien bij Renee of, uhm, ja dat geef ik mee, ehm, voorbeelddagmenu, eventueel nog richtlijn energiebeperkt bij kinderen, die hebben wij zelf ook op de schijf staan.
P1: ja, oke, en op basis waarvan beslis je wat een kindje wel of niet meekrijgt? Dus wanneer krijgt een kindje bijvoorbeeld wel of geen dagmenu mee?

P2: Ehm, ja kijk als een kind het al heel goed doet, en je moet ehm, bijvoorbeeld alleen de dranken eruit halen, dus ehm, sapjes of pakjes bijvoorbeeld, dan is het een ander verhaal dan dat die hele voeding moeten omgooien.
P1: Ja.
P2: Dus dan zou ik eerder een voorbeelddagmenu meegeven.
P1: en ehm, die behandeling in totaal, hoe komt de totale behandeling tot stand? Is er bijvoorbeeld een bepaald protocol wat jullie volgen?
P2: Nee. Ik volg geen protocol, ik weet niet hoe de rest dat doet, haha, maar nee niet specifiek.
P1: Dus op basis waarvan komt de behandeling tot stand, hoe weet je wat je moet doen tijdens de behandeling en op welk moment?
P2: Op basis van ervaring? Ja.
P1: oke, dus er zijn geen aangeleerde standaarden verder waar je gebruik van maakt?
P2: hm.. nee niet specifiek.
P1: er is geen standaard wat je moet opvolgen zeg maar?
P2: ehm, nee.
P1: en, ehm, is er bijvoorbeeld wel iets wat vaak gebruik wordt als uitgangspunt, dat je bijvoorbeeld zegt van dit is bijvoorbeeld ehm, zoveel kilocalorieën minder? Want bij een volwassene is dat best wel gericht op 600 kcal minder.
P2: ja, nee, ik ga pas rekenen op het moment dat het niet lukt om af te vallen. Weet je, vaak zie je wel op basis van voeding ehm, wat er gewijzigd kan worden als je de schijf van vijf ernaast legt. Ehm, hé, als die inzet niet werkt dan ga ik rekenen, dan ga ik kijken hoeveel calorieën komen erbinnen, hoeveel heeft het kind nodig, en wat kunnen wij beperken. Maar in principe is dat niet waar ik mee begin.
P1: oke, nee, dus de behandeling wordt vooral heel erg gericht op wat wordt er nu vooral gegeten en hoe kunnen wij dat verbeteren, of ehm aanpassen waardoor er beter gegeten wordt.
P2: Ja.
P1: oke, en krijgen ze dan bijvoorbeeld, aan het einde van de behandeling, wordt er dan een overzichtje gemaakt, of hoe weten de kinderen dan hoe ze aan de slag moeten? Krijgen zij bijvoorbeeld drie subdoelen mee naar huis, waar ze aan kunnen werken, of hoe doen jullie dat?
P2: naja, kijk, in principe, is het doel, ten minste in mijn optiek, is het doel, ehm, ehm, in ieder geval niet verder aankomen, dus stabiliseren gewicht, en ehm hierbij de lengte laten toenemen en, ehm, dan heb je nog je adviezen die je meegeeft want waar kan je nu specifiek op letten?
P1: die krijgen ze wel mee?
P2: Dat is wat ik, ja, naja mondeling meegeven. Kijk, ik geef het ze niet op papier mee.
P1: oke.
P2: Tenzij ik het op het voorbeelddagmenu zet. Als het meedere adviezen zijn, komen ze al snel op het voorbeelddagmenu terecht.
P1: Ja, oke, en de motivatie van de patiënt, hoe kijken jullie daarnaar?
P2: uhm, dat vraag ik gewoon na, ja, dat vraag ik na. Heeft de dokter je gestuurd of ben je zelf gekomen? Hoe vind je het zelf dat je doorgestuurd bent door de dokter? Wil je er zelf nog iets mee? Wat vind je moeilijk, dat, ja dat.
P1: oke, en tijdens het gesprek, merk je dat je de behandeling nog aanpast op die motivatie?
P2: ja. Ja, meestal maak je je doel, of in plaats van dat ik met drie adviezen kom, begin ik met 1 bijvoorbeeld, of wanneer ik die motivatie niet, niet heel groot is, want dan kan je natuurlijk zorgen dat je die patiënt zelfvertrouwen geeft door he, als, als een kind aan 1 doel werkt en het lukt, weet je, dan heb je misschien ingang voor iets anders.
P1: Oke, dus dat wordt wel meegenomen?
P2: Ja.
P1: en het vervolgconsult, wat komt er dan aan bod?
P2: hoe het gegaan is, waar de knelpunten liggen, wat juist wel heel goed ging, ehm, ik vraag ook vaak welk cijfer ze zichzelf zouden geven. Welk cijfer zou dit dan zijn en waarom? Dus dat, ehm, aanpassing van adviezen ehm, kijken of het gewicht inderdaad hetzelfde is gebleven of misschien een beetje is afgelopen, uhm dat is een beetje wat ik eh tijdens het consult aan bod laat komen.
P1: ja, komen de patiënten ook vrijwel altijd terug of..
P2: Kinderen met overgewicht laat ik praktisch altijd wel terugkomen.
P1: Ja, kan het ook voorkomen dat het niet zo is?

P2: Nah, dan is het meer een verzoek van de ouders, dat ze even willen horen van oke, zijn we in de, of is het kindje in de goede richting, of niet. Maar het gebeurt vrijwel weinig.
P1: Ze komen vrijwel altijd terug?
P2: ja.
P1: en, ehm, op wie is het gesprek vooral gericht?
P2: ehm, beetje op het kind, beetje op de ouder. Ik probeer altijd wel bij beide wat na te vragen, nah, het ligt ook een beetje aan de leeftijd van het kind hé.
P1: uhu.
P2: Een kindje van zes kan je natuurlijk op een andere manier benaderen dan een kind van tien bijvoorbeeld. Uhm, en is een kind veertien ja dan hé, dan heeft het kind natuurlijk veel meer zicht op wat er op school gebeurd dan, dan de ouders over het algemeen.
P1: Dus bij kinderen tussen de 6-12 jaar, wordt de aandacht wel 50/50 verdeeld zeg maar?
P2: Ja, weet je, ik vraag het meestal aan het kind, en dan, of , ehm, als een kind het heel spannend vindt, gaat het gesprek toch iets meer naar de ouder, dan naar het kind zelf maar ik probeer het kind er altijd wel in te betrekken.
P1: oke, want je vindt het wel belangrijk dat het kindje vooral aan het woord is?
P2: nah, gewoon samen, het is in principe een behandeling voor het kind, het gaat om het kind, en niet om de ouder, uhm tuurlijk een ouder doet boodschappen dus daar moet je dingen gewoon wel aan navragen maar ik denk dat het ook wel goed is om het kind er zelf in te betrekken.
P1: ja, oke. Ehm, en naast de motivatie, wordt de kennis van het kind getest? Hoe kom je er bijvoorbeeld achter of je de goeie woorden gebruikt?
P2: uhm, om te vragen of ze het begrijpen, of ehm, soms merk je het ook aan blikken of aan non verbale houding zeg maar, dat, dat het niet helemaal aankomt. Maar ik probeer wel altijd vergelijken te maken door, door bijvoorbeeld te zeggen, net als dat een autobenzine nodig heeft, net als je lijf, dus, dus ja die vergelijking te maken.
P1: ja, en om daarop door te gaan, wordt de behandeling met kinderen heel anders gemaakt dan bij volwassene? Dus zijn er dingen die erg veranderen omdat het gaat om een behandeling voor kinderen?
P2: naja, je gesprek is natuurlijk heel anders. Met een volwassene kan je meestal wel op een redelijk niveau praten en is het meer uhm, ja het is een heel ander soort gesprek omdat het meer een soort driehoek gesprek is, dan dat je echt een op een met iemand aan het praten bent, dus dat maakt het wel anders.
P1: en zijn er dan verder nog dingen die veranderen als je voorlichtingsmateriaal of je woordkeuze die je aanpast?
P2: Ja, zeker. Ja, een kind kan gewoon niet op hetzelfde niveau spreken als een volwassene, dus wat ik zeg ik probeer wat meer vergelijken te maken, en dat het allemaal wat meer op niveau aan het kind uit te leggen.
P1: en wordt het gebruik van voorlichtingsmateriaal nog aangepast?
P2: nee, dat wat ik, nee, dat is toch meer op de ouders gericht dan op de kinderen.
P1: oké. Is er een voorbeeld van voorlichtingsmateriaal waar je graag mee zou werken, wat niet persé als beschikbaar hoeft te zijn. Dus het mag wel iets zijn wat je al kent en graag mee werkt of juist iets waarvan je denkt, oh dat had ik graag willen gebruiken?
P2: nah, ik zou wat meer bijvoorbeeld een snoepplanner, of weet je, uhm of weet je dat het, dat het kind nog wat meer wordt betrokken bij de behandeling door middel van het voorlichtingsmateriaal, dat hebben we nu gewoon niet echt.
P1: en qua tijd, hoeveel tijd zou je ongeveer willen gebruiken voor een consult, als je dat zelf mocht bepalen?
P2: Hebben wij het dan over een eerste consult of over…
P1: Ja.
P2: uhm, nou ik denk dat wat we aan tijd hebben wel genoeg is, kijk we hebben nu een uur, uhm, nou nadat uur is dat kind echt wel klaar met de informatie denk ik.
P1: ja, oke. En bij een vervolgconsult?
P2: Ik denk dat een half uur ook ruim voldoende is, ja.
P1: Dus het komt niet vaak voor dat je het gevoel hebt dat je tijdgebrek hebt?
P2: nee, niet bij een kind met overgewicht in ieder geval.

P1: nee, oké. Ehm, en het resultaat van de patiënt, hoe komt die tot stand? Dus hoe wordt per patiënt bepaald wat het eindresultaat moet zijn?
P2: ehm, naja, dat ligt een beetje aan de groeicurve denk ik. Ehm, en aan de BMI?
P1: uhum. Wordt daar een bepaald minimum of maximum voor gebruikt?
P2: Hoe bedoel je?
P1: Nou, dat er bijvoorbeeld een minimaal gewichtsverlies moet zijn in bepaalde tijd?
P2: Nee, uhm, nee dat hou ik niet aan.
P1: oke. Dus het resultaat wordt tijdens de behandeling bekeken?
P2: ja, je hebt toch geen invloed op de tijd?
P1: nee, maar ik bedoel er wordt meer gekeken naar het verloop en wat voor resultaat behaald wordt, in plaats van dat er naar een eindresultaat wordt toe getrokken zeg maar.
P2: nee, ik denk, weet je, je weet ook nooit wat het ehm, effect is, ehmm van je adviezen, weet je, ik kan wel zeggen over ongeveer vier weken moet je terugkomen en dan ehm, moet je vier kilo zijn afgevallen maar ja, weet je, heb ik zo veel in die voeding veranderd dat je 2 kilo kunt afvallen, weet ik niet?
P1: ja, misschien dat dat teleurstelling opwekt?
P2: Ja, dus ja, we doen het meestal niet de grootste, ehmm of ja niet te groot, dus echt moeten haalbare doelen zijn en als dat haalbaar is, is de kans op succes groter, en geeft het ook zelfvertrouwen. Ehm, dus ik vind het heel lastig om daar iets aan te hangen van je moet in vier weken twee kilo zijn afgevallen. Want als het niet gelukt is, maar een kindje is maar 1 kilo afgevallen is dat ook heel knap maar dan is het doel niet behaald en dat geeft dan juist denk ik dat die motivatie veel minder wordt, het zelfvertrouwen.
P1: ja, dus er wordt meer gekeken naar wat er behaald wordt en dat wordt dan geprezen of er wordt gekeken naar een aanpassing in de behandeling waardoor het anders kan en wel beter gaat?
P2: Ja.
P1: Oké, en wat zijn de punten die patiënten zelf noemen waardoor de behandeling niet lukt of er geen verlaging in BMI te zien is?
P2: Uhm, meestal zeggen ze door feestjes, geen ritme, uhm ja dat, dat is meestal waarom het niet behaald wordt.
P1: Dus ritme is de hoofdreden.
P2: ja.
P1: En wordt er dan nog iets veranderd in de behandeling op het moment dat het niet beter gaat na het eerste consult?
P2: Uhm, ja. Ligt eraan wat het is, of het te veranderen is. Of heb je het dan over doelen?
P1: Uhm, naja, dat kan. Als een resultaat niet behaald wordt, passen jullie de behandeling dan zo aan dat het misschien op een andere manier wel lukt?
P2: Ja, in principe wel. Ligt eraan wat het is.
P1: Is er een verandering die regelmatig terugkeert?
P2: Op zo een manier, dat bijvoorbeeld, weet ik veel iedere keer iets aanpas dat een kind geen koekjes meer mag ofzo, dat, dat bij ieder kind dat advies niet werkt?
P1: uhm, ja?
P2: Uhm, nee. Ik zou niet een verandering kunnen bedenken die ik vaak terugzie.
P1: Of als je merkt dat er te veel doelen worden gesteld en je merkt dat het te veel is, waardoor je voor 1 doel kiest in plaats van 1?
P2: Uhm, nee. Ik zie ook niet heel veel kinderen met overgewicht dus ik kan ook niet zo veel uhm, ik kan er niet echt een specifiek bedenken.
P1: Oke. Heb je het idee dat het consult kan verbeteren op bepaalde factoren?
P2: Uhm, ik denk dat het voor mij in ieder geval het voorlichtingsmateriaal is. Daar zou ik bijvoorbeeld nog wel wat meer mee willen zeg maar. Uhm, dat kinderen er wat meer in betrokken worden.
P1: Wat is het dan, waardoor het voorlichtingsmateriaal kan helpen?
P2: Uhm, ik denk zodat ze er thuis ook nog mee bezig kunnen zijn zeg maar. Ja, en anders is het zeg maar zo van je gaat bij de diëtist weg en dan ben je thuis, en dan? Ja, dan zie je ook wel dat het een beetje wegzakt en uhm, wegebt wat er allemaal besproken is terwijl als je thuis op een leuke manier een kind er meer mee aan de slag kan laten gaan uhm, denk ik wel dat het misschien wat meer effect

geeft. Dat het kindje misschien zelf ook aan de omgeving kan uitleggen waar het aan werkt, of uhm weet je wel, dit heb ik meegekregen daar ben ik nu mee bezig. Dat, ja.
P1: Dus meer een houvast voor thuis.
P2: Ja.
P1: oké, uhm dit waren mijn vragen maar zijn er verder nog dingen die ik niet benoemd heb maar die je wel wil vertellen of belangrijk kunnen zijn voor mijn onderzoek.
P2: Nee, ik denk dat het wel compleet is zo.
P1: Oké, bedankt.

Interview R3
Wie: Diëtist GHDa
Datum: 8 November 2018
Duur: 23 minuten

P1: Hoelang werkt u al op de polikliniek?
P2: Uhm, even nadenken, ik werk hier zes jaar en eerst een jaar klinisch gewerkt, dus vijf jaar.
P1: Oké. Uhm, nou als eerst wat ik graag wil weten, is welke informatie u heeft voordat een patiënt in behandeling wordt genomen?
P2: Een nieuwe patiënt bedoel je?
P1: Ja.
P2: Dat is heel verschillend, uhm, als een patiënt wordt verwezen door een arts hier, dus door de kinderarts, dan heb je meestal, dan kun je een rapportage van dat consult van de kinderarts zien. Dus dan heb je een stukje medische achtergrond, voedingsgegevens, uhm, ziektes in de familie, zulk soort dingen dus dat is best heel veel. Ja, de huisarts is altijd beknopter. Uhm, heb je vaak alleen een lengte en gewicht, en eventueel medische geschiedenis, en het komt ook weleens voor dat iemand op eigen kracht hier komt en ja dan heb je alleen maar een naam.
P1: oké, dus met een eigen afspraak is het alleen maar
P2: enkele keer gebeurd, ja want doorgaans vragen wij altijd om een verwijzing en wat ik dan altijd doe als iemand dan niks heeft, dan vraag ik alsnog om een verwijzing om zeker te zijn dat je niet per ongeluk iets over het hoofd ziet.
P1: oké, en dan vervolgens komt dan het eerste gesprek, wordt daar dan nog wel meer gevraagd naar informatie die je nodig hebt?
P2: Ja, zeker, ik probeer altijd wel zo een compleet mogelijk beeld te krijgen van degene die tegenover je zit, dus eh, medische gegevens, maar ook leefpatroon ehm, een gezinssituaties, broertjes of zusjes, wat voor werk doen ouders, rol van opa en oma kan soms ook nog interessant zijn. Ik was laatst bij een voorlichting voor diëtisten waar het hier ehm, ook even overging. Zij noemde een programma van het voedingscentrum wat meer ehm, achtergrond kan verduidelijken van de patiënt. Ik zal je zo mijn aantekeningen hiervan meegeven.
P1: Wordt dat allemaal meegenomen in het voedingsadvies?
P2: Ja, sowieso proberen wij dat in het eerste consult uit te vragen en ja, soms, ik weet niet of ik nu al te veel op de details in ga, moet je maar remmen hoor, zeker de rol van opa's en oma's is heel interessant omdat je, oma's verwennen hé, dus dan heb je kinderen die tussen de middag een boterham bij oma en opa eten, maar dan krijgen ze altijd een snoepje mee naar school. Weet je, zulk soort dingen gebeuren heel veel. Dus dan moet je die oma er wel in meenemen. Want ja die moet ook aan de bak.
P1: Hoe gebeurd dat?
P2: Ja, dat is heel lastig. Ik probeer, kinderen komen natuurlijk eigenlijk nooit alleen. Er zit vaak een volwassene naast. Dus ik probeer aan die volwassene altijd wel uit te leggen wat het belang is dat iedereen aan boord is, zeg maar, dat iedereen op de hoogte is en iedereen dezelfde adviezen hanteert, dus niet dat als oma er is wel al dat lekkers, naja al dat lekker, verkeerde dingen krijgen, als ouders onwijs hun best doen.
P1: Ja.
P2: dus ja, je probeert wel degene die tegenover je zit, er goed over te instrueren. En ik vraag ook wel is of ze dan in het vervolg ook die persoon mee willen nemen. Dat gebeurd bijna nooit dat ze die mee nemen want ja dat is dan te ingewikkeld. Maar ja..
P1: Krijgen ze dan iets mee naar huis na het eerste consult, dat ze bijvoorbeeld ook voor oma en opa iets mee hebben?
P2: Ja, zeker voorbeelddagmenu's ben ik wel geneigd om ¾ keer uit te printen. Zodat ze her en der kunnen ophangen, dus ook weleens in de klas, of bij de juf, en ehm, wij hebben ook een richtlijn energiebeperkte voeding bij kinderen, dat is meer een stukje achtergrond informatie en algemene tips, die eigenlijk voor iedereen gelden maar dan nog een keer op papier. Dat is een soort, wat je hopelijk in je eerste consult uit hebt kunnen leggen, dat iemand dat nog even na kan lezen thuis.
P1: Ja, en wat komt er verder nog aan bod in het eerste consult?

P2: Het is natuurlijk vooral de kennismaking en ehm, achterhalen van hoe de huidige situatie is. Ik probeer ook altijd wel een beetje te peilen of er motivatie is en ehm.. weerstand is, naja dat merk je vaak snel genoeg, uhm, wat voor doelen mensen voor ogen hebben en of dit realistisch is, he uhm kinderen kunnen niet ineens 20 kilo afvallen, uhm en ik probeer ook altijd heel veel uitleg te geven over het belang voor de lange termijn, waarom gezonde voeding zo belangrijk is, en ook wat iemand kan verwachten he, wat ik net zei, je kan niet verwachten dat iemand 20 kilo zal afvallen maar kinderen kunnen natuurlijk wel de lengte in gaan groeien.
P1: Ja.
P2: In de hoop dat het gewicht niet te veel toeneemt.
P1: Is dat ook het resultaat waar jullie naar streven?
P2: Precies, ja.
P1: en uhm, u zei de motivatie, hoe kunt u die testen?
P2: Uhm, nou ik probeer altijd wel aan kinderen te vragen, joh hoe vind je het dat je hier zit, weet je, soms vraag ik ook wel, weet je wat ik doe? Weet je wie ik ben? Wat doet een diëtist? Uhm, ja, het is natuurlijk ook wel heel veel non-verbale communicatie, en dat vul je ook wel in, maar op die manier merk je wel of iemand bereid is tot gedragsverandering of dat iemand hier alleen maar zit omdat hij moest.
P1: Ja, en de voedingsanamnese, hoe wordt die afgenomen?
P2: Ehm, ik probeer het altijd aan het kind te vragen. Uhm, en je hebt natuurlijk ouders die er heel makkelijk door heen gaan, of die het proberen te ondersteunen en als ik het idee heb dat iemand niet helemaal eerlijk tegen je is, geef ik weleens een dagboek mee naar huis, zodat ze het thuis bij kunnen houden. En, met die smartphones van tegenwoordig laat ik mensen ook weleens foto's van hun bord maken. Dat je, zeker bijvoorbeeld avondeten, dat vind ik altijd heel moeilijk inschatten, hoeveel eet iemand nou, ja ik eet twee opscheplepels of twee aardappels maar is dat zo een aardappel of zo een aardappel he bij wijs van spreken. Dus dan laat ik ze weleens foto's maken, maar daar kan je wel pas het volgende consult mee verder.
P1: Ja, slim. Maar niet iedereen krijgt altijd een voorbeelddagmenu mee, maar wie dan wel en wie niet?
P2: Ja dat ligt er heel erg aan, kijk, als je iemand voor je hebt die zoiets heeft van nou we willen precies weten waar moeten wij naar toe, een voorbeelddagmenu is dan eigenlijk je ideale situatie waar je dan naar toe wil, die je baseert op de Richtlijnen Goede Voeding, dan hou je natuurlijk rekening met alles. Maar soms heb je ook een kind tegenover je die wel willen maar het heel ingewikkeld vinden, en als je dan twee dingen hebt afgesproken dat je het daarbij moet laten. Ik had laatst een kindje die onwijs veel snoepte, en daarbij geen groente at, en toen dacht ik ja, ik kan nu wel een voorbeelddagmenu maken met wat wij willen maar ja er is nu zo veel aan de hand dat is niet realistisch, dus toen hebben wij gewoon afgesproken ehm ik weet het niet precies meer, maar dat hij nog maar 1 keer een glas Cola per dag mocht, en hij moest meer groente gaan eten en daar laat ik het dan bij, weet je..
P1: Ja, kleine stapjes.
P2: Ja precies, kleine stapjes. En weet je, zo een persoon begeleid je dan misschien een jaar, maar als je dan punt A en het eindpunt bekijkt, dan zie je soms wel mooie veranderingen, ja. Terwijl je dan inderdaad geen voorbeelddagmenu hoeft te maken.
P1: Ja, oké. Voor de rest nog dingen die ze mee krijgen?
P2: Ja dat boekje wat ik jou gaf geven wij weleens mee maar kijk dat ligt, je wil iemand ook niet ondersneeuwen in informatie. Mijn ervaring is als je al die boekjes mee krijgt, wat doe je er mee?
P1: Leg je het weg? Haha.
P2: Ja, precies en dat is sonde.
P1: Oh, deze geef ik ook weleens mee. De schijf van vijf tabel, wat hebben wij verder nog staan, dat is het wel zo een beetje.
P1: Ohja, oké. Is er bepaald materiaal wat je mist, wat je wel graag zou willen hebben?
P2: Nou, wat ik heel leuk zou vinden, dat er misschien een methode is, en als daar iets praktisch bij hoort als een boekje of wat dan ook, uhm, ik zou gewoon willen dat het wat leuker wordt voor kinderen. Hé, uhm, en leuk is natuurlijk een hele vage term, maar dat ze het idee hebben van goh het is leuk om mijn best te doen en om gezond te eten, het is leuk om naar de diëtist te gaan, en daar wil ik voor gaan.

P1: Ja!
P2: Als daar een materiaal bij hoort dan zal ik dat graag willen hebben ja.
P1: Ja, oké.
P2: En que behandeling in totaal, is er een bepaald protocol wat jullie opvolgen?
P1: Als die er is, weet ik er niks van, haha.
P2: haha, ja dat heb ik tot nu toe zo gehoord haha.
P1: Uhm, maar bijvoorbeeld wel in een energiebeperkt dieet. Is daar dan een bepaald minimum, maximum, of bepaalde eis voor waar uhm, waar een dieet aan moet voldoen?
P2: Bedoel je qua calorieën bijvoorbeeld?
P1: Ja, zoals bij volwassene zeggen ze vaak 600kcal onder de energiebehoefte, hoe zit dat dan bij kinderen?
P2: Ik werk zo niet bij kinderen. Ik neem altijd een anamnese af en ehm, mijn doel is om de calorieën te minderen en ehm, komt het nou voor dat een kindje de hele dag door sap drinkt dan zou mijn eerste stap zijn die sapjes eruit halen en hoeveel calorieën je dan in mindering brengt dat zou ik niet eens durven zeggen, dat is natuurlijk ook hoeveel zij in totaal drinken. Maar mijn doel is altijd je hebt een beginpunt en daar ga je uit opbouwen.
P1: ja.
P2: Met op het oog dat je uiteindelijk Richtlijnen Gezonde Voeding hebt. Ik durf je niet te zeggen hoeveel calorieën dat levert.
P1: ja, oké, en ehm, wordt het gesprek vooral op het kind of op de ouder gericht?
P2: Mijn doel is altijd om het op het kind te richten. Want wat je tegenwoordig heel veel ziet is dat zij een smartphone in hun handen geduwd krijgen en mama gaat wel even praten, dat wil ik niet. Nee, ik wil juist dat het kind is hiervoor zichzelf, hoewel hij dat misschien niet beseft, dus moet hij ook weten waar wij het over hebben en hij moet ook vooral weten wat wij afspreken, zodat ik hem of haar ook zijn verantwoordelijkheden kan geven. En ja je hebt ouders die onwijs er doorheen tetteren en je hebt ouders die achterover gaan zitten en luisteren dus dat is heel erg verschillend. Maar mijn doel is in eerste instantie altijd op het kind afgaan.
P1: Oké, ja. En ik heb eerder ook weleens gehoord dat een ouder ook weleens gevraagd wordt naar het gewicht en of zij wil afvallen en dat als zij het samen doen het motiverender is. Is hier sprake van bij jullie?
P2: Ehm, ja. Ik moet wel eerlijk zijn dat ik dat heel moeilijk vind. Wat je weet helemaal niks van die ouder, kijk dat kind weet je vaak alles van, van die ouder heb je totaal geen medische geschiedenis, sociale geschiedenis, mijn ervaring dat als iemand te zwaar is is vaak toch dat er een verhaal achter zit, dus ik vind het heel confronterend om dan iemand te wijzen op, wat ik altijd wel probeer is er een soort gedeeltelijke verantwoording van te maken, of dat ik, hé, dat we samen tot een advies komen, bijvoorbeeld een cola per dag en dat ik dan zeg, hoe kan papa of mama jou hierin ondersteunen? Dan komt er weleens naar boven, ja papa drinkt ook vier cola per dag, nou, kunnen wij dan samen afspreken dat papa ook naar 1 cola per dag gaat, weet je wel, ik zeg maar wat, maar ik vind het heel moeilijk om op de mannen een vraag te stellen, hoe zit dat nou, ik vind dat ook niet netjes. Maar wellicht zou ik het wel moeten doen want een kind is niet zomaar hoe die is, hé, uhm wat ik ook in jouw onderzoek al lees, het grootste deel is toch achtergrond en opvoeding.
P1: Ja. En de kennis van het kindje zelf, is dat makkelijk te achterhalen?
P2: Uhm, nee. Nou ik vraag weleens wat vind je gezond, en wat betekend gezond? En dan kijk je achter je en dan liggen er allemaal lege doosjes, goh welke denk je nou dat gezond is? Maar ja, eh, ik denk dat je dat meer op gevoel doet, dat iemand voldoet dat iemand het aan je verteld. Die leeftijden hé, 6-12 jaar ja het maakt hun niet zo zeer uit wat gezond is, ze eten allemaal wat ze lekker vinden.
P1: Ja.
P2: Of het nou goed of slecht voor ze is, daar staan ze niet eens echt bij stil.
P1: Ja.
P2: Maar dat vul ik in hoor.
P1: hm, ja. En de behandeling, is er nog iets wat je aanpast, als het om een kindje gaat, als woordkeuze of ehm..
P2: Ohja, absoluut. Ik betrap mijzelf daar weleens op dat ik rare woorden gebruik die je dan bij volwassene moet gebruiken. Maar ik wil ook niet te kleinerend doen, hé. Ik wil niet het idee geven dat ik hem niet serieus neem, maar ja je gebruikt wel andere woorden dan bij een volwassene.

P1: en nog andere handelingen die verschillen ten opzichte van een volwassene?
P2: Uhm, ja misschien wel wat meer beeldmateriaal, meer met de producten achter ons werken, soms ook wel plaatjes opzoeken op internet, wat ik weleens doe, als ik een voorbeeld dagmenu maak, hem maken met plaatjes, als kinderen niet kunnen lezen bijvoorbeeld, dat hij zelf ook weet ik mag nu 1,2,3 sneetjes brood.
P1: Dat ze het kunnen zien?
P2: Ja, dat ze het kunnen zien.
P1: oké, en uhm, wat komt er aan bod in het vervolgconsult?
P2: Het is allereerst een evaluatie van wat je in het eerste gesprek hebt besproken. Uhm, sowieso weer bepalen van de lengte en het gewicht om te kijken of er verandering is en ehm, navragen hoe het gaat, zulk soort dingetjes. Als het goed of niet goed gaat de adviezen bijstellen en wel weer een nieuw plan maken voor een volgende keer. Wat ook weleens gebeurd is dat iemand totaal iet gemotiveerd is, dan sluit ik het ook weleens af. Dan denk ik ook, wij hoeven elkaars tijd niet te ehm..
P1: verdoen
P2: verdoen, dankjewel. Dan is het op een gegeven moment wel klaar.
P1: Dat gebeurt weleens?
P2: Ja, maar dat doe ik niet na twee keer, nee, vrij weinig.
P1: en bepaalde acties die regelmatig voorkomen als u bijvoorbeeld merkt dat het in het vervolgconsult, het advies niet wordt opgevolgd, wat zijn dan voorkomende handelingen die gebeuren?
P2: Uhm, verschilt heel erg, ik probeer altijd wel weer te pijlen waar de motivatie ligt. Het belang beseft wordt. Enkele keer komt het ook wel voor dat ik hem koppel aan de arts en wij hebben zelfs een keer mee moeten maken, dat wij het idee hadden dat die moeder het heel goed wist, maar toch haar kind snoep en koek bleef geven, toen hebben wij er een melding van gemaakt bij veilig thuis, want dat wordt dan toch wel gezien als een vorm van mishandeling.
P1: Ja.
P2: Terwijl het kind het misschien nooit zo zal zien, maar ja, wat die moeder dat kindje aandoet
P1: Ja, terecht.
P2: Maar dat is wel heel uitzonderlijk hoor.
P1: Ja, en zijn er bepaalde redenen die kinderen zelf noemen waarom de behandeling mislukt?
P2: Ja, kinderen hebben altijd overal een oorzaak voor, haha. Ja, maar mijn vriendje mag het wel, of ja oma geeft het toch, ja maar jij koopt het gewoon, omdat ze zakgeld krijgen en het zelf gaan kopen, ja vaak is er wel, ja.
P1: En de grootste uhm, redenen die genoemd worden?
P2: Uhm, lastig, even nadenken hoor, ik denk toch wel veel dat ze om hun heen zien dat het gebeurd en dat ze dan vinden dat zij ook mogen. Om hun heen is dan niet alleen vriendjes of vriendinnetjes maar ook oudere broers, zussen, ouders…
P1: Is dat denk je ook waarom het in groepsverband vaker wel lukt?
P2: Weet ik niet… misschien wel, dat als je negatieve beïnvloeding van je omgeving ook positieve omgeving beïnvloeding kan hebben? Durf ik niet te zeggen.
P1: hmm ja, want het eerste gesprek wat ik had met Vera, noemde zij dat er wel bekend was dat in groepsverband het beter werkt, maar weten jullie dan wat de reden hiervoor is?
P2: Misschien ook wel competitie hé, dat ze uhm, kinderen willen wel ergens goed in zijn, of beter dan een ander, en hier draait het dan om de beste afval, beste groei, hoe je het bekijkt.
P1: Maar dat hebben zij dan niet als ze alleen zijn? Of willen ze niet anders zijn?
P2: Nee, het verschilt heel erg he, als je een kind binnenkrijgt die totaal geen last heeft van zijn overgewicht, niet gepest wordt, ehm, of geen lichamelijk ongemak ervaart ervan, ja waarom zou hij dan wat doen? Snoep is toch lekker…? Bewijze van he. Maar als hier een kindje binnenstapt die het moeilijk heeft op school, of zere knieën heeft, dan is het heel anders..
P1: meer motivatie ook.
P2: Ja.
P1: Wordt er vaak gezegd of ze last hebben?
P2: Lichamelijk klachten hoor ik niet zo heel veel maar pesten dat komt wel voor.
P1: Durven zij daar zelf ook voor uit te komen?
P2: soms, soms zijn het de ouders die het vertellen.

P1: Ja, oké.
P2: Het verschilt. Dat zijn soms ook dingen die pas na vier, vijf consulten aan licht komen hé. Dat is toch misschien ook een stukje vertrouwen wat je eerst moet kweken voordat iemand dat durft te vertellen.
P1: Ja.. Hoeveel consulten zijn er denk je gemiddeld?
P2: Per patiënt?
P1: Ja?
P2: Uhm, ik zou het niet weten, wij hebben natuurlijk drie uur per jaar hé.
P1: Komen ze vaak naast die drie uur nog terug?
P2: Nah, ik heb mensen die ik al vier jaar begeleid, die nog steeds komen weet je wel? Dat komt voor, maar ook mensen die dan per ongeluk bij een college terecht komen en ik geen idee heb wat ermee is gebeurd. Mensen die een keer komen en daarna nooit meer op komen dagen. Ja, het is zo verschillend. Ik zou er echt geen gemiddelde over durven zeggen.
P1: Nee. En qua tijd, hoeveel tijd zou je willen gebruiken voor een eerste consult?
P2: Voor het eerste consult hebben wij altijd een uur. Ik denk dat het ook prima is. Sommige mensen kunnen langer praten, ja, dat is zo, sommige mensen zijn bij het eerste consult heel gesloten, en je hebt ook weleens kinderen, ja, weet je hoelang houden kinderen het vol om stil te zitten? Ja, dan is het op een gegeven moment gewoon klaar.
P1: Ja, en het vervolgconsult?
P2: Hebben wij een half uur per controle voor, dus dat betekent dat je op jaarbase kan je nieuwe en een nieuw consult en dan vier controles, en het jaar erna bewijs van spreke 6 controles kunnen doen. Ik ervaar dat dat prima is. Er zijn ook weleens mensen die meer willen maar die zijn dan ook wel bereid te betalen te voor, fo zij hebben een aanvullende verzekering waaruit zij meer uur kunnen halen.
P1: En is er bijvoorbeeld, want ik heb een keer meegekeken bij een vervolgconsult en dat was wel binnen 10, 15 minuten was dat alweer klaar, is er dan een bepaald actie die je, of wat leuk zou zijn wat je hier kan doen..
P2: Als een spelletje?
P1: Ja of bijvoorbeeld meer in te gaan op de kennis.
P2: Ja, als daar tijd voor is, is dat heel leuk, naja weet je, ik ervaar zelden dat als een consult kort duurt, als je met 10, 15 minuten klaar bent, dan heb ik vaak dat het gesprek niet lekker loopt weet je, je vaak geen antwoord krijgt of, ehm, mensen gesloten zijn, ja dan kan je wel een halfuur lopen te trekken maar dan houdt niemand vol natuurlijk. Of soms gaat het heel lekker en is de conclusie we moeten voorlopig nog zo doorgaan. Maar dan zou het juist leuk zijn als men heeft om nog een leuke afsluiting als een leuk spelletje of weet ik veel wat te hebben.
P1: Je denkt wel dat dat iets leuks is voor tijdens een consult
P1: Ja!
P2: In plaats van iets wat er naast gebeurd.
P1: Ja, want een kind denkt dan we gingen vorige keer bij de diëtist leuk een quiz doen.
P2: Ja dat ze het leuk vinden om terug te komen.
P1: Ja, precies.
P2: Ja, goeie.
P1: Heb jijzelf het idee dat het consult verbeterd kan worden?
P2: Absoluut! Ik denk altijd dat alles verbeterd kan worden. Wij zijn nooit te oud om te leren. Maar uhm, ja ik zit nu met een patiënt in mijn hoofd, hij is inmiddels 12 maar hij was 8 toen hij bij ons kwam, en het is dat zijn moeder zo gemotiveerd was dat er nu bijna een gezond gewicht te zien is, echt fantastisch, maar ik denk dat als ik hem eerder te pakken kreeg, hadden we voor hem natuurlijk een veel leukere ervaring kunnen neerzetten.
P1: Ja.
P2: Wat je nu wel eens hoort bij volwassene, ‘ja vroeger moesten wij weleens naar de diëtist en ja dat was verschrikkelijk, ik durfde nooit meer, en nu moet ik weer’ Naja je hoopt natuurlijk dat ze het leuk vinden, maar ik hoop gewoon niet dat mensen terug kijken op ‘ah die diëtist die was zo verschrikkelijk, dat was zo eng, of zo naar, nee ik wil juist dat ze denken bij de diëtist kon ik mijzelf zijn en heb ik wat geleerd en nu gaat het goed met mij. Ik weet wel dat dat heel idealistisch is, maar ik

wil daar naar streven, en ik denk dat de huidige methodes die wij hebben gewoon te simpel zijn om dat gevoel mee te geven.
P1: ja.
P2: Ik denk nu eerder dat zij of mij vergeten of denken dat was wel prima, uhm maar niet dat ze zoiets hebben van daar ben ik echt, daar heb ik het geleerd.
P1: ja, oké!
P2: IK hoop ook niet dat ze denken dat was zo verschrikkelijk, ik ben pas een keer boos geworden op iemand haha.
P1: haha.
P1: Uhm, nou dit waren mijn vragen, is er iets wat belangrijk kan zijn waar ik niet naar gevraagd heb?
P2: Uhm, nee denk dat het wel volledig is zo.
P1: Ja, oké mooi dankjewel.
P2: Ja, komt het een beetje overeen?
P1: Ja, zeker.

Interview R4
Wie: Diëtist GHDa
Datum: 8 november 2018
Duur: 23 minuten

P1: Hoelang werkt u al op de polikliniek?
P2: Uhm, ik heb hier vorig jaar drie maanden gewerkt. Nu werk ik hier een half jaar, dus ja…
P1: Was dat voor de inval van de zwangerschap?
P2: Ja, klopt. Dus nu een half jaar zeg maar. Daarnaast heb ik ook mijn eigen praktijk dus daar ben ik ook veel met mensen bezig en werk ik in een revalidatiecentrum, Hilversum.
P1: Nu van alles.
P2: haha, ja heel verschillend.
P1: Uhm, nou als eerst wil ik graag weten welke informatie jullie hebben voor dat een patiënt in behandeling gaat?
P2: Uhm, vaak kunnen wij zien, ehm, waarvoor zij bij een kinderarts zijn geweest, dat is altijd wel fijn om te weten. Uhm, wij kunnen sowieso de bloedwaarde inzien, als dat nodig is. Uhm, als zij hier bekend zijn, kunnen wij ook de groeicurve zien. Ehm, soms zet de arts al wat meer over het eetpatroon, ehm, soms vinden wij de verwijzing daar, dus dat ehm... en wij kunnen een vrij compleet beeld krijgen.
P1: En verder over de patiënt zelf dingen als buurt, omgeving, samenstelling van het gezin
P2: Ehm, vaak staat daar ook wel wat over. Niet altijd maar ehm, ja, over het algemeen of hij broertjes of zusjes heeft en hoe het er thuis aan toe gaat, meestal schrijven zij daar wel wat over.
P1: En nemen jullie die informatie dan mee in het advies?
P2: Ehm, ik probeer er in mijn consult vaak wel op door te vragen.
P1: Tijdens het eerste consult?
P2: Ja als daar tijd voor is, om toch een beter beeld te krijgen, hoe gaat dat nou en hoe ziet dat eruit?
P1: Dingen als cultuur en…
P2: cultuur en hoe zit je aan tafel, verschilt ook per cultuur, zit je achter de tv of ehm...
P1: Dat wordt allemaal meegenomen in het advies?
P2: Ja.
P1: En verder wordt komt er aan bod in het eerste consult?
P2: Naja, sowieso vraag ik altijd de intake na, ik vraag ehm het gaat nu niet in chronologische volgorde, vraag of ze al eerder bij een diëtist zijn, bekend zijn, ehm, de intake vraag ik na, of ze weten wat het is waarvoor ze komen, ehm, wat de gevolgen zijn als ze er niks aan gaan doen ehm, en dan probeer ik ook een thuissituatie mee te nemen, hoe is het met eten, of er spanningen zijn. Negen van de tien keer komen ze voor een afbuiging in de groeicurve. Ehm, wat nog meer, ik probeer vast wat doelen en adviezen op te stellen, ook met de gegevens die je van tevoren al kunt vinden, kun je een behoefte berekenen, dus dat kan je van tevoren alvast doen en ehm, en daarna bereken ik nog de exacte intake. Je kan op basis van wat ze binnenkrijgen wel alvast een inschatting maken van nou, het is niet voldoende of het is wel voldoende, en dan ehm…
P1: Krijgen zij die adviezen dan mee naar huis?
P2: ehm, ligt eraan, ik laat ze de doelen zelf altijd formuleren. Dus ik laat ze de groeicurve zien, van kijk dit zal ideaal zijn, ehm, vaak zijn het wat algemene doelen. De adviezen krijgen ze mee naar huis. Ik vraag altijd of ze dat nog willen herhalen, wat wij hadden afgesproken. Als dat niet lukt, ja, haha, dan schrijf ik het op en geef ik het mee.
P1: Dus als zij mee naar huis gaan weten zij wel wat het advies is?
P2: Ja, precies.
P1: En op welke manier wordt die intake behandeld? Of de voedingsanamnese?
P2: Soms ehm, wordt het al gevraagd door de kinderarts om hun voeding bij te houden, dus dat is ideaal, dan kun je de voeding doorlopen en kijken of het dagelijks overeenkomt of niet, ehm, en anders vraag ik het vaak uit. Wat eet je meestal ‘s ochtends en hoe ziet dat eruit als het niet goed gaat?
P1: Dus een gemiddelde dag en dan de uitzonderingen?
P2: Ja, precies. Ik ga uit van een topdag zeg maar, dat het echt goed gaat, en je gaat uit van wanneer je een slecht dag hebt, zodat je weet hoe je dat aan kan vullen.
P1: Oké, krijgen zij nog meer mee naar huis?

P2: Ja, het is een beetje afhankelijk van ehm, waarvoor ze komen. Wij hebben op de computer heel veel richtlijnen staan zoals de Richtlijnen wat betreft die patiënt geef ik die nog mee. Soms geef ik het formulier mee van de schijf van vijf zeg maar, wat ze mogen hebben dat ze dat thuis ook nog kunnen nakijken, ehm, ik denk dat dat het belangrijkste is, ja.
P1: En een voorbeelddagmenu?
P2: Ook eigenlijk altijd. Meestal stuur ik die na, nadat ik alles helemaal berekend heb.
P1: Dan krijgen ze hem wel thuis?
P2: Ja, via de post.
P1: ja, oké, en uhm, hoe komt de totale behandeling tot stand? Is er een bepaald protocol wat jullie opvolgen?
P2: haha, uhm weet ik niet.
P1: Nee, er is niet een standaard waar jullie je aan moeten houden?
P1: Er is wel een standaard met de energiebehoefte berekenen enzo maar voor de rest doet iedereen dat op zijn eigen manier.
P2: Iedereen gebruikt wel dezelfde formules?
P1: Ja, precies. Dan verschilt het nog weleens met goh, hoeveel toeslag geef je voor iets, want dat wil nog weleens verschillen, maar ja, over het algemeen heeft iedereen zijn eigen manier. Zo ver ik weet is hier geen protocol over, dat heb ik niet gezien.
P1: Ja. En bij het eerste consult, u noemde net dat u het niet in chronologische volgorde opnoemde? Is daar wel een bepaalde volgorde voor?
P2: Nee, ook niet, maar ik begreep niet meteen met de intake, vandaar, maar iedereen heeft daar zijn eigen volgorde in. Iedereen probeert de patiënt eerst op zijn gemak te stellen en wat minder luchtige vragen te stellen van goh he, ja, altijd de makkelijkste openingszin van goh kon je het vinden, dat soort dingen.
P1: ja, en qua standaarden, bij volwassenen met overgewicht wordt er 600 kcal aangehouden om onder de energiebehoefte te gaan zitten, zijn er bij kinderen ook zulke standaarden of minimum, maximum?
P2: Ehm, nee. Bij kinderen ga ik meestal uit van de basisbehoefte van wat ze moeten hebben, omdat zij toch nog moeten groeien en als zij overgewicht hebben trekt dat nog bij. Zeker van 6-12 jaar trekt dat nog wel bij. Dus dan, maar volgens behoefte proberen wij het gewicht gewoon stabiel te houden, ja, dan komt dat goed. Het is nooit dat ze minder binnen moeten krijgen want dat gaat ten kostte van de groei en het lichaam.
P1: Heb je wel het idee dat je een protocol had gewild?
P2: Ehm, nou, ik heb hem nog niet gemist of, nee niet specifiek. Soms is er wel een casus dat ik denk ‘shit hoe ga ik daar mee om’, maar vaak weten collega’s dan echt wel raad erover, die helpen je wel op weg.
P1: oké, en ehm, de motivatie van de patiënt zelf, hoe test je of een patiënt gemotiveerd is?
P2: Uhm, vooral veel doorvragen. Bijvoorbeeld doe je dit ook echt, gaat het lukken? Ik laat ze meestal zelf van goh wat gaan ze eten, en dan probeer ik het op mijn manier te sturen zeg maar, dat ze wel met een voldaan gevoel naar huis gaan, van ‘ik heb het zelf mogen maken’. Dan is de kans dat ze het ook echt gaan doen groter.
P1: Dus je laat de patiënten mee denken?
P2: Ja, want ik kan het wel heel mooi volgens het boekje doen maar dat ehm, werkt toch niet, nee, nee.
P1: Zie je vaak dat een behandeling bij een patiënt wordt aangepast? Als de motivatie bijvoorbeeld minder is?
P2: Ehm, nee niet zo zeer dat het heel anders is, ik probeer ze wel altijd te motiveren en te vertellen waarom het zo belangrijk is.
P1: Worden de doelen wel verder aangepast?
P2: Ja, het is altijd wel afhankelijk van wat het doel is van iemand, voordat je zegt we gaat dit, dit, dit en dit veranderen, nee. Wij gaan wel stap voor stap. Wij hebben vaak een heel mooi ideaal maar dat gaat nooit in een keer lukken. Wij beginnen gewoon in kleine stapjes en dan kunnen we de volgende keer, als het gelukt is, stap voor stap, ja.
P1: En wat komt er aan bod in het vervolgconsult?
P2: Sowieso wat wij, hoe ehm, het is gegaan. Waar ze tegenaan lopen. Wat is er goed gegaan, en dat dan vooral benadrukken. Kijken of je dat nog ergens kan versterken. Als er iets is van hier lopen we tegenaan dan kijken van goh, kunnen wij dat samen oplossen zodat het wel lukt. Beetje standaard

kijken. Opnieuw meten als zij dat bij mij doen, sommige kinderen wegen bij de kinderarts. Dan kunnen wij wel gewoon bij die gegevens. Uhm, wat komt er nog meer aan bod? Evalueren, gewicht, dat, ja. Of ze tevreden zijn.
P1: En de dingen waar ze tegenaan lopen of wat ze lastig vinden, onthouden ze dan ook wat ze lastig vinden, nemen ze bijvoorbeeld een lijstje mee of vertellen ze dat?
P2: Uhm, nee, sommige dingen onthouden ze natuurlijk wel, als ze er heel erg tegenaan lopen vergeten ze het niet, haha, dan is dat het eerste wat je hoort. Vaak zijn ook ouders mee die dat ook wel zien of merken. Ik loop meestal het voorbeelddagmenu door en dan vraag ik van goh gaat dit goed of dit goed? Het is ook wel afhankelijk van de persoon die tegenover je zit.
P1: Ja, en als het niet gaat zoals de bedoeling is, of slechter gaat, hoe pas je de behandeling dan aan?
P2: Dan probeer ik hem aan te passen zodat het wel, zodat wij wel die vooruitgang kunnen boeken. Uhm, wel in overleg met de cliënt of met de moeder of vader. Als ik echt denk van dit gaat hem echt niet worden, dan koppel ik hem vaak terug naar de kinderarts van hier kan ik niet zo veel mee. Hier en hier loop ik tegenaan, help mij, ja.
P1: Is er een voorbeeld die je kan geven waarin de behandeling verandert?
P2: Ehm, ja, naja laat mij even denken hoor, haha. Misschien nog iets minder eten, of althans andere samenstelling, en die kleine stapjes naar succes.
P1: Ja. Op wie wordt het gesprek vooral gericht?
P2: Ik probeer ook vooral het gesprek te voeren met de kinderen, ik bedoel zij zitten daar zes jaar, dan kun je, naja dan ben je misschien nog wat jong maar als je 12 bent kun je zeker wel gewoon antwoord geven.
P1: Ja.
P2: Dan zijn die ouders er ook echt wel gewoon om het aan te vullen. Dus ik probeer het wel altijd op het kind te richten. Ze in ieder geval erg actief in te betrekken. Kijk met 6 jaar heb je natuurlijk wel meer met de ouders te doen dan wanner iemand 12 is, maar wanneer je vraagt van vind je dit lekker of vind je dat lekker, kunnen ze prima, dan weten ze het echt wel, ja precies.
P1: En de kennis, hoe kom je erachter hoeveel voedingskennis een kindje heeft?
P2: ehm, vooral veel doorvragen van waarom eet je bepaalde dingen, stel dat iemand altijd een boterham met hagelslag eet dan vraag ik altijd van goh, wat is de reden dat je dat eet, is dat omdat je het gewend bent? Of omdat je het lekker vindt? Weten zij ook wat de gevolgen zijn van overgewicht, ja.
P1: Merk je vaak dat kinderen zeggen dat ze het niet begrijpen of afdwalen waardoor misschien de verkeerde woorden zijn gekozen?
P2: Nee, op zich niet. Dan kan ik ook vrij goed in Jip en Janneke taal uitleggen hoor, dus dat is wel fijn.
P1: Dus de manier van praten verschilt wel ten opzichte van de behandeling met een volwassene.
P2: Ja dat denk ik wel. Bij een kind is het wel heel laag drempelig. Over het algemeen weten zij de moeilijke termen wel.
P1: Zijn er verder nog grote verschillen met een behandeling ten opzichte van een kindje?
P2: Ehm, je doet natuurlijk veel meer in overleg met de ouders. Bij een volwassene ben je met een patiënt bezig en nu heb je wel meer overleg ook met de ouders. Bij kinderen heb ik ook vaker contact met een kinderarts, dan dat ik bij een volwassene heb.
P1: Vind je dat lastiger?
P2: Nee, ik denk dat het wel goed is, ook als de arts er bij betrokken wordt, een multidisciplinaire aanpak.
P1: Ja, oké. Ehm, is er bepaald voorlichtingsmateriaal wat je fijn vindt om mee te werken?
P2: Ehm, nou sowieso de schijf van vijf, je hebt die poster van de schijf van vijf, daar kun je het gewoon heel visueel mee maken. Ja, ehm, dat overzicht dan kunnen ze gewoon heel goed zien wat en hoeveel ze eten. En ehm, of dat ook voldoende is. Soms maak ik ook wel gebruik van plaatjes hoor. Als ze iets niet weten, om het eenvoudiger te maken.
P1: Ja, oké. Is er verder nog materiaal wat je mist? Waarvan je hoopt had ik dat maar kunnen gebruiken?
P2: nee, uhm op zich lukt het wel, ik ben wel iemand die vaak van de filmpjes is, en dat gebruik ik hier minder vaak.
P1: Filmpjes?

P2: Ja, want vaak visueel, als je iets visueel maakt is het voor kinderen toch veel duidelijker. Voor volwassene ook trouwens.
P1: Heb je het idee dat het dan duidelijker wordt?
P2: Ja, heb ik wel. Denk aan dat filmpje, oh ja.
P1: Maar je gebruikt het hier niet veel?
P2: Hier niet nee. Ik denk dat dat ook wel een kwestie van tijd is. Je hebt ook niet alle tijd plus dat ze niet standaard lijsten hebben met filmpjes die je kunt laten zien. Ik bedoel dat maakt het ook wel makkelijk is. Als er een lijst is met laat dit is zien bij die of dit bij die, dit maakt dit duidelijk zou dat het wel sneller maken. Plus dat ze hier geen geluid hebben, haha.
P1: Ohja, haha. En je noemt tijd, hoeveel tijd zou je dan willen gebruiken voor een eerste consult?
P2: Als ik echt zou willen doen wat ik zou willen doen dan toch wel een uur, je bent er vaak wel ander halfuur mee kwijt, zeg maar. Een uur dat ze echt binnen zitten, en kijk als je echt gebruik gaat maken van filmpjes, dan gaat het wel wat langer duren. Of het, op zich is een uur lang zat want dan is die spanningsboog ook weg, dus veel meer informatie kun je ook niet geven, maar dan gaat het gewoon in wat langzamere stappen.
P1: en meegeven misschien?
P2: Ja, kan ook nog. Dat doe ik eigenlijk niet. Maar ook omdat er niet echt een lijst is met goh kijk is naar dit.
P1: ja, nee, oké.
P2: Maar een uur is lang zat, veel langer moet het ook niet zijn.
P1: Qua concentratie?
P2: Ja, meer dan lang genoeg vaak haha.
P1: En het vervolgconsult?
P2: Nah, dan is een half uur prima. Het ligt er heel erg aan hoe het gaat bij iemand. Vaak heb je aan een halfuur genoeg.
P1: Heb je dan tijd over?
P2: Ja, als het goed is wel.
P1: Op welke manier bepalen jullie dan het resultaat waar jullie naar toe willen?
P2: Vooral op basis van de voedingscurve. Het is net afhankelijk van wat je doel is, stel je zegt we willen het gewicht stabiel houden, dan is dat natuurlijk het doel, dan is het heel eenvoudig, omdat ze toch nog gaan groeien om dat stabiel te houden, dan heb je echt wel makkelijk een punt waar je je aan wil houden.
P1: Het gaat dus wel altijd om het verlagen van de BMI?
P2: ehm, ja. In principe hoeven kinderen niet af te vallen.
P1: Dus bij een stabiel gewicht en ze groeien is het ook goed?
P2: ja, precies. Je wil niet per se dat ze de volgende keer 3 kilo lichter zijn.
P1: Ook niet als ze heel zwaar obees zijn?
P2: Nou dat ligt eraan hoe zwaar obees ze zijn.
P1: Weten de kinderen ook dat het niet hoeft, dat ze niet hoeven af te vallen?
P2: Ik noem het altijd meerdere malen in mijn consult. Goh hou het gewoon stabiel. Je gaat nog groeien dus dan ehm, ja.
P1: Oké, en zijn er redenen die veel genoemd worden door patiënten waarom het niet lukt?
P2: Ehm, vaak heeft het toch wel met omgevingsfactoren te maken hoor. Moeders die de boodschappen doen of ehm, broertjes of zusjes die wel wat lekkers mogen, zij dan niet. Ehm, dat is vaak gewoon heel lastig. Steun, beweging, ja omgevingsfactoren, ehm, bewegen is ook vaak een dingetje hoor. Wat vaak als factor genoemd wordt.
P1: Dat ze dat…
P2: Te weinig doen. Van ja ga ik doen, maar toch niet oppakken.
P1: Weten ze dan niet goed wat ze moeten doen of…?
P2: Vinden ze niet leuk. Laat ze maar lekker gamen en ehm dan zijn ze wel tevreden.
P1: De ouders willen ze tevreden houden?
P2: ja.
P1: Wordt het ritme ook genoemd? Bijvoorbeeld weekenddagen of vakanties.
P2: Ja die zijn over het algemeen anders.
P1: Doordeweeks beter?

P2: ja, dan hebben ze vaak meer structuur erin zitten.
P1: Ehm, en heb je het gevoel dat de consulten hier iets kan veranderen in de behandeling? Van dit zou ik misschien anders doen?
P2: Ehm, nee eigenlijk niet zo zeer. Ook omdat je best wel vrij gelaten wordt in hoe je de behandeling opzet.
P1: Maar je ziet wel veel goed resultaat?
P2: Ja, als je echt vaak slecht resultaat ziet is het toch wel vaak de Marokkaanse cultuur, een beetje de Noord-Afrikaanse cultuur waar het minder goed gaat. Dat is toch wel een struikelblok.
P1: Heb je een idee waarom andere diëtisten het gevoel hebben dat er beter resultaat behaald kan worden dan nu?
P2: Ehm, goeie, ja ehm, nee. Misschien meer op de kennis zitten en dat kost dan net wat meer tijd.
P1: Oké, en zie je iets in je andere werk wat goed effect heeft wat je hier niet veel ziet?
P2: Ehm, nee op mijn andere werk doe ik het vooral in groepsverband.
P1: Ohja, oké. Weet je waarom dat dan effectiever is?
P2: Ja, ze kunnen elkaar helpen. Elkaar optrekken, ja.
P1: Dat komt dan wel weer een beetje terug bij de omgeving misschien?
P2: Ja, dat is gewoon een hele belangrijke. Samen doen werkt beter dan alleen. Ik zeg ook altijd gezond eten is voor niemand slecht. Vaak hoor je dan, ja want die ander is zo dun als een lat. Maar ja, gezond eten is voor niemand slecht. Misschien dat hij dan af en toe wat meer lekkers mag, maar de basis moet gewoon goed zijn.
P1: Dat waren wel mijn vragen, zijn er nog dingen die mijn onderzoek kunnen aanvullen waar ik niet naar gevraagd heb?
P2: Ehm, ik denk dat ik alles wel genoemd heb, anders hoor je het van me, hah.

Interview R5
Wie: Diëtist GHDa
Datum: 12 november 2018
Duur: 30 minuten

P1: Hoelang werkt u al op de polikliniek?
P2: Nou, mijn dochter is elf geworden dus ik werk zo een beetje elf jaar hier.
P1: Ja ik hoorde al lang inderdaad. Nou, als eerst wil ik graag weten wat jullie al weten van de patiënt voordat de behandeling begint? Dus welke informatie die je van een patiënt hebt.
P2: Ehm, de informatie uit Norma. Dus ehm de gewicht en lengte curves, groeicurve zeg maar. En ehm, de aanvraag van de arts. Dat is de informatie, ja. Dus de patiënt komt met een hulpvraag en dan kijk ik al in het systeem, van nou, hoe zit het kind op de groeicurve, wat is de achtergrond, is er achterliggend ziek zijn of andere oorzaken voor het overgewicht. Ehm, of is het onderdeel van de behandeling?
P1: Is er verdere nog meer persoonlijke informatie als ehm, familiesamenstelling of ehm..
P2: Dat zie je er allemaal in.
P1: In dat programma?
P2: Ja dat kun je al van tevoren in zien dus zodra je een patiëntennummer hebt, kun je dat allemaal opzoeken als het kind bij de kindergeneeskunde is geweest.
P1: Pas je de behandeling daar meteen op aan?
P2: Ehm, ja je houdt er wel rekening mee. Zusjes en broertjes die wel mogen eten, wel een goed gewicht hebben, of mama die heel zwaar is. Daar kijk je wel naar, ja.
P1: Wordt het verder ook besproken tijdens het eerste consult?
P2: Ehm, tijdens het eerste consult ga ik verder in op de sociale ehm, eh, anamnese, hoe ziet het gezin eruit en ehm, ja wat kan ik verwachten aan verbeterpunten en hoe staat moeder daarin als moeder al zeer zwaar is. Dan heb je een andere insteek dan wanneer moeder tenger is en alleen het kind overgewicht heeft. Ja.
P1: Wat is daarin dan een verschil?
P2: Nou, je merkt wel als, als ehm moeder zwaar is zie je doorgaans ook dat de eetgewoonten, je hoort dat dan zo aankomen, ja de voedselkeuzes is dan al beïnvloed. Moeder bepaald wat erin huis komt en eigenlijk is het dan ook goed om al te kijken, wil moeder ook een poging doen tot afvallen.

P1: Dus die wordt dan erbij betrokken?
P2: Ik maak het wel bespreekbaar. Van ehm, zit het in de familie. Ik probeer het een beetje los te weken. Zijn oma's zwaar? Is vader zwaar? Hoe zien die eruit? Als je dan merkt van daar ligt ook een belangrijk punt. Wilt u zelf ook wat aan uw gewicht doen? Heeft u er al wat aan gedaan? Zo kunnen zij het dan samen aanpakken.
P1: Denkt u dat het ook beter werkt als zij het samen kunnen doen.
P2: Dat werkt wel beter, zeker weten. Dat is extra motivatie. Kind kan moeder erop wijzen en moeder kan kind erop wijzen.
P1: Ja.
P2: Het is niet het probleem van het kind alleen.
P1: En verder, bij het eerste consult, wat komt er aan bod?
P2: Ehm, wij pakken echt die groeicurve erbij. Daar laat ik echt zien waar zit je op dit moment, waar hoor je te zitten? Wat is jouw eigen streven? Hebben ze al een beeld wat zij hebben? Wil het kind afvallen of het gewoon stabiel gewicht houden? Ik ben zelf voor stabiel gewicht. Als je het gewicht stabiel houdt, groei je vanzelf de curve in. Niet een extreem afslankdieet ofzo, nee. En het sporten, van ehm, hoe zit het beweegplan in elkaar? Dat is eigenlijk meteen na het sociale gedeelte. Van ehm, wat doe je aan bewegen? In welke klas zit je? Voel je je daar happy? Dat is ook nog iets, het emotionele eten wat erbij komt kijken. Ja.
P1: Oké, en hoe wordt de voedingsintake besproken?
P2: Ja, een voedingsanamnese, hoe ziet het hele eetpatroon eruit?
P1: Dat gebeurt in het eerste consult?
P2: Ja.
P1: Hoe doen jullie dat?
P2: Ik neem gewoon een anamnese af, van ontbijt tot slapengaan, van hoe ziet het eruit? Hoe zien de weekenddagen eruit?
P1: Dus 1 gemiddelde dag en dan een weekend?
P2: Ja.
P1: Waarom op deze manier?
P2: Ja, ik heb het idee dat ik daar een goed beeld mee krijg.
P1: Ja.
P2: Ik ben ook naar een scholing van overgewicht geweest, toen heb ik dat puntje er echt bij gekregen van kijk ook vooral naar de ouders, neem die ook in de behandeling mee. Laat die ook op de weegschaal staan. Het kan geen kwaad om dat te doen.
P1: Als het eerste consult dan voorbij is, krijgen ze dan nog dingen mee naar huis?
P2: Ehm, ja altijd Richtlijnen Goede Voeding, die pak ik er altijd bij. De schijf van vijf voor de kinderen. Die heb je waarschijnlijk al bij de kinderen gezien. De basis gezonde voeding.
P1: Ja, dus die krijgen zij mee naar huis?
P2: Ja, mee naar huis.
P1: En verder nog iets?
P2: Ehm, verder, wij hebben een energiebeperkte richtlijn voor kinderen, maar die geef ik meestal niet meteen na het eerste consult mee naar huis.
P1: Wat is die energiebeperkte richtlijn voor kinderen?
P2: Ehm, dat je een keer ziet van ehm, dit is mager ehm...
P1: Dus niet dat het x aantal kcal minder is dan de behoefte?
P2: Nee, Nee, nee, het is gewoon een algemene richtlijn.
P1: Ah oké. Krijgen ze ook een voorbeelddagmenu mee naar huis?
P2: Wisselend, ja. De een heeft al handvaten van ehm, eerst een aantal punten van goh he, ehm broodbeleg halveren of zoiets. Soms is het van stop met die suiker bevattende limonades, en dat is dat een hoofdpunt 1. Ehm, dan geef ik nog geen voorbeelddagmenu mee, dan gaan ze alleen met die schijf van vijf naar huis. En andere keer denk ik, of als er vraag is naar een houvast, of het inzichtelijk maken, ook is dat afhankelijk van de leeftijd van het kind. Dan geef ik wel een voorbeeld dagmenu. Dat is heel wisselend. Ik heb daar niet echt een vast iets voor.
P1: Per patiënt bekijken?
P2: Ja, ja.

P1: En die punten die je noemde, bijvoorbeeld de frisdranken, is dat dan een doel waar zij aan gaan werken?
P2: Als ik zie dat er eigenlijk al heel veel vruchtensappen worden gedronken, en ehm, het kind eigenlijk gewoon water lust maar gewoon ingesneden gewoonte is, ja, dan denk ik dat is een win-win situatie.
P1: Krijgen ze wel mee naar huis waaraan ze moeten werken? Bijvoorbeeld drie doelen.
P2: Hahaha, ik zet het meestal gewoon handgeschreven op die schijf van vijf, dit is het hoofdpunt, let op limonade, bijvoorbeeld maximaal twee keer suiker bevattend of ze gaan helemaal over of doen suikervrije limonade. Daar zet ik wel een beperking aan van de RGV, maar dat zet ik dan eigenlijk gewoon erboven.
P1: Wie bepaald wat het doel wordt?
P2: gezamenlijk. Van goh, wat is er haalbaar? Soms zegt een moeder dat zij geen zoetstoffen wil, ja dan kan ik haar daar uitleg over geven maar als moeder dat niet wil, dan houdt het op.
P1: Samen komen ze tot stand. En, die totale behandeling, hoe komt die tot stand? Is er een standaard protocol wat jullie opvolgen?
P2: Ik heb geen standaard protocol zo ver ik weet.
P1: Nee, oké.
P2: Dat is een beetje op gevoel moet ik zeggen. Ook van wanneer laat je ze terugkomen, bij kinderen vind ik het eigenlijk wel goed als ze er vier weken mee aan de slag gaan, dan heb je een goed beeld. Naja maximaal zes weken. Vier tot zes weken.
P1: Ah oké, en qua chronologische volgorde, is dat stapsgewijs of een standaard volgorde die je aanhoudt?
P2: Ja dat is altijd wel ehm, sociale anamnese, beweging hoe ziet dat eruit? hoe ziet het naar school gaan eruit, een anamnese van wat eet je nu eigenlijk? Wat is je basis?
P1: Dus voor jezelf zit daar best wel een basis
P2: volgorde in, ja. Maar ik weet niet of iedereen dat doet.
P1: nee, oké.
P2: haha, nee oké. Wij kijken eigenlijk niet zo veel bij elkaar in de keuken.
P1: En zou je het fijn vinden om meer houvast te hebben?
P2: Ja, nou ja ik ben wel voor maximaal resultaat, dus als andere collega's andere resultaten hebben, of dat zij hebben van dit werkt zo lekker bij mij, dat is best leuk om bij iedereen zijn hoofd punten eruit te halen. Daar kom je alleen mar van vooruit, ja.
P1: ja, goede. Hoe testen jullie de motivatie van de patiënten?
P2: Hoe gemotiveerd ze zijn? Vaak merk je dat al wel al, heb ik het idee, bij het eerste consult. Dat ik daar aardig de vinger op kan letten, of iemand gemotiveerd is of niet. Of moeder het wel ziet zitten of vader die erbij is. En ik probeer ook altijd wel desnoods een vader erbij te halen. Dat is ook wel iets wat ik uit de scholing heb gekregen, van hé niet alleen maar met de mama. Hierbij ook kijken wat de samenstelling is, want ze kunnen ook gescheiden zijn natuurlijk, de ouders. Maar het is wel fijn als je beide ouder kan zien.
P1: Echt beide ouders zien ook?
P2: Ja, hoe gemotiveerd zij zijn. Ja. Desnoods op een avondpoli.
P1: En ehm, als je merkt dat het kindje niet erg gemotiveerd overkomt, is er dan een bepaalde actie die je onderneemt?
P2: kleine stapjes.
P1: Ja.
P2: En terug rapporteren naar de arts, maar ehm ja dat sowieso maar ja.
P1: Waarom terug rapporteren naar de arts?
P2: Het is sowieso goed om te rapporteren richting de kinderarts, van waar ben je mee bezig. Maar als ik al merk van goh, ik, ik merk dat het best lastig van de grond komt, ik merk dat er veel weerstand is, dan ehm, ja. Je voelt wel of je kans van slagen hebt of niet.
P1: Dus er is constant veel samenwerking met de arts?
P2: Ehm, dat kan ik niet zeggen veel samenwerking. Een terugrapportage en tussentijds als ik denk dat het nodig is.
P1: Niet elke patiënt komt via de arts toch?

P2: Niet elke patiënt komt via de arts, of naja, ze komen via de huisarts, of via de kinderarts. Officieel mogen ze vrijwillig komen maar ik heb nog geen kinderen op mijn poli gehad van kinderen die vrijwillig komen. Waarvan een van de ouders zegt zonder verwijzing kom ik langs.
P1: Ah, oké.
P2: Ik werk ook maar twee dagen dus misschien dat andere collega's dat dan wel hebben.
P1: Ja. En het vervolgconsult, wat komt er dan aan bod?
P2: Ehm, als eerst evaluatie, van hoe is het gegaan? Ehm, lukt het allemaal? Eh, en dan die weerstand proberen op te lossen, als daar iets niet is gelukt een alternatief bieden. Ja, en daar komt eigenlijk het creabea van het vak. Dan moet je gaan kijken van wat kun je hier mee? Ja, dat is denk ik ook heel moeilijk om in protocollen vast te leggen.
P1: Ja. Komen ze altijd terug?
P2: Een tweede consult komen ze altijd sowieso wel terug ja.
P1: oké.
P2: Soms vind ik het wel moeilijk om kinderen die niet aan beweging doen, of heel weinig aan beweging doen echt aan beweging te krijgen. Je kan ze wijzen op sportpunt Gouda of wat er allemaal te doen is in de herfstvakantie he, want vaak zijn dat de terugslagmomenten dat ze vakantie krijgen of er feestje zijn. Dan probeer je daarop te wijzen. Maar ja aan een dood paard kun je niet trekken, als ouders hun kinderen uiteindelijk niet op een sport zetten is dat een stuk wat verloren gaat en dat maakt het wel is, he het hangt niet alleen af van de voeding. Dat vind ik soms wel lastig. Het bewegen, kinderen echt aan beweging krijgen dat zou mooi zijn als daar een programma voor is. Dat je intern kan zeggen fysiotherapie intern dan hebben wij die kinderen echt iets te bieden. Of dat wij nog beter zouden samenwerken met Sport en Gouda. Dat je de kinderen echt door kan sluizen. Dat overzicht hebben wij volgens mij niet.
P1: Zou je dat dan als verplichting in de behandeling willen of dat dat een keuze blijft?
P2: Nou, je kan niemand verplichten.
P1: Nee, oké. Meer laten zien hoe leuk het kan zijn?
P2: Hoe leuk het sporten kan zijn. Ze hebben een tijd in Gouda, daar wijs ik dan ook op, dat is dan een keer in het jaar, dat is nu twee jaar lang. Ehm, dat kinderen ehm, van twaalf sporten kunnen proeven. Dan krijg je elke week een andere sport voorgeschoteld in een sporthal. Als een kindje dat trotseert dan kunnen ze van batminton tot honkbal en ehm, dat is gewoon heel erg leuk. Maar dat is helaas alleen maar tot een leeftijd van acht jaar ofzo. Ik heb destijds ook aangegeven dat toen mijn kinderen daar heen gingen, van breidt het nou uit.
P1: Ja, slim.
P2: Maar dat mis ik, daar loop ik tegenaan.
P1: Samenwerking met de beweging.
P2: Ja, dat je echt meer handvaten hebt dan nu om kinderen meer aan beweging te krijgen.
P1: Ja, oké, goede. Op wie richt je vooral het gesprek?
P2: Ehm, heel wisselend. Je hebt kinderen die, ik probeer altijd eerst contact te krijgen met de kinderen dat ze zelf met hun anamnese dat ze zelf gaan vertellen wat ze eten en wat ze drinken. Soms merk je weleens dat ouders het overnemen en dan kijk ik het kind aan om het eruit te krijgen. Je hebt ook kinderen die eigenlijk heel verlegen zijn, dat de moeder dan het woord doet.
P1: Waarom vind je het belangrijk om het gesprek vooral op het kind te richten?
P2: Omdat zij ehm, het is hun, het gaat hen aan. Zij zitten op school zonder ouders. Kinderen moeten er bij betrokken zijn. Maar het is altijd heel erg aan kinderen of ze daarbij betrokken zijn.
P1: Ja. Is er nog iets, of de kennis hoe kan je die achterhalen bij het kindje? Hoeveel kennis zij al hebben?
P2: Vaak al ehm, als je de RGV laten zien, van heb je dit op school gehad, dan breng je al wel een gesprekje op gang van oh dit herken ik, dit heb ik op school gehad. Daar heb ik iets van gezien. Of in aanraking zijn geweest met een andere diëtist of ehm, ja heeft ze er van het consultatiebureau iets over gehoord. Er komt wel wat los als je een plaatje laat zien.
P1: Noemen ze vaak dat ze woorden niet begrijpen of iets niet goed snappen? Komt dat veel voor?
P2: Ja je kijkt naar het gezicht van komt de informatie goed over, snappen zij het?
P1: Heb je het idee dat ze veel of weinig kennis hebben?
P2: Wisselend. Wisselend van wie je voor je hebt zitten.
P1: Pas je de behandeling dan aan als ze het niet goed snappen, bij het aanpassen van woorden?

P2: Probeer ik wel. Ik probeer wel te levelen met het level van het kind.
P1: Ja. Oké. Zijn er verder nog verschillen met een behandeling van een kind ten opzichte van een ouder?
P2: Ehm, het grootste verschil is dat je de ouders meer moet hebben. En ehm, het niveau waarop je praat. Ik denk ook meer plaatjes en meer illustraties. Het zou wel lekker zijn als er meer plaatjes zijn dan nu. Van wat erin gaat en uitgaat.
P1: Is er nu voorlichtingsmateriaal wat er mist nu?
P2: Nou we hebben er niet heel veel wat betreft plaatjes nu. Ik bedoel als ik nu uitleg wat diabetes ofzo dan heb ik illustraties liggen. Maar als ik kinderen wil uitleggen over calorieën of ehm dat voeding energie levert wat daar gaat het eigenlijk om van hoe verhoudt een boterham zich tot iets anders he, ja dan pak je weleens internet erbij. Het is eigenlijk wel lekker als je hier iets hebt liggen, iets op de computer als een PowerPoint waarin je wat kan laten zien. Van naja, alles wat erin gaat als je in balans blijft blijf je hetzelfde qua gewicht.
P1: Dus meer houvast. Oké, dat is een hele goeie. En que tijd, hoeveel tijd zou je willen gebruiken voor het eerste consult?
P2: Eerste consult, ja. Ik zit dan wel vaak echt aan, als ik echt goed doorvraag, een anamnese heb en een advies, kom ik uit op totaal, direct en indirect op anderhalf uur zit bij het eerste consult.
P1: Dus toch wel wat langer dan
P2: Ja het is echt een uur face-to-face.
P1: oké, en ehm, wat is dan, is er nu dan iets waar je nog extra tijd voor zou willen hebben?
P2: Ehm, niet zo zeer, ik neem de tijd die ervoor nodig is.
P1: Het gaat gewoon wat langer door indien dit nodig is?
P2: Ik heb altijd wel met het uitwerken, dan denk ik oké, dat komt dan aan het eind van mijn poli. Maar het kost meer tijd, ja.
P1: Maar er is niet een specifieke actie die je zou willen uitvoeren waar nu geen tijd voor is?
P2: Dat niet zo zeer nee.
P1: Oké. En voor het vervolgconsult?
P2: Een vervolgconsult plan ik standaardtijd in van een half uur.
P1: Dat gaat goed? Is voldoende?
P2: Ja. Daar kom ik wel mee uit ja.
P1: oké. Ehm, en het resultaat waar jullie naar streven. Wat is het resultaat waar je naar toe wil?
P2: Ja, ik probeer het gewicht altijd zo veel mogelijk stabiel te houden en dan kijken we van hoe gaat die lijn en wat houdt het tegen? Van groeicurve, een goede lijndraad.
P1: Er is verder niet een bepaalde minimum of maximum van binnen deze tijd moet je zo veel..
P2: Doe ik eigenlijk niet, nee.
P1: Oké, en stel een kindje heeft een behandeling gehad en je merkt dat het niet goed gaat en het kindje komt meer aan, ehm, wat is dan vooral de reden die patiënten noemen wat daar de reden voor is?
P2: Ehm, feestjes. Vakanties, verjaardagen, de feestdagen, niet eerste en tweede kerstdag maar die hele, hele vakantie is er van alles te eten, en dan toch ook de ouders die het toch een beetje laten hangen. Dan heeft dat kindje herfstvakantie en dan vraag ik wat is er aan beweging gedaan, ja niks. We hebben lekker thuis zitten gamen of hij heeft, ja zijn vriendjes waren er niet dus hij heeft niet zo veel gedaan. Dan denk ik van ja ga naar het zwembad. Onderneem wat, ga naar het bos. Je rijkt het aan en geeft voorbeelden maar dat zijn wel de punten, altijd met vakanties.
P1: Ja dat hoorde ik ook veel tijdens mijn meeloop dag inderdaad. Oké, en ehm, je had al wat dingen genoemd maar zijn er nog andere punten waarin je de behandeling zou willen verbeteren?
P2: ehm, ik vraag mij wel af, wat zijn de herhalingstermijnen die wij allemaal kiezen, hoe streng moet je zijn? Hoelang moet je doorgaan? Ik denk dat het wel goed is als wij daar meer over meekijken bij collega's of meer advies in krijgen van hoe kan dat. We moeten efficient zijn.
P1: Hebben jullie wel overleg met elkaar?
P2: Wij hebben wel overleg met elkaar.
P1: wat wordt er dan besproken?
P2: Naja, intervisies hebben, maar daar is dit onderwerp eigenlijk nog niet aan bod gekomen. Het is een leuke instake haha.
P1: Maar meer overleg met elkaar zou je fijn vinden?

P2: Nou ik denk wel als je dit op wil pakken, dit onderwerp. Dat is eigenlijk het doel van Vera, neem ik aan. Dan moet je wel overleg hebben van hoe pakt dit uit, of andere dingen. Maar dan is tijd toch vaak wel het probleem he.
P1: Ja, voor elkaar?
P2: Ja met elkaar voor overleg daar is niet veel tijd voor.
P1: Oké, zijn er nog dingen waar ik niet naar gevraagd heb die je wel zou willen noemen?
P2: ehm, ja het streefgewicht van kinderartsen is ook niet altijd even duidelijk.
P1: oké, er wordt niet duidelijk aangegeven.
P2: Nee, er wordt nooit een streefgewicht aangegeven. Soms heb je ook weleens ouders die voor het eerst een groeicurve zien of ehm, dat ik wel vraag of de kinderarts aangegeven wat het streefgewicht is, of waar je aan moet werken? Nee, eigenlijk niet. Dus misschien moeten wij daar ook naar gaan kijken van wat wil een kinderarts dat er bereikt wordt?
P1: Zou je willen werken met streefwaardes? Dat ze ergens naar toe…
P2: Naja, in hoeveel tijd wil je dat ze een stabiel he, die groeicurve.
P1: Denk je dat dat motiverender werkt als ze weten wat ze moeten bereiken?
P2: Ja, misschien wel.
P1: Oké.
P2: Als je echt iets hebt van, als je binnen zo veel tijd, of naja je gewicht stabiel houden maar misschien is er nog wel een ander houvast, maar dat mis ik, ja ik mis de houvast.
P1: Nou goed.
P2: Het is met deze behandeling heel erg dat je het op gevoel doet. Je hebt dan een scholing gevolgd en je krijgt dan wat hints van dit en dit. Dit kun je. Zelf heb ik het beeld beweging is een belangrijke, dus daar zit ik altijd op te shorren. Het is niet alleen de voeding, alles moet kunnen maar normale porties. Motivatie, hoe kun je nou iemand echt zijn werk, dat hij het daadwerkelijk ook opvolgt. Dat is soms frustrerend.
P1: Stel er komt nu een nieuwe werknemer in jullie team, op basis waarvan weet hij dan hoe hij de behandeling moet uitvoeren? Kijkt hij mee of krijgt hij wel een soort papiertje waar het opstaat?
P2: haha, moet je dit ook nog opnemen? Hou je vast. Ik weet het niet, volgens mij hebben we niet echt een standaard protocol voor kinderen en overgewicht.
P1: Hoe weten ze dan wat ze moeten doen?
P2: Hopelijk van de opleiding. Ze mogen alles vragen ja.
P1: Kijken ze ook mee?
P2: Ja, maarja dan moet je maar net een kind hebben gehad met een afbuigende groeicurve.
P1: Meer houvast zou fijn zijn. Oké, goed dankje.

Interview R6
Wie: Diëtist GHDa
Datum: 13 november 2018
Duur: 31 minuten

P1: Jullie werken hier ook op de polikliniek?
P2: Ja, wij hebben hier twee dagen in de week een polikliniek. Uhm, dus we kunnen ze daar zien. Maar eigenlijk hebben wij wel een heel apart programma voor kinderen met, niet specifiek met overgewicht, het is meer als ze obesitas hebben of het is overgewicht met risicofactoren. Ze komen dan standaard in het extra kids programma. Dat staat dan eigenlijk los van onze polikliniek. Ik ben de enige die het extra kids programma draait. Dat is een keer in de week. Ehm, kinderen worden via de huisarts of GGd aangemeld, dan gaan ze een intakegesprek krijgen bij de verpleegkundige, specialist verpleegkundige van de kinderafdeling. Die kijkt dan of ze aan de criteria voldoen, overgewicht risicofactoren of obesitas en zijn ze gemotiveerd. Dan komen ze in het extra kids programma. Van tevoren moeten ze altijd nog een keer Lab-waarden prikken. Er wordt naar cholesterol gekeken, naar de bloedsuiker en naar vitamine D. Dan komen ze op een maandagochtend een keer in een soort carroucel, dan zien zij mij, bij een eerste gesprek, een psycholoog en de fysio. Zo zien wij er zes op een ochtend, dan hebben wij erna een MDO, een overleg met elkaar. Daar zit ook een verpleegkundige bij, en de kinderarts. Er is een extra kinderarts verbonden aan de extrakids. Dan bespreken wij al onze puntjes wat ons opviel, en vervolgen wij ze wel of niet. Vanuit daar psycholoog is niet standaard meer.

Is het geïndiceerd, willen ze het ook? Fysio doen ze eigenlijk, want eigenlijk sporten ze toch niet veel, en gaan ze in een speciaal fit programma, kunnen ze dan een of twee keer meedoen. Eigenlijk zie ik ze altijd wel omdat het toch voor een heel groot deel ook wel aan voeding ligt. Dus zie ik ze in principe altijd wel. Tenzij ze het echt niet willen, of het toch eigenlijk wel meevalt. Dan doe ik ze standaard een maand na onze afspraak, dan geef ik ze toch wat informatie mee, want ik kan niet, ik heb tijdens zo een intake maar een half uur dus ik kan lang niet alles. Ik vraag altijd eerst alle voeding heel goed uit en ik start even vaak iets op, zodat ze al ergens mee kunnen beginnen. Vanuit daar kun je de andere afspraken iets meer verdiepen. Zo zit dat eigenlijk een beetje. En als ze daar buiten vallen, dus een beetje anders zijn, dan kunnen ze gewoon op de poli, ehm, ingepland worden en dan kan een collega ze bijvoorbeeld ook zien.
P1: En dan doen zij niet mee aan het extra kids programma?
P2: Nee, dat zijn dan de kinderen die wat overgewicht hebben, of ehm, want op een gegeven moment als wij ook echt gewone overgewicht erbij deden, was het aantal al veel te hoog, en konden we het niet ehm..
P1: beide doen?
P2: nee, dus eerst was het alleen obesitas, toen ook overgewicht. Ja en soms is het ook net grens overgewicht/ obesitas. Zeker als er risicofactoren meespelen in de familie, zoals hart- en vaatziekten, diabetes, ehm, dan komen ze er ook gewoon in.
P1: oké, en de kinderen die niet mee doen maar wel naar de polikliniek gaan, die hebben dan niet verhoogd risico op ziektes?
P2: Niet uit familiair, wat, waar ehm, waaruit gekomen is, dus worden ze gewoon goed in voeding begeleid, ehm, door een van mijn collega's bijvoorbeeld.
P1: Merken jullie verschil, dat het programma effectiever werkt dan kindjes die op de polikliniek behandelt worden?
P2: ehm, ik denk wel dat effect, juist het multidisciplinaire dat dat echt wel heel belangrijk is. Zeker ook het psychosociale merk je toch wel dat een psycholoog eruit haalt, dat het toch wel van belang is om daar verder naar te kijken. Vaak zit er gewoon zo veel meer achter, dat merk je gewoon. Het is heel belangrijk om alles aan te pakken en sowieso het is een hele moeilijke doelgroep. Ook om ze te houden, je hebt ook regelmatig no shows, dus het is een hele moeilijke doelgroep om er echt, om de resultaten mee te behalen wat je zou willen. Dat is wel ehm, dat blijft lastig.
P1: En als ze behandeld worden op de polikliniek, dan komen ze niet meer naar jou?
P2: Voorheen deed ik nooit poli, dus dan zag ik ze niet maar ik heb nu een keer in de maand draai ik wel een poli. Dus dan kunnen ze daar wel ingepland worden, maar ja dat moet maar net zo uitkomen anders ehm, bij vaste dagen kunnen ze gewoon bij een collega terecht.
P1: Is dat ook een half uur voor een intake?
P2: Nee, dan is het een uur. Dan kan je veel meer. Aan het begin echt alles uitvragen en dan pas echt alle adviezen, ehm, maar ik ben veel makkelijke met afspraken inplannen. Vaak is gewoon eerder dan een maand niet echt zinvol want ze moeten een beetje aan de slag, en vanaf daar plan ik iedere keer door aan de hand van wat nodig is.
P1: Dus een vervolgconsult wordt ongeveer na vier weken weer ingepland.
P2: Ja, zo ongeveer. Ligt er een beetje aan maar dat is gewoon een mooi
P1: Tijd genoeg, ja. Wat gebeurt er allemaal tijdens het eerste consult indien het een uur duurt?
P2: Dan vraag je natuurlijk eerst alle algemene informatie uit. Ehm, voeding ook weer heel goed uitvragen.
P1: Hoe vragen jullie de voeding uit?
P2: Ehm, via een voedingsanamnese, dan wordt echt alles uitgevraagd, weekend apart. Ehm, vaste eetgewoonten. Vanuit daar, of je hoort geen dingen dan vraag je dat nog even extra na. Hebben ze standaard eetgewoontes als op zondag patat dag zulke dingen dan even kijken hoe, dan is dat ook wel wat er speelt. Ehm, en vanuit daar geven we vaak toch al wat adviezen, dat ze ermee aan de slag kunnen gaan. Wij beginnen toch altijd wel met naar productkeuze kijken, daar bewust van worden, de marketing hoe producten verkocht worden, dat mensen denken dat ze een gezond product in handen hebben en dat het dan vies tegenvalt als je dat uitlegt. De lightproducten, de verschillen daarin. Zo begin je eigenlijk een beetje.
P1: Krijgen ze dan nog wat mee naar huis na zo een eerste consult?

P2: Ja, eigenlijk geven we altijd een keuzelijst mee, dat is een lijst met een rood, oranje en een groenvak, die is gebaseerd puur alleen op de vette producten. Dus dan zeg je he, voorkeur groen, hoe minder rood hoe sneller iets zal gaan. Ze leren daar bewuste keuzes in te maken. Ik zeg altijd heel duidelijk begin ook goed met het broodbeleg, want daar kan je de meeste winst eigenlijk al uithalen, ik zeg niet je gaat minder eten, dat je meer trek krijgt, want je gaat niet minder brood eten, maar je gaat wel minder calorieën erop smeren. Als wij daar al wat veranderingen in doen. Daar vinden ze veel dingen uit het groene vak ook prima te doen. Daar een beetje, je moet ze ook niet overvallen met tien adviezen ofzo want dat werkt niet, dan weten ze niet meer, het gaat er soms in en weer uit, dat vangen ze ook niet allemaal op, dus daar begin, beginnen we eigenlijk met die keuzelijst meegeven, vaak ook wel via het voedingsweb laten zien van wat mag je nou allemaal op een dag eten, daar hebben wij ook een foldertje van, dus die kunnen we meegeven. De schijf van vijf folder eigenlijk zeg maar. Dus daar kunnen ze ook een mooi begin mee maken.
P1: ja. En is er dan bij de totale behandeling een standaard protocol wat jullie opvolgen?
P2: Nee. Wij hebben niet een standaard protocol. Nee.
P1: Er is geen bepaalde structuur ehm, in het gesprek?
P2: Nee, ehm, nee maar dat is eigenlijk iedereen doet daar wel zijn eigen ding in. Voor heel veel, iemand voor diabetes of voor overgewicht, ehm, ja, in principe doe je het wel zoals wij het allemaal doen maar iedereen geeft ook wel weer zijn eigen draai eraan, er zijn geen stricte protocollen waar je je aan moet houden. Wel vanuit de arts, wat er wel en niet besproken moet worden, daaruit ga je wel een beetje..
P1: Schrijven jullie de behandeldoelen waar een kindje aan moet werken ook op?
P2: Ja, de adviezen die besproken zijn, want het kan soms ook zo zijn dat een kindje bij een andere collega terecht zal komen, door omstandigheden of iets, dus je schrijft altijd op van wat is er besproken, ehm, welk adviezen heb je meegegeven, en ook een kopje met folders die zijn meegegeven. Dan weet je, dan weet je het vanuit daar ook. Dan staat er ook de controle weer in, of bijvoorbeeld de dingen die je even na moet vragen. Wat moet de volgende keer besproken worden, want dat zag je ook uit de anamnese maar de tijd was er niet, of het werd te veel om dat te bespreken.
P1: Ja.
P2: Dan zet je neer wat er nog besproken moet worden. Zo weet eigenlijk iedereen, dat iedereen het zo zou kunnen oppakken.
P1: Ja. Gebeurd dat veel dat een kindje naar een andere diëtist gaat?
P2: Nee, kijk, er kan iemand ziek zijn, maar we hebben alle twee dagen en dan zit er altijd dezelfde collega in principe. Dus eigenlijk kom je altijd wel bij dezelfde anders werkt het ook niet. Dat is ook wel heel lastig. Dan bouw je geen vertrouwensband op, maar je hebt weleens dat iemand toch, van ja ik stond nu op de dinsdag, ik kan eigenlijk alleen op de donderdag. Dan ga je schuiven maar dan zal je erna altijd dezelfde te krijgen. Maar je hebt het niet altijd in de hand.
P1: en vier weken later, wat komt er dan aan bod in het vervolgconsult?
P2: ehm, vanuit het extra kids programma of bedoel je of naja bij een vervolg vraag je sowieso hoe het gegaan is, en wat is er veranderd, wat heb je gedaan, soms hebben ze nog niks gedaan. Dan ga je daaropin. Dan ga je ze weer een stapje verder helpen. Of ze hebben dit gedaan, en dat lukte en dan is er ook weer ruimte voor een volgende stap, om eens te kijken naar drinken of ehm.. ja.
P1: Is er iets wat vaker terugkomt waarom het niet lukt? Wordt dezelfde reden vaak genoemd?
P2: Ja ik denk toch wel een deel motivatie is. Het is natuurlijk ook we hebben het over kinderen. Ouders spelen daarbij een hele belangrijke rol, want ehm die kinderen koken niet zelf dus ja wat er in huis is, is het belangrijk dat de ouders het minder in huis halen. Dat zij er ook heel betrokken bij zijn, je kan niet alles alleen van het kind verwachten. Zeker bij die jonge kinderen.
P1: Ja, dus al de motivatie van de ouder minder is, dat dan de motivatie van het kind ook minder is?
P2: Ja bijvoorbeeld. Of er is sprake van dat de ouders gescheiden zijn. Bij de een was het gesprek met moeder, vader weet van niks, dan is er dan ook geen lijst waar die weet wat er moet veranderen, dus soms heb je dat ook.
P1: Wat doen jullie dan, als jullie merken dan een ouder niet zo gemotiveerd is?
P2: Dan probeer je daar een gesprek mee aan te gaan, dan leg je uit dat je het echt voor de gezondheid doet, voor de latere mogelijke gevolgen. Dan hoop je ze daar wel mee te triggeren.
P1: Ja.
P2: Ja, dat blijft lastig.

P1: Op wie is het gesprek vooral gericht?
P2: Ja, dat ligt wel heel erg aan de leeftijd. Ik probeer altijd wel heel erg voornamelijk wel het kind erbij te betrekken. Dus ook als ik de voeding uitvraag, doe ik dat eigenlijk met het kind. Maar dat ligt soms ook aan de leeftijd, dus ik vraag dan wel wat na, of ouders vullen het zelf aan, want dan soms vinden ze het ook eng en durven ze het niet te zeggen, of ze weten het opeens niet meer, dan geef ik wat voorbeelden, de adviezen, laat ik de lijst bijvoorbeeld wel heel erg zien, van je kan bijvoorbeeld je broodbeleg ook bij deze lijn, er staat vast wel wat tussen wat je lekker vindt. Ik denk dat het wel heel belangrijk is om ze daar in te betrekken en bewust van te maken. Op een gegeven moment kan je ook niet alles verwachten omdat het kinderen zijn en kinderen blijven. Dus is het ook een deel voor de ouders om bepaalde dingen niet meer in huis te halen. Of juist wel in huis te halen dat kan een kind niet zelf.
P1: Is er nog iets als een houvast voor zusjes of broertjes, of als die gescheiden vader er niet bij is, dat eer een bepaald voorlichtingsmateriaal is of lijst waarin zij kunnen zien wat de bedoeling is dat zij in behandeling zijn?
P2: Ehm, dan praat ik even vanuit de extra kids. Daar zie ik ze ook het meest. Daar krijg je wel altijd een informatieformulier mee wat er verwacht wordt. Ik weet niet hoe de verpleegkundige dat doet, of ze het meegeven. Ik denk dat dat ook aan de ouders ligt. Soms zijn de ouders ook wel met zijn tweeën dat hangt er ook heel erg vanaf. Hoe dat precies gaat, dat weet ik niet. Soms zeg ik ook geef ik een extra mee. Soms is ook iemand alleen in het weekend bij vader, maar dan moet het eigenlijk toch een feestje zijn dus zijn het toch vaak ongezonde keuzes om het gezellig te hebben, dus dat proberen ze ook wel te bespreken. Anders ben je van maandag tot en met het weekend heel goed bezig, en dan begin je erna weer opnieuw. Dus dat probeer ik wel altijd aan te geven.
P1: Ja, oké. Is er iets heel speciaal doen omdat de behandeling om kinderen gaat, en het hierop aangepast wordt?
P2: Ehm, nee. Niet echt.
P1: Het lijkt wel op de behandeling van een volwassene?
P2: Ja, in principe wel. Je kijkt naar de voedingsanamnese en vanuit daaruit geef je de adviezen. Tuurlijk eten ze soms wel anders of ehm, meer snoepen maar dan ga je daar meer op in, maar dan spreek je toch meer de ouders aan want die hebben het voor het zeggen. Of er wel of niet snoep in huis wordt gehaald. Dan benoem ik dat altijd wel. Er is nu een nieuwe psycholoog, en voorheen was er een ander, daar had ik heel nauw contact mee, en hadden wij ook, we noemde dat ouder en kind training ernaast. Dan zagen wij ze drie keer samen, dat werkte eigenlijk heel goed. Ik kon dan op voedingsadviezen wat zeggen maar als de ouder dan zegt ‘ja maar, ik heb ook nog een dochter die heel slank is, dus dit moet wel in huis’. Dat er dan bepaalde producten niet goed zijn voor de patiënt maar wel voor zijn broertjes of zusjes. Soms is dat best wel lastig hoe je dat het, eigenlijk op ingaat. De psycholoog kan daar toch net wat beter op in gaan. Dus dan was het echt een hele mooie samenwerking zo.
P1: ja.
P2: Dat is er op dit moment niet, want ehm, ja maar ja dat zal dan misschien ook nog wel komen. Dan kan je eigenlijk meteen van twee kanten aanpakken zeg maar.
P1: Ja. Hoe is het resultaat bij jullie? Zien jullie over het algemeen goed resultaat?
P2: Ehm, ja. Het is heel wisselend. Er is jaren geleden onderzoek gedaan, toen bleek toch dat uiteindelijk echt wel resultaat was. Het programma was eerst volgens mij twee jaar, misschien is het teruggedraaid naar een jaar, durf ik niet te zeggen. Zodra de carocel start kom je na drie maanden bij de verpleegkundige voor meten en wegen. Kom je drie maanden later, dus met een half jaar kom je bij de kinderarts om even te kijken hoe en wat. Dan volgens mij, 9 maanden geloof ik, dan heb je dat weer. Maar wat je heel erg merkt is dat je die afspraken zo ver van te voren zijn ingepland dat je toch regelmatig no shows, en ehm, dan niet komen of geen nieuwe afspraak is en het overzicht kwijtraakt. Dus wij zijn daar nu heel erg mee bezig om ehm, daar meer inzicht in te krijgen. De verpleegkundige is nu ook met een opleiding bezig en die heeft ons nu ook in een onderzoek meegenomen om te bedenken hoe kunnen wij nou toch die no show naar beneden krijgen, want ja dat heb je soms toch wel. Dat is gewoon heel lastig. Dan heb je het overzicht niet meer. Soms verandert er niks, dan weet je vrijwel zeker dat ze bij die eerste afspraak niet gaan komen en, ja dat is heel lastig. Je probeert het toch maar ja als die motivatie er niet is, dan is het toch niet het juiste moment, en gaat het niet lukken zeg

maar. Dat heb je toch wel vaak, wat je ziet. Het is niet eens perse het gewicht naar beneden, kinderen groeien er nog uit, dus verbeterd de BMI al.
P1: Dat de groeicurve naar beneden gaat is voor jullie een streefwaarde?
P2: Ja, ja, want wij zien soms ook echt wel kinderen die niet meer in de curve passen. Die ver boven de +2,5 zitten. Ehm, dus dan zijn ze echt obesitas graad 3.
P2: Ja.
P1: Ja dat is natuurlijk wel heel belangrijk, maar je hebt ook obees graad 1 en dan zijn ze nog heel jong, dan groei je er echt nog wel uit. Dan is het echt goed opletten, vaak kan er wel wat aan de voeding veranderd worden. Zorgen dat het gewicht niet mee blijft stijgen, dat is in hoeverre ook wel wat je verwacht. Dus ja, op zich ik denk dat de resultaten mooier zouden kunnen zijn, maar dat is denk ik ook wel een beetje de doelgroep waar je mee te maken hebt. Heel veel speelt mee, dat is toch wel lastig.
P1: Wat zijn dan dingen die veel meespelen?
P2: Thuissituatie, toch ook wel veel buitenlandse kinderen, qua vluchtelingen dus soms is taalbarrière gewoon heel lastig. Andere gewoontes gewend, dat kan je ook niet zomaar veranderen. Dus ja er speelt heel veel mee.
P1 Ja, oké. En qua voorlichtingsmateriaal, is er materiaal waar je graag mee werkt naast die tabel of ehm, keuzelijst?
P2: Ehm, eigenlijk werk ik daar toch wel echt het liefst mee, ik mer toch wel dat die het belangrijkst is. Vanuit daar ga ik wel verder om plaatjes te laten zien, dit is pindakaas gewoon, dit is pindakaas light, zie het verschil is. Dus ze echt bewust laten worden, ik probeer ze echt bewust te worden hoe producten in de winkel verkocht worden en waar ze naar moeten kijken. Dus dat ze niet naar de voorkant moeten kijken maar altijd naar de achterkant van het etiket. Zo probeer ik ze, ik denk dat dat wel heel belangrijk is.
P1: Dus ook veel visueel gebruik?
P2: Ja, zeker. Wij hebben hier producten staan en ehm..
P1: En filmpjes?
P2: Ehm, nee dat niet, ik denk dat daar ook nog wel goed naar gekeken mag worden, maar soms heb je daar ook niet altijd tijd voor om je daarin te ontwikkelen. Maar dat, het staat nooit stil. Dan hebben ze weer iets nieuws, nieuw drinken waar ze nog nooit van hebben gehoord, dus je houdt het ook altijd bijna nooit bij. Dan moet je er weer over lezen, is het wel/ niet gezond.
P1: En als er ineens heel veel tijd beschikbaar is om te kijken naar hoe de behandeling nog beter gemaakt kan worden? Is er dan iets wat je zou willen doen wat tot meer resultaat leidt?
P2: Ja, ik denk toch echt die bewustwording, dat mensen schrikken ervan. Dit is de cornflakes die je neemt, dit is een boterham met gezond mager beleg die je neemt, dat ze echt het verschil daarin kunnen zien. Ze moeten het echt visueel zien. Dat merk ik echt. Ik heb ook weleens plaatjes van broodbelegsoorten of van drinken, dat moeten zij dan in een volgorde leggen van beste keus naar slechtste keus. Heel leuk is dat, kinderen vinden het heel leuk om te doen en ouders zijn er ook veel mee bezig. Dan krijg je een beetje een discussie tussen moeder en ja, dan doen ze het toch een beetje samen. Tuurlijk hebben ze het nooit helemaal goed. Dan dat moment van ‘oh die helemaal daar’, dan, dan zien ze dingen en activeren ze echt. Dan willen ze er een foto van maken, ze moeten dingen zien. Je kan wel dingen vertellen maar dat blijft toch niet altijd hangen. Dus dan maak je ze echt, deze poster bijvoorbeeld die hangt hier nog niet heel lang. Dit valt kinderen meteen op. Kinderen die poster met die suikerklontjes, dan zien ze oh die heb ik, dat is wel heel leuk. Dus dat moet echt een beetje, dus zo iets met suikerklontjes, zulke dingen zou ik nog wel meer in eh,, meer in voorbeelden geven, ze laten shockeren van is dit echt zo slecht? Dat is het vaak, ze zijn er echt niet van bewust dat dat zo slecht is, of ehm, dat is denk ik gewoon het belangrijkste.
P1: Ja precies, dat denk ik ook. Ehm, qua tijd, vind je een uur voor een eerste consult goed, lang of kort?
P2: Goed, soms ben je ook wel met drie kwartier klaar. Dan moet je vaak nog wel alles uitschrijven maar vaak ben je niet met deze doelgroep echt een uur aan het praten. Ook omdat die spanningsboog, vooral bij kinderen, niet al te groot is, en dan heeft het geen zin meer. Dan, die ouders zijn dan bezig om die kinderen een beetje in toon te houden. Dus maximaal zou ik zeggen een uur. Dan heb je echt voldoende. Een halfuur wat ik heb is dan weer een beetje kort. Dat komt eigenlijk altijd wel goed maar dan heb je alleen tijd voor een voedingsanamnese en een begin te maken met een advies. Dus ik kan

vaak niet helemaal uitvragen hoe de gezinssituatie is ofzo, het komt wel want onze verpleegkundige weet het wel of het staat al in het systeem of de psycholoog vraagt nog iets uit waar ik dan wel iets van hoor, dus ik probeer wel echt bij mijn stuk te blijven anders red ik het echt niet.
P1: Krijgen ze een voorbeelddagmenu mee?
P2: Lang niet altijd, omdat ik ze juist die keuze wil laten houden, juist alleen richtlijn, van beleg van de groene kant en max zo veel van vruchtensap, ehm, maar wel ehm, ja,
P1: Is natuurlijk ook een soort voorbeelddagmenu maar dan veel meer keus.
P2: Ja, anders beperk je het, of je zegt vanuit de hoeveelheden van de schijf van vijf dat je de hoeveelheden weet, maar soms maak ik het wel is, dan hebben ze toch meer nodig. Als ze het vragen doe ik het wel maar niet standaard.
P1: Nee. En als een kindje terugkomt en je merkt dat er weinig resultaat is behaald, pas je de behandeling heel erg aan?
P2: Ik probeer ze te motiveren. Dus er meer opzitten van waarom niet, wat is er lastig, waar kan ik je bij helpen? Een beetje daarop ehm…
P1: hoe kan je ze dan meer motiveren?
P2: Om ze denk ik toch meer bewust te maken, dat ze hier niet voor niks zijn. Dat ze het wel zelf willen en dat als ze niks veranderen ook geen resultaat zullen zien. Dat ze echt niet, dat je het echt klein gaat maken. Ik zeg altijd je hebt pas ruimte voor een stap, ben je daaraan gewend, dat heeft tijd nodig, soms een paar weken nodig, dan is er pas weer ruimte voor een volgend advies. Je kan wel 5 adviezen gaan geven maar dat werkt niet. Dat merk ik, ook omdat ik al een aantal jaar werk ook zeg maar.
P1: En dat programma werkt goed?
P2: In principe wel, ja. Zeker omdat het multidisciplinair is, is het heel fijn. Dus als ik soms ergens tegen aanloop, nah die komt bij mij niet meer he, dan hebben we ook weleens gehad, mdo, en dan komen er een aantal kinderen van nah ik wil die bespreken en ik wil die bespreken. Oh nou bij mij niet, komt de fysio weer, en dan is er veel meer contactgrip op zeg maar.
P1: Ah leuk, dat ken ik niet echt.
P2: Ja, dat doen we nu een paar jaar ofzo al. Het is een soort poliklinisch, maar eigenlijk ook niet zeg maar.
P1: Wel individueel toch? Niet in groepsverband?
P2: Nee. Ik zie ze echt individueel. Voorheen weleens samen met de psycholoog maar nu niet meer. Maar het is echt niet dat ze op de gewone poli komen spreken het is echt apart zeg maar.
P1: Ja. Oké. Ehm, dit waren wel mijn vragen, zijn er nog dingen waarvan je denkt, dat is nog nuttig voor het onderzoek?
P2: ehm, ja naja, het is echt een lastige doelgroep. Ik laat altijd dit voorbeeld zien van de pindakaas. Dan zeggen ze dat ze pindakaas light in huis hebben, en dan laat ik zien ja maar als ze er iets uithalen dan stoppen ze er altijd weer wat voor terug om de smaak te behouden. Als wij dan de etiketten laten zien dan schrikken ze pas echt van wat erin zit. Dat doe ik hetzelfde met Snelle Jelle repen. Die moeten van mij meteen uit huis en dan snappen ze niet waarom. Er zijn zo veel verschillende varianten. Dan laat ik ze zien wat er nou echt in zit en dan beseffen ze het pas.
P1: Ja, oké, hele goeie. Dankjewel!

Interview R7
Wie: Diëtist GHDa
Datum: 13 november 2018
Duur: 20 minuten

P1: Bedankt voor het afnemen van het interview. Ik heb je uitgelegd over wat voor onderzoek het gaat.
P2: Ja, duidelijk.
P1: Mooi, ehm, dan wil ik eerst graag weten welke informatie u al heeft voordat een patiënt in behandeling genomen wordt?
P2: Welke informatie ik heb van een patiënt voordat ie in behandeling gaat? Weinig. Alleen een verwijsbrief, voordat hij in behandeling gaat. De kinderen hier zijn vooral obesitas graad 2 of graad 1 en met ehm, risicofactoren. Dus dat is wel wat anders dan Gouda. Het is niet echt overgewicht want wij werken hier in Amsterdam met Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG). Ehm, dat wijkt

af, en hier hebben wij besloten dat de GGD, die behandeld de kinderen met overgewicht en graad 1. Vanaf die, dus met risicofactoren komen zij bij ons, en verder met graad 2, 3 en 3+. De informatie die ik krijg is vaak een verwijsbrief, als het een goed ingevulde verwijsbrief is, dan staat het wat uitgebreider, dan zijn de risicofactoren al voor gevraagd. Ehm, wat ze al hebben gedaan, of ze al iets met de voeding hebben gedaan, of zij al een doorverwijzing van een diëtist is gekomen, of doorverwijzing fysio is gekomen. Dat het kind al in een gly, ehm, gecompliceerde leefstijlinterventie is ingestroomd. En ehm, maar dat is de ideaal situatie. Vaak heb ik alleen maar een hulpvraag, van graag screening comorbiliteit, en ehm, terugrapportage of de huisarts of de verpleegkundige. Dat noemen wij in Amsterdam Ouder en Kind regisseur, die zijn BIG-geregistreerde mensen, dus HBO-verpleegkundige. Vaak, of adviseurs en die zijn dan gekoppeld aan een gezin Dat zitten ook veel koppelingen in. Zo gaat het een beetje. Over het algemeen is dat de route zeg maar. Dan heb ik of een informatie en gradaties, groeicurve wordt wel altijd mee gemaild.
P1: Al voor dat de behandeling begint?
P2: Ja. Altijd al inzage van de groeicurves van hoe is het ontwikkeld. Ehm, en dan zie ik ze op het spreekuur.
P1: En dan hebben zij een eerste consult?
P2: Ja, dan hebben zij een intakegesprek bij mij. Dat was vroeger de coassistente die dat deden, dat was tussenmeer, dat hebben wij dus teruggetrokken met een collega toen, die is nu weg maar ik heb hier de functie obesitas-coördinator en diëtist. Ehm, en in die eerste functie doe ik dan de intakes en dat is ehm, persoonlijke gegevens, historie, maar ook zwangerschapskuur, wel of geen sprake van zwangerschapsdiabetes, dat is een heel uitgebreide intake, dat kan ik je laten zien en dan ehm.
P1: Ehm, maar dit is kinderen van 6 tot 12 jaar?
P2: Dit is kinderen tot 12 jaar. We zien ze ook met twee jaar wel is. Ehm, en dat is dus die intake, die duurt iets van 45 minuten. Een uitgebreide intake. Er zit ook onderdeel voeding, beweging, opvoeding en thuissituatie dus sociale..
P1: Dat wordt bij het eerste gesprek wel allemaal gevraagd en meegenomen?
P2: Ja, ja. Ehm, slaappatronen, dus het is behoorlijk uitgebreid, wij hebben daarom ook drie kwartier de tijd voor. Minimaal. Daarna komt 10 tot 15 minuten de kinderarts ehm, of de huisarts in opleiding, die doen wij nu er ook in omdat vanuit de AAGG veel huisartsen veel meer betrokken moeten zijn met die behandeling van overgewicht en obesitas. Dat hebben wij als opleidingsfunctie. Dat huisartsen vanuit de opleiding, want zij zijn hier dan in opleiding dat al meegeven. Dat ze echt oog hebben op de problematiek zeg maar.
P1: Oké Wat doet de huisarts dan in dat kwartier?
P2: Het is een huisarts in opleiding of een kinderarts die aansluit, die gaat dan lichamelijk onderzoek doen, die gaat luisteren naar het hart en de longen, gaat voelen of er al klieren zijn in de borsten, borstvorming is bij de prepuberteit, vraagt nog extra wat dingen na over bijklachten of andere klachten, menstruatie problemen bij meisjes. Ehm, even denken wat hij nog meer doet. Ehm, bloeddruk opmeten en ehm, kijken naar striemen of er sprake is van striae. Eigenlijk is het protocol vanaf tien jaar dat er bloed wordt geprikt op bloed bij kinderen, maar sommige situaties, na lichamelijk onderzoek, kan het ook vanaf acht jaar voorkomen. Dus dan kan je daar vanaf wijken. Dat is dat de route zeg maar. Dan moeten de gezinnen wel of niet bloedprikken zeg maar, of er komen andere dingen uit, geen oorzaken, geen voeding gerelateerde oorzaken, geen beweging gerelateerde oorzaken uit, dan kan je gaan nadenken of er misschien slaapproblematiek of ademhalingsproblematiek is of dat er met menstrueren een situatie problematiek is, dat kan je nog verder uitpluizen. KNO-arts soms inschakelen met ademhaling of de slaaponderzoeker of er zijn klinisch genetische afwijkingen. Dat is dan zeg maar wat de arts moet beslissen.
P1: Als dit allemaal wel goed is, ligt het probleem dan wel vaak bij de voeding?
P2: Ja. Heel vaak, ik denk dat heel veel, zeker wel 70% wel voedingsafwijking is. Als het niet 80 is. Plus de beweegarmoede. Daar hebben wij het dan over, dat hebben zij dan bij de GGD al best wel vaak gehoord. Dan horen zij het ook van de arts ook van mij. Als ze niet al bij een diëtist zijn geweest krijgen zij een verwijzing via mij naar een collega eerstelijn en als ze al niet iets aan fysiotherapeuten hebben gehad of beweeggroepen hebben gehad, dan krijgen zij dat ook via mij.
P1: Oké, dus de beweging wordt ook in het ziekenhuis..
P2: Niet in het ziekenhuis maar buiten het ziekenhuis, maar wel een verwijzing en een plan, dat wij echt afspreken met het gezin van er moet een voedingsplan en een beweegplan komen, dat kunt u met

die doen of met die doen, ehm of GLI, gecombineerde leefstijlactiviteit en ehm, dan moeten zij dat plan uitvoeren.
P1: Oké. En het voedingsadvies, hoe vragen jullie de anamnese na?
P2: Ehm, nou dat gebeurt op een hele summiere manier. Ehm, die weet ik als diëtist dat die niet goed genoeg is. Maar je kan wel iets vertellen he, als ontbijt, ik vraag vaak of er sprake is van drie maaltijden, of er ontbeten wordt, waar bestaat de lunch uit, denk je zelf dat daar ehm, winst te behalen is, ben je al eerder bij een diëtist geweest, hoe zit het met de extraatjes, he, kan je een top drie noemen van voedingsproblemen waarvan je als ouder denkt daar zit het hem in. Als zij dan benoemd patat, frikandel en ehm, te veel suikerrijke dranken dan weet je snel genoeg. Dan vraag ik daar nog na, heeft u kind dan suikerrijke dranken? Ja als het kind dat cola drinkt, dan hoef ik daar niet verder moeilijk over te doen, dan is het al duidelijk. Soms probeer ik daar een heel summier beeld van te krijgen en vaak ligt het dan daar ook in zeg maar. Maar er komen wel is kinderen voor die heel veel vraatzucht hebben die continue willen eten en dat de kinderarts dat dan genetisch gaat bekijken of er sprake is van ehm..
P1: Dus het wordt wel altijd bij alle patiënten gecheckt?
P2: Ja, voeding wordt altijd standaard bevraagd. Ehm, het is niet een standaard dietistische diagnose dat kan niet. Want ik heb ook opvoeding, beweging en andere zaken die je moet bespreken dus het is absoluut niet een dietistische diagnose. Het is wel vast voor ons een signaal. Als ze al zeggen wij zijn uitgebreid bij een diëtist geweest, we doen het echt goed betreft voeding, dat weet onze diëtist ook, ja dan kan je dat links laten liggen en je gaan focussen op andere dingen eventueel. Ehm, maar dan heb je dat duidelijk.
P1: Ja. Krijgen ze dan, als het eerste consult voorbij is, hebben ze dan een overzicht of krijgen zij iets mee naar huis naar wat de bedoeling is?
P2: ehm, nee. Het is een samenvatting, en daar is wat ons betreft nog best wat aan te doen. Nadenken over, maar wij hebben wel een overdraag brief naar de ouder en kind teams en ehm, daar is wel in geconcludeerd, ik zet altijd een conclusie over het onderwerp voeding en altijd een conclusie over het onderwerp beweging. Dus die krijgen ze. Dan vraag ik ze ook als ze hier, soms komen ze bij mij nog is terug. Van nah, ik wil toch weten of het op de rit is gezet door de GGD, dan vraag ik ze nog wel is twee of drie maanden later een afspraak te maken. Zij krijgen sowieso een voedingsconsult met de kinderarts, om de uitslagen te bespreken als daarvoor is gekozen, om bloedonderzoeken te doen. Ehm, en als het een lage zes, een zelf redzaam gezin is, die bijvoorbeeld Turks spreekt, wat ik heel goed kan, dan vraag ik ze bij mij terug.
P1: Zij komen pas na twee of drie maanden terug?
P2: Ja, maar daar ben ik wel heel vrij in, ik mag ook zeggen als ik het niet toevertrouw, kom maar over een maandje terug.
P1: Ja, oké.
P2: In die situaties, van bijvoorbeeld graad 3+++ dan vraag ik ze meestal na een maand terug te komen.
P1: Krijgen zij verder nog iets van voorlichtingsmateriaal mee naar huis?
P2: Nee, nee. Een voorbeelddagmenu is ook heel incidenteel, dat wil ik ook aan mijn eerstelijns collega's overlaten. Want daar moeten zij ook blijven, ik moet het niet overnemen. Maar ik kan hier veel, dus als er vragen zijn, kan ik ze wel beantwoorden.
P1: Dus naast u, lopen zij ook bij een eerstelijn?
P2: Ja, als zij vanuit de GGD komen dan sowieso en blijven ze daar. Dan hebben wij goede contacten, ik heb zelf ook 16 jaar bij Coda gewerkt, in de thuiszorg. Mijn ex-collega's hebben zichzelf verzelfstandigd en dat is nu de diëtistengroep Amsterdam geworden en daar heb ik ook goede contacten mee. Dus heel veel kinderen komen dan ook bij een van hun. Zo niet, dan heb ik ook connecties van collega's van de GGD en dan hebben wij een keer in de 6-8 weken een netwerkoverleg en dan komen ook al die disciplines tijden het overleg, en daar ken ik ze ook van.
P1: ja, oké.
P2: Zo doe ik het.
P1: Oké, en als kindjes na een lange tijd terugkomen en u ziet dat er weinig resultaat is behaald, is er dan een terugkomende reden waarom het niet lukt?
P2: ja, dat zijn die lifestyleproblematiek. Die gedragsverandering stuk wat heel moeilijk is. Dat weten wij als diëtist ook heel goed. Artsen hebben daar minder begrip voor, dus ehm, gelukkig hebben wij

een kinderarts die dat heel goed weet. Die begrijpt dat. Ja, dat is het, terugval of ehm, oude vaardigheden heel veel die wij in de doelgroep west kennen, Turkse en Marokkaanse ouders, niet westerse ouders, Aziatische ouders, waarin de houding van ouders naar kinderen een heel andere plek heeft in de samenleving, dat is echt, ze tolereren behoorlijk veel van hun kinderen terwijl de Westerse opvoeding toch meer regels kent, meer tijden kent. Dat kent een Aziatische of niet Westerse samenleving niet.
P1: Dus een beetje naar de structuur toe getrokken?
P2: Ja, afwezigheid van structuur, schrijven van grenzen, nee kunnen zeggen tegen het kind. Kinderen binnen de Turkse samenleving, die ken ik dan goed, moeten gewoon kunnen leven en kind kunnen zijn, daar passen regels niet, dat is de mentaliteit. Tuurlijk zijn er uitzonderingen hé, hoogopgeleide Turkse ouders, beter geïnformeerde ouders over opvoedingselementen. Het zadelt steeds meer op, wel door in de samenleving Marokkaanse, Turkse, Pakistaanse, Aziatische maar ook bijvoorbeeld Zuid-Amerikaanse, die hebben dit ook he, dus dat is best Westers. Wij weten dat kinderen dat nodig hebben en dat vertellen wij dan wel en de GGD verteld dat dan ook vaak. Er zijn ook heel veel cursussen. 'Gezond opgroeien' ehm, trainingen voor ouders, lifestyle cursussen voor ouders, zoals 'LEFF', ehm, waar ik heel veel naar doorverwijs.
P1: Ehm, en wat is het dan waar die cursus mee helpt?
P2: Nou, wij hopen dan natuurlijk dat mensen daar leren wat de ouder vaardigheden en het belang daarvan.
P1: Misschien ook de kennis vergroten?
P2: Sowieso. Kennis vergroten, proberen helder te maken dat obesitas vervolg is van eigenlijk jarenlang niet nee kunnen zeggen tegen je kind op opvoedingsvlak. Dus als een kind chips vraagt, dat je dat accepteert, in plaats van 'lieverd een schaaltje daar moet het bij blijven' die hele zak gaat leeg… dus ehm, dat is wel heel erg belangrijk. Dat je daar heel bewust van wordt als ouder. Dat je weet van je moet het begrenzen, want dat kan hij zelf niet. Dat is wel heel moeilijk voor ze. Als ze altijd, het gewoon laten pakken dan is het moeilijk om ze terug te halen en grenzen te stellen. Een keer in de week mag je een schaaltje chips hebben maar meer niet. As die kinderen gewend zijn aan drie keer, ja dan is dat heel erg lastig. Dat kan je als ouder niet 1, 2, 3 oppakken. Dan krijg je als ouder dat het een tijdje goed gaat en dan weer niet. Dan gaat het weer een tijdje goed, dan weer niet. Ook zijn er veel bemoeienissen. Van school, schoonouders, je eigen ouders.
P1: Worden die dan ook in de behandeling betrokken?
P2: Ja, ik heb wel is vaders uitgenodigd, die dat toelaten en moeder wil dat niet. Die gaat dan naar deze gesprekken en vader niet, dus die beseft het niet, dat is gewoon niet goed, dus dan wordt hij uitgenodigd in het gesprek. Of een schoonmoeder die een grote rol heeft, bijvoorbeeld thuis woont bij hun, die daardoor invloed heeft op die voedingsgedrag. Die nodig ik ook weleens uit, om uit te leggen dat hij ook echt steun nodig heeft daarin.
P2: Richten jullie het gesprek meer op de ouder of het kind?
P1: Op de ouder. Met name op de ouder, tenzij het kind 13, 14, 15 is. Dan probeer ik de ouder, die wil dan graag wel, maar dan heeft hij een onhandelbare puber bijvoorbeeld, dan proberen wij er met zijn drieën uit te komen dat de puber begrijpt, het belang ervan, waarom dan, waarom moet je niet meegaan met je vrienden als zij een döner kopen? Dat soort gesprekken heb je dan. Of de zakgeld besteding. Ook heel veel multiproblem gezinnen. Als je in de schulden zit, en je moet 15000 euro terugbetalen, ja dan maken ze zich geen zorgen meer over je kind wat een zak chips weg zit te eten. In het ergste geval. Dan probeer ik wel duidelijk te maken van, er is sprake van dit, hebben jullie daar al iets mee gedaan? Kunnen jullie het gezin ondersteunen als in brieven oppakken, gesprekken met de gemeente, gesprekken met uitkeringsinstanties? Dat ze het kunnen ontlasten. Soms is het een taalbarrière. Dat zijn dan heel ingewikkelde dingen.
P1: En over de totale behandeling, is er een bepaald protocol wat jullie moeten opvolgen?
P2: Ja, zeker.
P1: Hoe ziet dat er ongeveer uit?
P2: Ehm, dat is eigenlijk, het medische deel, dat protocol ken ik niet, dat kennen de artsen zelf. Dus wat moeten wij aan lichamelijk onderzoek doen? Hoe moeten zij het registreren, maar ook wanneer kies je wel of niet voor een bloedonderzoek? Wanneer kijken wij naar het klinische stuk? Hebben wij bijvoorbeeld prediabetes gevangen? Wat gaan wij dan doen? Wat zijn de gevolgstappen? Wij hebben hier ook een diabetesafdeling. Wat gaan wij precies met de kindjes doen?

P1: Dus de diëtisten werken redelijk op dezelfde manier?
P2: Nou, de diëtisten in de eerstelijn, want ik ben natuurlijk obesitas coördinator en diëtist, en ehm, de diëtisten eerstelijns moeten ook wel op dezelfde lijn moeten zin, maar of ze het doen is natuurlijk het tweede. Klinisch worden zij dus eigenlijk niet begeleid. Dat is echt poliklinisch en eerstelijns. Maar het protocol die wij hier hebben, is echt eerst die intake dan het bloedonderzoek, telefonisch contact koppeling van telefonische uitslagen of bij mij, of bij de arts, of bij mij face-to-face. Is het echt obesitas graad 3 met complicaties dan houden wij ze, dan kijken we een tot twee keer in de drie maanden naar, die vrijheid hebben wij, ik, is mij gegeven. Gelukkig, en die gebruik ik. Als ik merk dat iemand ingewikkeld is, wijk ik af van het protocol. Absoluut. Waar zij behoefte aanhebben.
P1: Als u in behandeling bent met een kindje over voeding, is er dan bepaald materiaal wat u graag gebruikt?
P2: Ehm, nou ik gebruik het voedingscentrum heel vaak. Omdat zij dit thuis ook vaak kunnen gebruiken. Ik ben ook vaak met pubers in gesprek. Voor de puberteit, heb ik altijd heb gesprek met de ouder. Ehm, ik kan echt samen met ze kijken op de site, van wat houdt dit in, hoeveel sneetjes brood mag je op een dag? Maar vaak kom ik hier niet omdat zij in een precontemplatiefase zitten. Dus het is nooit een actiefase die ik tegenkom. Als de patiënten zelf erg hun best willen doen dan pak ik het voedingscentrum erbij, dan kunnen zij die zelf ook gebruiken. Ik leg dan ook uit hoe zij er komen, dat er menu's zijn, als ze niet weten wat ze moeten eten, dan kunnen zij nog kijken naar de menu's. Waar ik heel erg op let dat het op obesitas gericht is. Graad 3 kan niet 6 sneetjes brood eten bijvoorbeeld.
P1: Wordt het advies dan meer gericht op energiebeperkt?
P2: Ja, absoluut, ik vertel ook altijd dat bij het voedingscentrum gericht wordt op gezond gewicht, er is overgewicht en je wil dus het gewicht hetzelfde houden, dus dan moet je andere aanpassingen doen. Dus vooral op de koolhydraten gericht, dus iets minder koolhydraten. Iets minder brood, aardappelen of een ander zetmeel component. Dat is wel absoluut mijn focus, anders gaan zij geen resultaat boeken.
P1: Het resultaat waar jullie naar streven is…
P2: Sowieso in de groeifase zeg maar, stabilisatie van gewicht, waardoor de lengtegroei al genoeg effect gaat hebben op de BMI, en ehm, als ze gewicht kwijtraken is het mooi meegenomen want je wil ze natuurlijk wel zo snel mogelijk op een gezonder gewicht. Gezonder BMI. Dus als er twee kilo'tjes afgaan, prima, maar we streven zeker niet naar 10-12 kilo ofzo. Alhoewel het in graad 3 en puber richting volwassenen echt wel nodig is. Op latere leeftijd kunnen zij geen gewicht meer stabiliseren.
P1: Hoe worden de patiënten gemotiveerd?
P2: Nou dat is wel een lastige groep. Als zij echt graad 3+++ hebben dan is het ingewikkeld om ze te motiveren, absoluut. Er zijn ook GLI-activiteiten voor oudere mensen, daar zit een psycholoog en diëtist aan gekoppeld en sport, dat doen ze dan in een groep, 14+ dan praten zij ook over hoe zie je het leven, hoe zie je gezondheid, let je op je gezondheid, heb je er zelf invloed op en kan je er winst bij behalen? Dat zijn hele diepgaande gesprekken met die pubers, waarmee ze ze hopen om knoppen om te kunnen draaien. Het is wel lastig van wat gaan wij doen met patiënten, adolescenten eigenlijk die straks bij de bariatrische afdeling terecht komen.
P1: Ja, precies. Is er iets in jullie huidige behandeling waarvan je denkt, dit heeft nog verbetering nodig?
P2: nou, dat. De afstelling met de NOK, maar wij hebben hier NOK gelukkig in de buurt, ze huren een pand van het ziekenhuis, daar hebben wij dan af en toe gesprekken mee, van wat moet er nog gebeuren, wat doen wij met de 17+ers die alles al hebben geprobeerd.
P1: En qua gesprek met kinderen van 6-12 jaar?
P2: Ehm, kinderen van zes jaar ga ik niet gesprek met de kindjes, dan is het echt met de ouder. Als dat allemaal niet lukt dan vraag ik de GGD, voor begeleiding van de behandeling. Opvoedadviseurs vraag ik iets intensiever in gesprek mee te gaan, er komt ook weleens jeugdzorg om de hoek. Wij hebben daarvoor ehm, uitvoerder overleggen, dan zitten er heel veel partijen bij elkaar voor een kindje, als het absoluut niet lukt. Of we proberen het met een schoolarts, schoolcoach, van wat kunnen wij er meedoen? Dan zit je met zn alle te kijken of een gezin of kind toch wel succes te laten hebben?
P1: Dus veel ondersteuning uit verschillende kanten?
P2: Heel veel ondersteuning. Je moet op zoek naar triggers dat ze intern gemotiveerd worden, dat maakt het zo moeilijk.
P1: Ja. Oké, nou helder. Ik denk dat ik al mijn vragen wel beantwoord heb gekregen, dankjewel.

P2: Nou, super.

Bijlage III: Codeboom

- Achtergrondinformatie patiënt
- Structuur gesprek
- Voedingsadvies
- Kleine stappen
- Protocol
- Verlagen BMI
- Voorlichtingsmateriaal
- Visualiseren
- Beweging
- Steun

Bijlage IV: Behandelplan

Een behandeling voor kinderen met overgewicht tussen de 6-12 jaar

Consult 1 – 45-60 minuten

Voorbereiding
Als voorbereiding op het eerste consult is het van belang dat de volgende informatie van de patiënt bekend is bij de diëtist.

- Medische achtergrond
- Thuissituatie
- Cultuur
- Woonomgeving
- Familiesamenstelling
- Hulpvraag, indien al bekend

Spelletjes – Pagina 14 voorlichtingsmap
Tijdens het eerste consult wordt er kennis gemaakt met de patiënt. Om de patiënt op zijn gemak te stellen en zijn motivatie meteen te prikkelen kan er worden gestart met een spel. Zo wordt ook de kennis van de patiënt en ouder achterhaald.

Spel optie 1
Maak zes kaartjes in elk een andere kleur met daarop: Woonplaats, broertjes/ zusjes, hobby/ sport, school, lievelingseten en ik ben allergisch voor… enzovoort. Draai de kaartjes een voor een om en laat de patiënt vertellen over het onderwerp van het kaartje.

Extra ondersteuning
Een goede ondersteuning bij het verkrijgen van informatie over de patiënt is 'Mijn Positieve Gezondheid'. Deze vragenlijst bestaande uit 39 vragen, kan tijdens het eerste consult ingevuld worden door de patiënt. Het duurt niet lang en geeft wel een goed overzicht van hoe de patiënt in zijn schoenen staat. Vervolgens kan aanvullende informatie nog worden nagevraagd.
Mijn Positieve Gezondheid. Institute For Positive Health. 2017. https://mijnpositievegezondheid.nl/

Voedingsanamnese
De voedingsanamnese zal de voedingsinname van een gemiddelde dag beschrijven. De volgende dingen moeten worden nagevraagd:

- Inname op een gemiddelde dag
- Bijzonderheden in het weekend
- Bijzonderheden in de vakanties
- Voedingsgewoonten als een 'patat dag' of limonade bij het avondeten

Pagina 19 en 20 voorlichtingsmap: Om de patiënt te stimuleren om zijn lichaamsbeweging te verhogen, wordt er gebruik gemaakt van het beweegplan. Het is de bedoeling dat de patiënt dit zelf invult met activiteiten naar keuze. Dit zal de patiënt stimuleren om het daadwerkelijk uit te voeren. Voorafgaand van het invullen moet helder en in kindertaal uitgelegd worden wat er minimaal aan beweging gedaan moet worden en waarom dit zo belangrijk is. Hierbij kunnen de gevolgen benoemd worden, indien er niet voldoende bewegen wordt.

SportpuntGouda – Pagina 17 voorlichtingsmap
Een aanvulling op het beweegplan is SportpuntGouda. Er kan uitleg gegeven worden aan de hand van de website. Er zijn verschillende activiteiten waar kinderen aan mee kunnen doen. Het is een leuke

manier van gezamenlijk bewegen met andere en kan een goede ondersteuning zijn bij het beweegplan. Zeker tijdens de weekend- en vakantiedagen.

Behandeldoelen – Pagina 18 voorlichtingsmap
Bij het maken van de behandeldoelen is het goed om aan de patiënt voor te leggen wat hij denkt te kunnen behalen. Het kunnen een paar verschillende doelen zijn of er wordt gekozen om kleinere stapjes te nemen waarbij gewerkt wordt aan een doel. Laat de patiënt deze doelen zelf opschrijven. Zo wordt duidelijk of het doel begrepen wordt en zal het beter onthouden worden. Om de patiënt extra te motiveren om aan de slag te gaan met de behandeldoelen, kan er een sticker per doel verdiend worden. In het tweede consult krijgt de patiënt een sticker als het behaald is.

Om het consult af te sluiten kan er nog een klein spelletje worden gedaan. Zie voor een voorbeeld van een nieuw spel pagina 14 in de voorlichtingsmap.

Na het eerste consult krijgen de patiënten het volgende mee naar huis:

- Pagina 10: Een keuzelijst voor de patiënt en extra voor grootouders, vrienden en/of familie
- Pagina 11: Folder ‘eten met de schijf van vijf’ voor de patiënt en extra voor grootouders, vrienden en/of familie
- Pagina 19 en 20: Een zelf ingevuld beweegplan
- Pagina 18: Een overzicht van de behandeldoelen waaraan gewerkt wordt
- Een voorbeelddagmenu samen gemaakt met de patiënt

Hierbij kan vermeld worden dat de patiënten kunnen bijhouden hoe de behandeling gaat. Adviseer om vragen op te schrijven waar zij tijdens de behandeling tegenaan lopen. Deze kunnen dan besproken worden in het volgende consult.

Vervolgconsult – 30 minuten

Evaluatie
Als eerst wordt er geëvalueerd hoe de behandeling is gegaan. De patiënt heeft mogelijk vragen meegenomen of kan vertellen wat wel of niet goed ging. Tijdens het tweede consult is het van belang dat de kennis van de patiënt opnieuw verbreed wordt, hoe meer kennis, hoe meer resultaat. Er wordt daarom weer eerst met een spelletje gestart.

Spel optie
Zie spellijst, bijvoorbeeld: Fruit of groente, ken je ze allemaal bij naam?
https://www.aduis.nl/werkbladen/fruit-en-groente-ken-je-ze-allemaal-bij-naam-101251_HE_A_NL.pdf

Adviseren

- Pagina 2 voorlichtingsmap: Bij het geven van een voedingsadvies, zal helder uitgelegd moeten worden hoe de energiebalans in elkaar zit.
- Pagina 3 voorlichtingsmap: Vervolgens kan er uitgelegd worden wat koolhydraten zijn en wat het advies hierover is voor de patiënt.
- Pagina 4 voorlichtingsmap: Tevens kan er een uitleg over vetten gegeven worden. Wat zijn vetten, zijn vetten slecht of ook goed voor het lichaam en wat is het advies hierover voor de patiënt?

Filmpjes – Pagina 15 voorlichtingsmap
Naast deze ondersteunende plaatjes is er een lijst met filmpjes toegevoegd in de voorlichtingsmap. Dit zijn korte filmpjes die tijdens het consult kunnen worden laten zien. Bijvoorbeeld een filmpje over de uitleg van de schijf van vijf, uitleg over suikers of zout en een filmpje hoe er gekozen kan worden voor volkoren producten.

Tweede vervolgconsult – 30 minuten

Evaluatie
Als eerst wordt er geëvalueerd hoe de behandeling is gegaan. De patiënt heeft mogelijk vragen meegenomen of kan vertellen wat wel of niet goed ging. Tijdens het derde consult is het van belang dat de kennis van de patiënt opnieuw verbreed wordt, hoe meer kennis, hoe meer resultaat. Er wordt daarom weer eerst met een spelletje gestart.

Spel optie
Leg deze drankjes/ voedingsmiddelen in de goede volgorde van minste suiker naar meeste suiker. Maak in dit spel gebruik van producten die zij snel zullen herkennen en mogelijk zelf consumeren. Zo zullen zij beter onthouden welke voedingsmiddelen veel suiker bevatten en dus beter niet kunnen consumeren.

Suikerbehoudende dranken - Pagina 6 voorlichtingsmap
Om duidelijk te maken hoeveel suiker er in bepaalde drankjes voorkomt wordt een poster gebruikt die dit helder weergeeft. De patiënt en ouders zullen dranken van de poster herkennen en beseffen hoeveel suiker erin voorkomt.

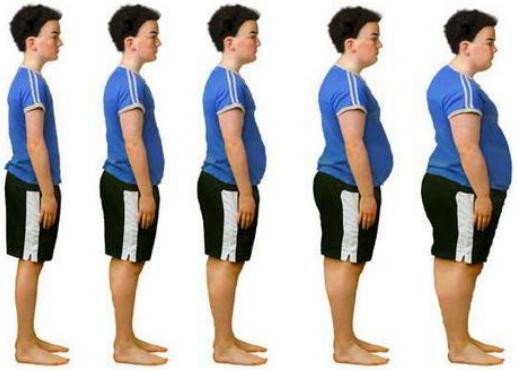
Kindermarketing – Pagina 7 voorlichtingsmap
Tevens is het belangrijk om te laten zien hoe er naar een product in de supermarkt gekeken moet worden. Er wordt veel gebruik gemaakt van de zogenoemde kindermarketing waardoor het voor de ouders moeilijk gemaakt wordt om deze producten te laten staan. Ouders en kind moeten leren kijken naar de etiketten van de verpakking in plaats van de voorkant van de verpakking.

Voedingsadvies – Pagina 11, 12, 13 voorlichtingsmap
Patiënten en ouders kunnen geadviseerd worden in wat een gezonde lunch is, hoe een gezonde broodtrommel eruitziet en welk broodbeleg gezond is. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in de voorlichtingsmap. Er is hierbij gebruik gemaakt van vrolijke kleuren wat de patiënten mogelijk zal motiveren.

Filmpjes – Pagina 15 voorlichtingsmap
Naast deze ondersteunende plaatjes is er een lijst met filmpjes toegevoegd in de voorlichtingsmap. Dit zijn korte filmpjes die tijdens het consult kunnen worden laten zien. Bijvoorbeeld een filmpje over de uitleg van de schijf van vijf, uitleg over suikers of zout en een filmpje hoe er gekozen kan worden voor volkoren producten.

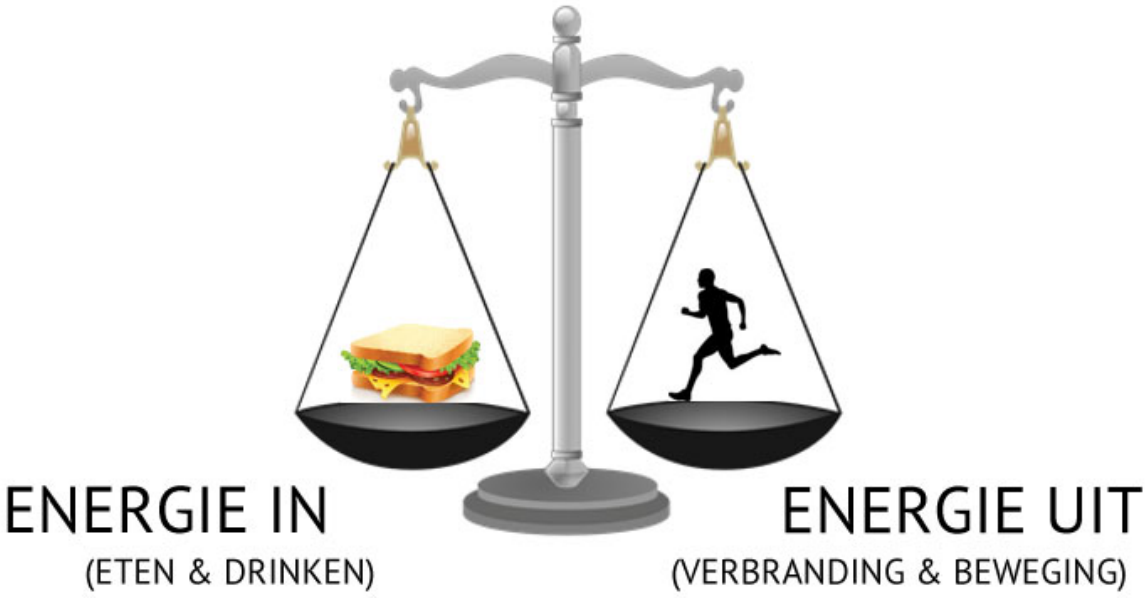
Bijlage V: Voorlichtingsmap

Voorlichtingsmap
‘Kinderen met overgewicht’



Groene Hart
Dieetadvies

Energiebalans



Koolhydraten

Goede Koolhydraat bronnen	Geen goede Koolhydraat bronnen
Volkoren graanproducten	Frisdrank
Volkorenbrood	Koek
Volkorenpasta	Snoep
Aardappel	Vruchtensap
Peulvruchten	Chips
Groente	
Fruit	





Vetten

Goede bronnen van vet	Geen goede bronnen van vet
Olijfolie	Hard bak- en braadvet
Zonnebloemolie	Kokosvet
Vloeibare margarine	Frituurvet
Ongezouten noten	Harde margarine
Vis	Palmolie
Notenpasta	Roomboter
Mager of halfvolle zuivelproducten	Koek
	Snacks
	Sauzen
	Volle zuivelproducten

Samenstelling vetten









Lightproducten

	Pindakaas	Pindakaas light
Product per 100 g		
Energie (kcal)	675	575
Eiwit (g)	22	18
Koolhydraten (g)	14	30
Vetten (g)	57	41

	Lays	Lays light	Pringles original	Pringles light
Product per 100 g				
Energie (kcal)	541	490	556	488
Eiwit (g)	6	7	4	5
Koolhydraten (g)	51	64	48	60
Vetten (g)	34	22	38	25

Suikerklontjes in dranken



Kindermarketing

https://www.voedingscentrum.nl/nl/pers/persberichten/ouders-kindermarketing-hoort-niet-thuis-op-scholen-sportevenementen-en-social-media.aspx





	Per 100 gr.	Per product
Energie (kJ)	2042	288
Energie (kcal)	487	69
Vetten	20,4g	2,9g
Waarvan verzadigd	11,0g	1,5g
Koolhydraten	68,2g	9,6g
Waarvan suikers	34,6g	4,9g
Eiwitten	6,5g	0,9g
Zout	0,5g	<0,1g

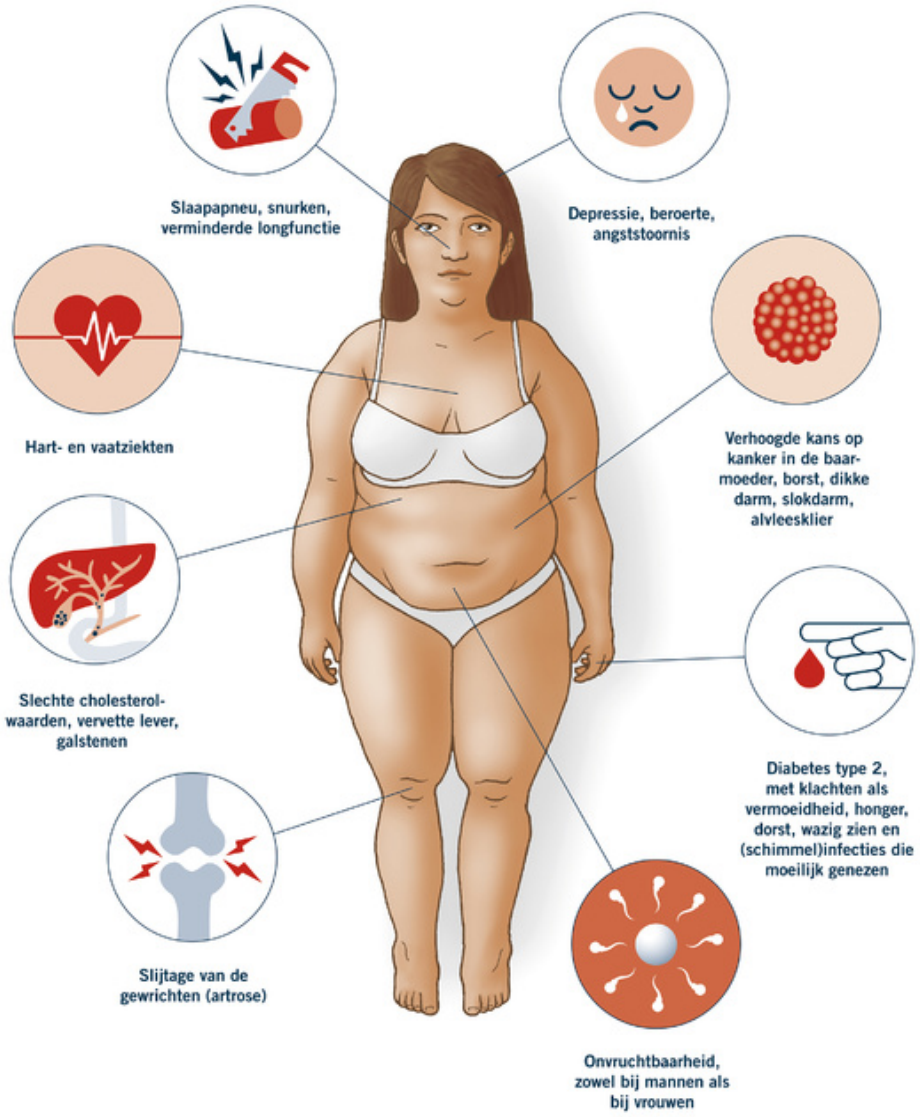
Tussendoortjes

Kies voor producten met weinig calorieën en veel goede voedingsstoffen.

1. Groentje of fruit
2. Knijpfruit
3. Zorg dat er thuis toegang is tot gezonde producten (https://www.voedingscentrum.nl/nl/mijn-kind-en-ik/alles-over-gezond-eten-voor-kinderen-van-4-13-jaar/gezond-eten-en-drinken-voor-kinderen-4-13-jaar-/hoe-richt-ik-mijn-huis-gezond-in.aspx)
4. Bekijk kritisch de verpakkingen in de supermarkt. Op het etiket kun altijd per 100 gram van een product de hoeveelheid calorieën bekijken.
5. Af en toe wat nootjes



Gevolgen weinig beweging en ongezonde voedingsgewoonten

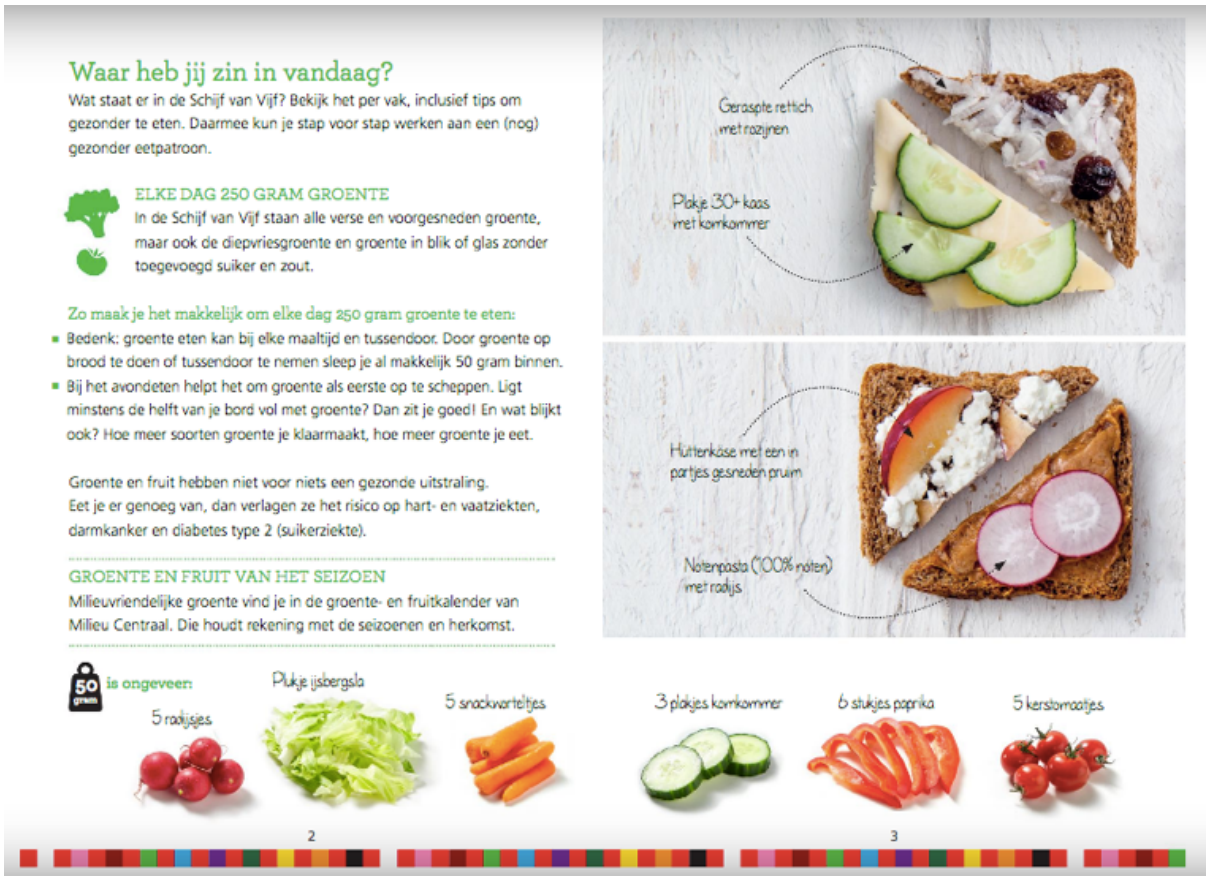


Gezonde keuze tabel

CATEGORIE	VOORKEUR	MIDDENWEG	UITZONDERING
Groente	Alle soorten verse groente, rauw of gekookt. Ook uit diepvries, blik of glas zonder toevoegingen	Groentepuree, zoet-zure paprika, Tomatensap zonder zout	Groente à la crème of met saus, olijven, augurken, zoetzure zilveruitjes, tomatensap met zout
Fruit	Alle soorten vers fruit, uit diepvries, blik of glas zonder toegevoegde suikers		Fruit uit blik of glas met toegevoegde suikers
Vruchtensappen	Geen enkel vruchtensap valt in deze categorie	Sinaasappelsap met vruchtvlees, grapefruitsap	Appelsap, (versgeperst) sinaasappelsap, druivensap, ananassap
Brood	Volkorenbrood, roggebrood, volkoren knäckebröd, volkoren krentenbrood	Bruin brood, meergranenbrood, rozijnenbrood, krentenbol	Wit brood, beschuit, croissant, knäckebröd, krentenbrood
Ontbijtgranen	Bambix naturel, Brinta, All Bran	Havermout, muesli met vruchten	Cornflakes, chocopops, frosties, rijstcrispies, gesuikerde krokante muesli
Aardappelen, rijst, pasta	Gekookte of gepofte aardappel, zoete bataat, volkorenpasta, couscous, zilvervliesrijst, quinoa, bulgur	Aardappelpuree, meergranenrijst	Frites, gebakken aardappelen, witte rijst, gewone pasta, aardappelkroket, aardappelpuree uit een pakje, gekookte cassave of yam
Peulvruchten	Alle soorten peulvruchten, ook uit blik of glas zonder saus		Witte bonen in tomatensaus
Vlees	Biefstuk, geitenvlees, runderbak- en braadlappen, rundertartaar, entrecote, kipfilet, hamlap, ribkarbonade, varkensfilet, varkenshaas, varkenslap	Kippenbout zonder vel, doorregen runderlappen	Kip met vel, lamszadel,varkenskrabbetjes, speklap, schouderkarbonade, hamburger, lamsvlees, runderriblappen, (magere) rookworst, gehakt, eend, rosbief
Eieren	Gekookt ei		Gebakken ei
Vleeswaren	Beenham, magere knakworst, kipfilet, vegetarische paté, rosbief		Achterham, bacon, schouderham, rauwe ham, casselerrib, varkensfricandeau, alle soorten worst, leverkaas, Berliner leverpastei, gebraden gehakt, paté, pekelvlees, rookvlees, knakworst, gekookte lever, kalkoenfilet
Vleesvervangers	Vleesvervangers met voldoende ijzer en vitamine B12 en minder dan 4 gram verzadigd vet zoals: producten van Tivall, Valess, Vivera en Goodbite, sojabrokjes, tofu (tahoe), tempé	Vleesvervangers met voldoende ijzer en vitamine B12 en meer dan 4 gram verzadigd vet	Vegetarische producten zonder voldoende ijzer en vitamine B12, zoals quorn en seitan
Vis	Alle verse vis en vis uit diepvries en blik, zoute en zure haring, gerookte en gestoomde vis, garnalen, mosselen, oesters	Vissticks	Bewerkte vis, zoals kibbeling, lekkerbekje
Melk, melkproducten	Magere melk, karnemelk, magere yoghurt, magere kwark, magere vruchten-yoghurt en magere vla zonder toegevoegde suikers	Chocolademelk light, halfvolle melk, halfvolle yoghurt, magere vruchtenkwark	Volle melk, volle vla, volle yoghurt, (halfvolle) kwark, alle soorten pudding, alle soorten yoghurtdrank, vruchtenyoghurt, chocoladedrank met suiker, havermoutpap, rijstepap
Kaas	20+ kaas, 30+ camembert, hüttenkäse, verse light kaas (8% vet), verse geitenkaas, zuivelspread light, mozzarella	45+ camembert, 30+ kaas, gewone zuivelspread	Volvette (smeer)kaas zoals Goudse kaas (alle soorten met 45+), alle soorten roomkaas, Cheddar, Stilton, Emmenthaler, gorgonzola, Gruyère, Parmezaanse kaas, rookkaas, (room)brie, Roquefort
Vetten	Alle soorten halvarine, sommige soorten margarine (minder dan 70% vet), alle soorten olie, vloeibare bak- en braadproducten	Zachte margarine of margarine-product (meer dan 70% vet) in een kuipje, vloeibaar frituurvet	Roomboter, harde margarine in een wikkel, hard bak-, braad- en frituurvet
Vocht	Kraanwater, mineraal- en bronwater, zwarte koffie, thee zonder suiker, thee (eventueel met klein scheutje halfvolle melk)		Koffie met volle koffiemelk en suiker, Turkse koffie, thee met suiker of honing, koffie uit de automaat met melk (en suiker), cappuccino

Folder Schijf van Vijf





Een gezonde broodtrommel

Egg & carrot: dubbele volkoren boterham met halvarine of margarine en een omelet van 1 ei ertussen met geraspte worteltjes.



Broodlolly: besmeer 2 volkoren boterhammen met halvarine of margarine en snijd de boterhammen ieder in 6 stukjes. Neem 2 houten stokjes en prik de stukjes boterham erop om en om met sla, een halve appel met schil in plakjes en een plak 30+ kaas (ook in 6 stukjes gesneden).



Tonijnfestijn met een 'aardbeientaartje' toe: dubbele volkoren boterham met halvarine of margarine, plakken komkommer en stukjes tonijn uit blik (naturel, op water) en een sneetje volkoren notenbrood met halvarine of margarine en plakjes aardbei.



Puzzelbammetje: een dubbele volkoren boterham belegd met plakjes komkommer en een plakje 30+ kaas. Ook lekker met light-smeerkaas of hüttenkäse. Snijd er met een scherp mes 4 puzzelstukjes uit.



Bagelbam: volkoren bagel belegd met halvarine of margarine, een plakje 30+ kaas en groente, zoals schijfjes komkommer, radijs of reepjes paprika.



Tips:

- Kies voor vrolijke kleuren
- Koop een leuke broodtrommel, sommige hebben speciaal een vorm waar fruit inpast
- Snijd het fruit of groente in leuke vormpjes
- Varieer met leuke volkorenbroodjes, als een pistolet, bolletje, boterham
- Maak leuke satéprikkers met fruit of groente erop
- Koop een leuke waterfles die ze zelf kunnen vullen met water op school
- Een thermosbeker met thee (zonder suiker) voor als het koud is
- Maak groentespreads als broodbeleg

Broodbeleg

Goede keuze uit de Schijf van Vijf

- Halvarine of margarine uit een kuipje op elke boterham.
- Hartig mager beleg, zoals 20+ en 30+ kaas, 20+ of 30+ smeerkaas met minder zout, verse geitenkaas, ei, hüttenkäse en light zuivelspread.
- Notenpasta en pindakaas met 100% pinda's of noten, zonder toegevoegd zout of suiker.
- Hummus zonder zout.
- Vis, zoals makreel, haring, zalm, heilbot, bokking en sardines.
- Groente en fruit, zoals tomaat, komkommer, paprika, avocado, banaan, appel en aardbei.

Uit deze belegsoorten buiten de Schijf van Vijf kun je dagelijks een keer iets kiezen

- Vegetarische smeerworst, vleeswaar zoals kipfilet, magere knakworst of een plakje ham.
- Salades op brood zoals komkommersalade, farmersalade.
- Appelstroop, halvajam en honing, vruchtenhagel, hagelslag. Geef bij voorkeur een product met minder suiker, zoals halvajam.



Spellen voor tijdens de behandeling

Spellen voor thuis

- Beweegspellen voor thuis. https://www.voedingscentrum.nl/professionals/services/initiatieven-van-het-voedingscentrum/buurtsportcoaches/Beweegspellen-over-eten.aspx
- Piratenspel voor thuis: https://www.dereisvanvijf.nl/ filmpje: https://www.dereisvanvijf.nl/kapitein-editie
- Ganzenbord. Online voeding ganzenbord: http://www.leerspellen.nl/spel/492/Voedingganzenbord.html
- Gezond of ongezond. Een online spel waarin ook toelichting gegeven wordt over het antwoord. https://www.kijkopgezond.nl/spel_gezond/
- Yammi. Een bordspel over gezond eten. http://yammi.peterfrank.be/
- Gemeente Amsterdam. Spellen voor binnen en beweegtips https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/blijven-wij-gezond/gezond-blijven/vuistregel-2-beweeg/
- Thuis bekijken hoeveel groente je op een dag gegeten hebt. https://www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf/wat-staat-er-in-de-vakken-van-de-schijf-van-vijf/groente-en-fruit.aspx

Spellen voor tijdens het consult

- Het ‘schijf van vijf spel’. Te bestellen op: https://webshop.voedingscentrum.nl/schijf-van-vijf-spel.html
- Ken je de producten bij naam? https://www.aduis.nl/werkbladen/fruit-en-groente-ken-je-ze-allemaal-bij-naam-101251_HE_A_NL.pdf
- Gezond of ongezond? https://www.aduis.nl/werkbladen/gezond-of-ongezond-101256_SA_A_NL.pdf
- Ken je exotisch fruit? (vanaf oudere leeftijd) https://www.aduis.nl/werkbladen/vruchtenquiz-100837_SA_A_NL.pdf
-

Apps

- iGrow: https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/igrow-de-groei-app-van-tno/ Na het invoeren van de gegevens van je kind kun je de groeidiagrammen opvragen. In één oogopslag zie je het resultaat; bijvoorbeeld van rood (obesitas) naar oranje en groen (gezond gewicht). Verder krijg je via iGrow tips over gezond eet-, beweeg- en slaapgedrag, zodat je jouw kind kunt helpen bij het behouden van een gezond gewicht.
- Supereters: Voor 8-11 jaar. Via e-learning maken de kinderen spelenderwijs kennis met verschillende groentes met bijpassende recepten en beloningen. http://super-eters.nl/
- KiesIkGezond: een app van het voedingscentrum voor ouders die de boodschappen doen. Zo scan, zoek en vergelijk je eenvoudig producten in de supermarkt. https://www.voedingscentrum.nl/nl/thema-s/apps-en-tools-voedingscentrum/kies-ik-gezond-.aspx

Filmpjes

Tijdens het consult

- Kort filmpje over de richtlijn van groenten. https://www.youtube.com/watch?v=0TD3XCgNRsM
- Kort filmpje over de richtlijn van fruit. https://www.youtube.com/watch?v=bMEwdv2LeAg
- Liedje fruit is gezond. https://www.youtube.com/watch?v=hXroGR43J_Q
- Uitleg over de schijf van vijf. https://www.youtube.com/watch?v=2pKJJPBLn-0
- Uitleg 'Kies ik Gezond' app. https://www.youtube.com/watch?v=JoqQktBklQQ
- Zijn sapjes en smoothies net zo gezond als vers fruit? https://www.youtube.com/watch?v=4wXopNqZL4M
- Hoeveel is twee porties (200 gram) fruit per dag? https://www.youtube.com/watch?v=rKZOKR62_vY
- Zo kies je volkoren: https://www.youtube.com/watch?v=QuX-0uZdExc
- Je huis gezond inrichten: https://www.youtube.com/watch?v=OfbMS-wKnf4
- Etiketten vergelijken – verzadigd vet: https://www.youtube.com/watch?v=DM9-SKg2ndA
- Uitleg energiebalans: https://www.youtube.com/watch?v=GTe0C95ElbY
- Etiketten vergelijken – Suiker https://www.youtube.com/watch?v=RXOpI4fb_1U
- Etiketten vergelijken – Zout https://www.youtube.com/watch?v=zpTwe5qE-3g

Voor thuis

- Wat is gezond, klokhuis? https://schooltv.nl/video/het-klokhuis-wat-is-gezond/
- Wat is gezond eten volgens de schijf van vijf? https://www.youtube.com/watch?v=yex64_w5jSY
- Gezond eten, Schooltv. https://schooltv.nl/video/gezond-eten-gevarieerd-eten-is-belangrijk/

Cursussen

- Leff - Fitter + Gezonder + Blijer = Leff. Lifestyle Energy Fun & Friends. https://www.unich.it/med/papers/specialistica/vitacolonna/prof_e_vitacolonna_5.pdf
- Sportpunt Gouda - http://www.sportpuntgouda.nl/home
- Gezonde Leefstijl Interventie (GLI) Gecombineerde Leefstijlinterventie. Loket Gezond Leven. https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/gecombineerde-leefstijlinterventie
- Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht - https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/blijven-wij-gezond/programma/
- Kookworkshop in Gouda: https://www.kookparty.com/workshops-nederland/zuid-holland/kookcursussen-zuid-holland/kookcursus-gouda
- Sportlessen en voedingsadvies voor kinderen: http://www.gezondgouds.nl/aanbod/

SportpuntGouda

SportpuntGouda is een onderdeel van de Jeugd Gezondheidszorg, gelegen in Gouda die zich richt op de gezonde levensstijl van kinderen. Deze organisatie is opgericht omdat steeds meer kinderen in Gouda kampen met overgewicht. Er worden verschillende activiteiten aangeboden waar kinderen zich voor kunnen opgeven. Het diverse aanbod aan activiteiten vergroot de kans dat kinderen zich zullen aanmelden. Diëtisten kunnen het aanbod van SportPuntGouda bespreken met de patiënt en ouder om het aanbod van lichamelijke activiteit te verbreden.
http://www.sportpuntgouda.nl/home

Dag	Locatie		Tijd
Maandag	Korte Akkeren	Schoolplein Westerschool	14:30 tot 16:00 uur
	Gouda Oost	Schoolplein Wereldwijs	15:00 tot 16:30 uur
Dinsdag	Gouda Oost	Marathonlaan	15:00 tot 16:30 uur
	Achterwillens	Schoolplein Vindingrijk	15.00 tot 16.30 uur
	Westergouwe	Schoolplein De Ontdekkingsreizigers	14:00 tot 15:30 uur
Woensdag	Kort Haarlem	Pretoriaplein	13:30 tot 14:30 uur
	Kort Haarlem	Zoutmanstraat	15:00 tot 16:00 uur
Donderdag	Goverwelle	Middenmolenlaan	15:00 tot 16:30 uur
	Bloemendaal	Columbuslaan/Schakel	15:00 tot 16:30 uur
	Goverwelle	Goverwelle Tempelpolderplein	15.00 tot 16.30 uur
Vrijdag	Korte Akkeren	Schoolplein KAS	15:00 tot 16:30 uur
	Plaswijck	Schoolplein de Cirkel (Rijnlust)	14:30 tot 16:00 uur

* met uizondering van de schoolvakanties

Dit is een voorbeeld van buurtsport t/m 12 jaar.

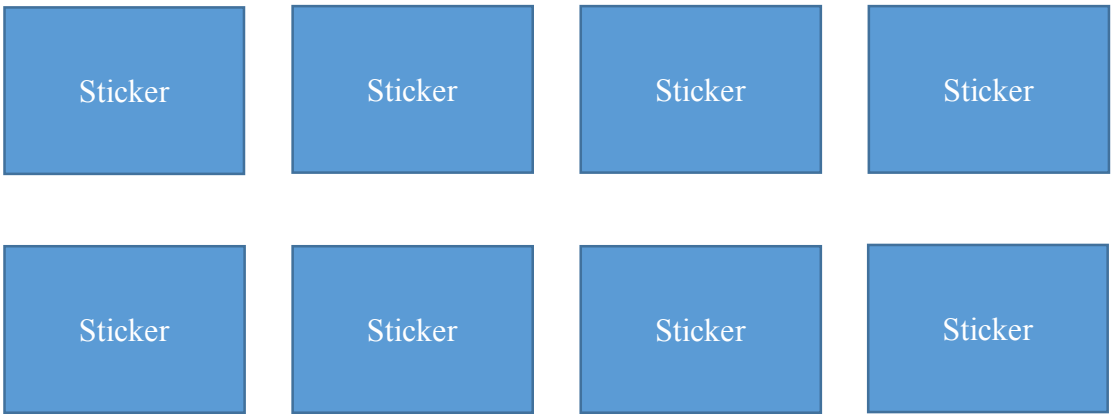
Mijn behandeldoelen

Na het eerste consult ga ik aan de slag met de volgende behandeldoelen
1.
2.
3.
4.

Na het vervolgconsult ga ik aan de slag met de volgende behandeldoelen
1.
2.
3.
4.

Na het vervolgconsult ga ik aan de slag met de volgende behandeldoelen
1.
2.
3.
4.

1 sticker per behaald doel:



Bijlage VI: Beweegplan

Mijn beweegplan

Minimaal zestig minuten matig intensieve lichamelijke activiteit per dag, waarbij tweemaal per week gericht op verbeteren of handhaven lichamelijke fitheid.

Voorbeelden activiteiten 60 minuten per dag

- Fietsen
- Zwemmen
- Rennen
- Dansen
- Balsport
- Schaatsen
- Skaten
- Buiten spelen
- ...
- ...
- ...

Voorbeelden activiteiten 2 x per week

- Zwemmen
- Balsporten
- Atletiek
- Discuswerpen

Beweging neemt toe	Beweging neemt af
Buiten spelen	Achter de computer
Op de fiets	Met de auto
Wandelen	Televisie kijken
Dansen	Gamen
Voetballen	
Skaten	

Groene Hart Dieetadvies

Week 1

Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag

Week 2

Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag

Week 3

Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag

Week 4

Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag