

Kinderen en hun ouders in beweging krijgen en houden

Samenvatting

In dit artikel zijn factoren beschreven die een rol spelen bij het motiveren via de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ) van (jonge) kinderen, adolescenten (12-18 jaar) en hun ouders om deel te nemen aan een beweegprogramma en/of aan regulier beweegaanbod. Hierbij zijn drie fases onderscheiden: 1. Signaleren & informeren, 2. Motiveren & doorverwijzen, en 3. Deelname & behoud. De beschreven factoren hangen samen met de verschillende betrokkenen, die kunnen worden onderverdeeld in 1. Professionals (doorverwijzers en zorgverleners), 2. De doelgroep (kinderen/adolescenten en ouders), en 3. Overige betrokkenen bij opvoeding en welzijn van het kind/de adolescent. In elke fase en voor elke betrokkene is het belangrijk dat activiteiten en gesprekken erop gericht zijn om autonomie te ondersteunen (eigen keuzes laten maken), competenties te vergroten (bieden van passende kennis en vaardigheden) en verbondenheid te creëren (persoonlijke benadering). De betrokkenen werken grotendeels met deze principes via motivational interviewing, maar vinden het ook wenselijk deze vaardigheden te blijven trainen. Het werven via de JGZ blijkt om diverse redenen niet voldoende, zodat werving via andere kanalen raadzaam is en veelal ook al gebeurt. Hiervoor moeten mogelijke doorverwijzers zich verbonden voelen met het beweegprogramma. Door betrokkenen worden met name praktische barrières genoemd waarom ouders en kinderen niet willen deelnemen aan beweegprogramma's. Het blijft daarom voor alle betrokkenen belangrijk om eerst praktische barrières op te heffen, maar ook om potentiële deelnemers te benaderen op een manier die bij hen past. Hiervoor is nog meer inzicht nodig in de wensen van ouders en/of kinderen over wat zij precies nodig hebben en verwachten.

Aanleiding

Via landelijke cijfers is bekend dat van de kinderen tussen 2 en 9 jaar ruim 12% overgewicht heeft. Dit is bijna 12% voor kinderen tussen 9 en 18 jaar ¹. Deze proportie is niet gelijk verdeeld over verschillende bevolkingsgroepen en regio's binnen Nederland. Overgewicht komt namelijk vaker voor bij kinderen van niet-westerse komaf, dan bij kinderen van ouders die in Nederland zijn geboren ¹⁻³.

Overgewicht op jonge leeftijd geeft een verhoogd risico op overgewicht en de daarbij behorende gezondheidsrisico's op volwassen leeftijd ⁴. Daarom is het in het belang van de volksgezondheid dat overgewicht wordt voorkómen of behandeld. Belangrijke speerpunten voor preventie en behandeling zijn het stimuleren van meer beweging, minder zittend gedrag (zoals beeldschermgedrag) en gezonde voeding (meer fruit en groente, minder gesuikerde dranken).

Het is bekend dat minder dan de helft van de 2-18 jarigen voldoet aan de beweegnorm ⁵. Voldoende bewegen heeft niet alleen positieve effecten op gewichtsmanagement, maar ook op de motorische, cognitieve en sociale ontwikkeling van kinderen en adolescenten. Daarom is het promoten van voldoende bewegen een speerpunt in de volksgezondheid. Dit geldt voor jeugd (0-18 jaar) in het algemeen en in het bijzonder voor kinderen en adolescenten met (dreigend) overgewicht, omdat deze doelgroep nog minder beweegt dan jeugd zonder overgewicht. De Sportimpuls Kinderen Sportief op Gewicht (KSG) ¹ is een regeling die hierop inzet. De regeling ondersteunt sport- en zorgaanbieders bij hun interventies om kinderen van 0 tot 4 jaar, adolescenten van 12 tot 18 jaar en hun ouders te motiveren mee te doen aan

¹ <http://www.sportindebuurt.nl/sportimpuls/sportimpuls-kinderen-sportief-op-gewicht/>

beweegprogramma's. Met dergelijke interventies helpen zij de kinderen op weg naar een actieve leefstijl, zodat zij blijven deelnemen aan regulier sportaanbod ⁶.

In 2013 gingen 20 projecten met deze subsidie van start. De eerste resultaten, maar ook de problemen zijn bekend. Veel projecten hebben moeite om voldoende deelnemers voor hun interventie te vinden. Reden voor het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) om zich verder in de achtergrond van dit probleem te verdiepen. Dat is gebeurd op basis van een literatuurstudie en gesprekken met betrokkenen bij de projecten of in de zorg in het algemeen. Voor dit artikel zijn informatie en meningen verkregen uit e-mailuitwisseling met projectleiders 0-4 jaar (n=5), online vragenlijsten (projecten 12-18 jaar: n=6, waarvan 5 projectleiders), JGZ-professionals (n=5) en telefonische interviews (JGZ: n=5, overig: n=5). De topics in de e-mails, online vragenlijst en gesprekken verschilden enigszins voor direct betrokken en JGZ-professionals.

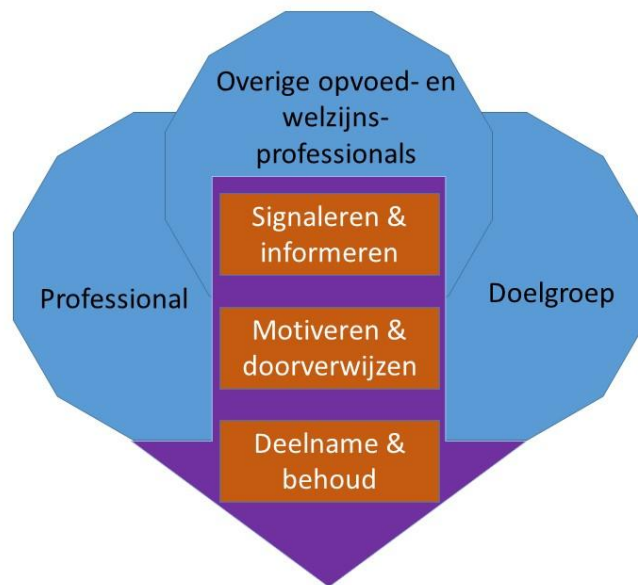
Tabel 1: topics van de vragenlijsten en gesprekken

Direct betrokkenen	JGZ-professionals
Algemeen: beleid in gemeente	Algemeen: omvang en ernst van het probleem overgewicht
Werving: aantal, methode, kanalen	Signaleren & informeren: gebruik en bruikbaarheid van methodes
Promotie: contact met doorverwijzers	Doorverwijzen: kennis over aanbod, methode van motiveren, ervaringen hiermee
Behoud: ervaringen van ouders, kinderen en betrokkenen	
Tips: eigen ideeën, ervaringen en meningen over werving	Tips: eigen ideeën, ervaringen en meningen over signaleren, motiveren en doorverwijzen

Dit artikel vat samen wat uit dit onderzoek naar voren is gekomen, met name in termen van mogelijke barrières, mogelijkheden om die te overwinnen en succesfactoren. Successen en belemmeringen komen per fase aan bod: 1. Signaleren en informeren; 2. Motiveren en doorverwijzen en 3. Deelname en behoud. Ook de verschillende betrokkenen zijn in drie categorieën verdeeld: 1. de professionals (doorverwijzers/zorgverleners); 2. de doelgroep (ouders en/of kinderen); en 3. andere direct betrokkenen bij de opvoeding en het welzijn van het kind (kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, scholen). Bij de betrokkenen spelen soms dezelfde factoren en soms andere factoren een rol.

In dit artikel gaat de meeste aandacht uit naar werving via of in samenwerking met de JGZ, omdat bijna alle ouders en hun kinderen (0-18 jaar) hier komen. Om de doelgroep te bereiken, is het echter ook van belang om andere kanalen (scholen, huisartsen, kinderopvang, welzijnswerk) te betrekken. Dit geldt zeker bij de ontwikkeling en implementatie van een beweegprogramma. Dat leidt tot programma's met inachtneming van de wensen en behoeftes van de doelgroep en met

een goede instroom. Het aansluiten bij en contact maken met de doelgroep (bereiken) valt als een allereerste fase (fase 0) te beschouwen².



Figuur 1. De verschillende fases en betrokkenen in het proces om kinderen te werven en begeleiden naar een actieve leefstijl.

Signaleren en informeren

Een eerste stap om **ouders** te kunnen betrekken bij het voorkómen en behandelen van overgewicht, is dat zij het gewicht van hun kind realistisch kunnen inschatten. Nagenoeg alle ouders en hun kinderen (0-4 jarigen) komen naar het consultatiebureau, waarbij ouders verwachten dat er naar de gezondheid van hun kind wordt gekeken. Daarom is het consultatiebureau een aangewezen plek om ouders te informeren over het gewicht van hun kinderen. Uit gesprekken bleek dat kinderopvangorganisaties die rol liever niet hebben, omdat ouders die niet van hen verwachten. Wel kunnen zij een rol spelen bij het stimuleren van een gezonde leefstijl. Uit een onderzoek van Maurice de Hond voor Opvoeden.nl begin 2014 kwam naar voren dat ouders voor hulp rond opvoeden en opgroeien het meeste vertrouwen hebben in hun eigen partner, gevolgd door de huisarts, familie, school, andere ouders, consultatiebureau, objectieve websites, onderzoekers, bureaus, Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), gemeente, opvoedingssites en sociale media³. Dit geeft aan dat ook huisartsen en scholen zeker een belangrijke rol kunnen spelen, en daarin ook pro-actiever kunnen zijn. Om huisartsen en scholen daadwerkelijk kinderen en adolescenten met overgewicht te laten signaleren en vervolgens door te verwijzen naar een beweegprogramma, is het belangrijk dat zij deel uitmaken van een groter (project)team en zich ook medeverantwoordelijk en verbonden voelen.

Uit onderzoek^{7,8}, de gesprekken en vragenlijsten van professionals in de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ) komt naar voren dat ongeveer 44-50% van de ouders niet herkent of erkent dat hun kind te zwaar is⁷⁻⁹. Uit verder onderzoek blijkt dat deze **misperceptie** met name geldt voor ouders met jongere kinderen (2-6 jaar versus 7-18 jaar), voor kinderen die net boven de BMI-afkapwaarde zitten (in vergelijking met kinderen die daar ruim boven zitten), ouders van niet-Nederlandse komaf en ouders met een lagere opleiding⁷⁻⁹.

² http://www.nisb.nl/doen/tips/ouderbetrokkenheid/stap-1_ouders-bereiken.html

³ <http://stichtingopvoeden.nl/opvoed-en-opgroeionderzoek-wijst-uit-ouders-onzeker>

In het signaleringsprotocol overgewicht⁴ staat voor **professionals** in de jeugdgezondheidszorg beschreven hoe zij overgewicht kunnen herkennen door gebruik te maken van groeicurves en BMI-afkappunten voor kinderen van 2 tot en met 18 jaar. Daarnaast wordt geadviseerd een klinische blik en ervaring te gebruiken door te kijken naar vetverdeling en rekening te houden met **etniciteit**. Uit onderzoek blijkt dat **alleen een klinische blik niet voldoende** is. Op basis van een klinische blik van de JGZ-professional werd 62% van de meisjes en 66% van de jongens die op basis van BMI-afkappunten te zwaar waren, ook als te zwaar ingeschat¹⁰. Deze percentages liggen hoger (respectievelijk 90% en 88%) als ook naar de tailleomvang wordt gekeken. Uit onderzoek komt ook naar voren dat bij eenzelfde BMI kinderen met een Afrikaanse achtergrond een lagere vetmassa hebben dan blanke kinderen¹¹. Kinderen met een Hindoestaanse achtergrond hebben daarentegen juist een hogere vetmassa dan blanke kinderen, waardoor het aantal kinderen met overgewicht in die groep zou worden onderschat. Daarom zijn voor die groep nieuwe, zogenaamde **normatieve afkapwaarden** ontwikkeld en al in gebruik¹².

Misperceptie

44 – 50% van de ouders herkent overgewicht niet

Dit is vaker zo bij:

- jongere kinderen (2-6 jaar)
- matig overgewicht
- niet-Nederlandse komaf
- lager opgeleide ouders

Als een JGZ-professional op basis van BMI en klinische blik overgewicht signaleert, kan het moeilijk zijn om dit aan de ouders te vertellen. Het is belangrijk om in acht te nemen dat ouders moeite hebben om overgewicht te erkennen, en dat dit bij specifieke groepen nog lastiger is. Dit geldt met name bij gezinnen waar meerdere problemen spelen en het gewicht van het kind voor de ouders niet de grootste zorg is. JGZ-professionals geven dan ook aan dat er tijdens het consult niet genoeg tijd is, omdat eerst de ernstigste problemen worden besproken. De opstelling van de zorgverlener is bij deze gezinnen extra belangrijk, omdat het gezin vaak al een lange geschiedenis heeft in de zorg- en hulpverlening. De te bieden hulp zal afhangen van de aard van de problemen en het type gezin, maar het lijkt belangrijk dat de hulp wisselend intensief en langdurig van aard is en zowel therapeutische als praktische hulp omvat⁵.

Ouders kunnen **negatief reageren** als ze geïnformeerd worden over het feit dat hun kind te zwaar is¹³. Hieraan kan ten grondslag liggen dat ze geen vertrouwen hebben in de meetmethode, dat ze het kind normaal vinden ten opzichte van leeftijdgenoten, of dat het kind 'van nature groot' is. Daarnaast kan er schaamte of angst meespelen, zoals de gedachte dat het kind hiervan op de hoogte stellen schade toebrengt en mogelijk eetproblemen in de hand werkt. Het ontkennen of niet willen/kunnen erkennen dat het kind te zwaar is, wordt ook wel verklaard vanuit het principe van **cognitieve dissonantie**. Dat houdt in dat ouders zich ongemakkelijk voelen bij het feit dat hun handelingen niet stroken met hun eigen opvattingen. Zoals bijvoorbeeld weten dat te veel snoepen tot gewichtstoename kan leiden, maar het kind toch snoep geven. Deze cognitieve dissonantie valt 'op te lossen' door toch te stoppen met snoep geven, óf door te denken dat overgewicht niet zo erg is. Het blijkt dat mensen vaker kiezen om hun opvattingen of attitudes te veranderen dan hun gedrag. Dit werd bevestigd in de gesprekken met de JGZ-professionals. Daaruit kwam vaak naar voren dat ouders aangeven het overgewicht van hun kind niet ongezonder te vinden.

⁴ Zie: www.ncj.nl/programmalijs-kennis/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=10

⁵ Graaf, M. de (2010). Effectief werken met multiprobleemgezinnen. In B. P. Uitenbogaard (Red.), Werken met multiprobleemhuishoudens. Amersfoort: Thieme Meulenhoff.

Een andere verklaring voor het niet kunnen/willen erkennen dat het kind te zwaar is, is het **gebrek aan zelfvertrouwen** om het te veranderen (lage eigen-effectiviteit). Dit gebrek aan zelfvertrouwen kan voortkomen uit eerdere mislukte pogingen om wat aan het voedings- en beweeggedrag te veranderen. Het is dus belangrijk om dit in gesprek te inventariseren en hiervoor begrip te tonen.

Om ouders te helpen inzien hoe het gewicht van hun kind is ten opzichte van de normen, kan het helpen om gebruik te maken van **visuele hulpmiddelen** zoals groeidiagrammen of de gewichtsverloopkaart⁶. Ouders kunnen op de diagrammen ook zien hoe ver het kind van de normwaarde af ligt en leren begrijpen wat BMI betekent. Uit onderzoek blijkt dat dit goed wordt ontvangen door ouders¹⁴ en de professionals geven aan dit ook op deze manier te gebruiken, overeenkomstig de JGZ-richtlijn Overgewicht. Veel professionals binnen de jeugdgezondheidszorg werken al met het Overbruggingsplan (de opvolger van het Signaleringsprotocol). Omdat voor kinderen < 2 jaar nog geen afkapwaardes bestaan, vindt signalering plaats middels de groeicurves en wordt geadviseerd om verder in te gaan op een gezonde leefstijl.

Daarnaast zijn in gesprekken met ouders principes uit de motivationele gespreksvoering goed bruikbaar, zoals het elicit-provide-elicite- ofwel **vraag-luister-informeer-principe**¹⁵. Hierbij wordt door het stellen van open vragen eerst gepeild wat de ouders of kinderen al weten over gezond gewicht en een gezonde leefstijl en hoe zij hun eigen gewicht en leefstijl beoordelen. Op basis van de antwoorden kan de professional informatie geven en vervolgens weer informeren naar de wijze waarop de ouders of kinderen die verwerken. Onderzoek laat zien dat deze methode zelfs in één gesprek al een positief effect kan hebben op de motivatie van ouders¹⁴. Bij deze manier van gespreksvoering is het belangrijk dat ouders zich begrepen voelen en het gevoel hebben dat iemand 'naast ze staat'. Dat kan als de zorgverlener zich probeert te verplaatsen in de ouder (of kind). Een simpele 'truc' is om te **reflecteren**, bijvoorbeeld door te papagaaien en te herhalen wat wordt gezegd. Bijvoorbeeld 'als ik u goed heb gehoord, zegt u het volgende...'. Om **weerstand te voorkomen**, kan het helpen om mee te gaan in de weerstand die ouders of kinderen hebben, bijvoorbeeld door zelf te zeggen (indien ouders het gewicht niet als een probleem zien) 'het lijkt erop dat u het gewicht van uw kind niet als een probleem ziet'. Deze laatste strategie is bruikbaar om de 'ja, maar' cirkel te doorbreken¹⁵.

Samenvattend is het altijd van belang om aan te sluiten bij de belevingswereld van ouders, kinderen en adolescenten. Om dit goed te kunnen doen, is het raadzaam om door gesprekken met de doelgroep inzicht te krijgen in hun voorkeuren en wensen.

Gezonde leefstijl

Voor kinderen die al overgewicht hebben, richten de interventieprogramma's zich op een gezonde leefstijl. Echter Sportimpuls KSG-projecten kunnen zich voor 0 tot 4 jarigen ook richten op kinderen die (nog) geen overgewicht maar wel een verhoogd risico hebben, bijvoorbeeld op basis van hun achtergrond of

Tips voor informeren

- Gebruik visuele hulpmiddelen.
- Informeer wat ouders weten over gezond gewicht en leefstijl.
- Reflecteer, d.m.v. papagaaien.
- Toon begrip door mee te gaan met de weerstand
- Houd rekening met het feit dat overgewicht vaak niet wordt herkend.
- Houd rekening met eerdere (negatieve) ervaringen van ouders/kinderen.

BOFT

- Beweeg elke dag
- Ontbijt elke dag
- Laat frisdrank staan, pak water
- TV, iPad, PC? Zeg vaker nee.
- En beperk de totale tijd met behulp van een kookwekker

⁶ Gratis te bestellen via de web shop van het Voedingscentrum

woonomgeving. Zo is bekend dat bij kinderen (alle leeftijden) van allochtone en/of lager opgeleide gezinnen overgewicht vaker voorkomt, dat ze minder vaak sporten en bewegen en meer schermtijd hebben^{2,16,17}. Daarnaast is het bij kinderen van 0–4 jaar lastig om al van overgewicht te spreken (m.n. < 2 jaar), waardoor het extra belangrijk is om de signalering te richten op mogelijk risicogedrag. Het gaat dan om te weinig bewegen, te veel zittend en beeldschermgedrag en ongezond eten. Het is dus goed om deze gedragingen na te vragen. Denk hierbij aan de BOFT-elementen: **B**ewegen, **O**ntbijten, **F**risdrank, **T**V^e. Ook hiervoor geldt dat ongezonde gedragingen vaker voorkomen bij kinderen van allochtone en/of laagopgeleide gezinnen, en het is dus raadzaam hierop bedacht te zijn en er extra aandacht aan te besteden.

Motiveren en doorverwijzen

Motivationele gesprekstechnieken in de (jeugdgezondheids)zorg

Om ouders en/of kinderen en adolescenten te motiveren, moeten zij zich begrepen voelen. Hier kan het weer helpen om de **motivationale gesprekstechnieken** toe te passen⁷. Motivationele gespreksvoering is een techniek om deelnemers te motiveren en dan wel op zo'n manier dat dit de **intrinsieke motivatie** verhoogt¹⁵. Dat wil zeggen dat mensen iets willen gaan doen, bijvoorbeeld meer bewegen, omdat ze het echt zelf willen en leuk vinden en omdat het past bij wat ze belangrijk vinden en niet omdat het van iemand anders moet, of omdat ze er een bepaalde (materiële) beloning voor krijgen (extrinsieke motivatie).

Bij veel zorgverleners is bekend dat motivationele gesprekstechnieken en **oplossingsgericht werken** effectief zijn om ouders en/of kinderen te motiveren. Uit de gesprekken en vragenlijsten komt naar voren dat de JGZ-professionalis deze methoden ook zoveel mogelijk toepassen en dat veel van hen hiervoor een training hebben gevolgd. Het is echter ook bekend dat er in de reguliere consulten weinig tijd is en er soms meerdere zaken aan de orde moeten komen, waardoor zorgverleners niet altijd bewust stilstaan bij de manier van gespreksvoering. Het kan helpen om dit thema met collega's met enige regelmaat op te nemen bij **intervisie**- of andere bijeenkomsten, om zo elkaars ervaringen te horen en van elkaar te leren en de kennis op te frissen.

Als ouders en/of kinderen eenmaal erkend hebben dat het gewicht te hoog is, is de volgende stap om ze te motiveren hier wat aan te gaan doen. Dit kan tijd nodig hebben en niet in één gesprek lukken. Zowel voor jonge kinderen, als voor adolescenten is het daarom belangrijk om ze de tijd te geven en na 3 of 4 maanden een **terugkomafspraken** te maken, eventueel met de suggestie eerst zelf aan de slag te gaan en te kijken hoe dat gaat. Bij jonge kinderen kan deze terugkomafpraak een huisbezoek zijn; voor oudere kinderen kan die ook op school plaatsvinden. Dit kwam ook uit de gesprekken met JGZ-professionals naar voren, dat het helpt om **op de locatie** te zitten waar de ouders of kinderen toch al komen. Zoals consulten op school voor schoolgaande kinderen, of op de locatie van dagverblijven en peuterspeelzalen. Hierdoor wordt de drempel om naar de (terugkom)afpraak te komen verlaagd. Ook zijn er goede ervaringen om dit met een huisbezoek te combineren, om het gezin te laten voelen dat de ondersteuning naar hen toekomt. Een terugkomafpraak kan eventueel ook via skype, waarmee sinds enkele jaren ervaringen zijn opgedaan⁸.

⁷ Zie ook deze website voor tips en achtergrond informatie: www.zorgvoorgezondgewicht.nl

⁸ www.youtube.com/watch?v=R1y1kA_jpHA

Motiveren

Als mensen intrinsiek gemotiveerd zijn, verhoogt dit de kans op succes en op een langdurige actieve leefstijl. Dit alles is gebaseerd op de Zelf-Determinatie Theorie van Deci & Ryan, die veronderstelt dat er aan drie basisbehoeftes moet worden voldaan om intrinsieke motivatie te verkrijgen of te verhogen^{18,19}. Deze behoeftes zijn **autonomie**, **competentie** en relationele **verbondenheid**, en zullen vooral tijdens het programma een rol spelen. Het gevoel van autonomie houdt in dat de deelnemer het gevoel heeft zelf te kunnen bepalen. Dat kan bijvoorbeeld door deelnemers te stimuleren **zelf initiatief te nemen**, en ze keuzes te geven. Het gevoel van competentie wordt verhoogd met **realistische verwachtingen** en doelstellingen en door middel van stapsgewijze opbouw van activiteiten. Verbondenheid ontstaat door het tonen van **empathie** en het geven van **persoonlijke** in plaats van algemene feedback.

Uit de literatuur en uit de gesprekken komt naar voren dat het voor ouders heel gevoelig kan zijn om over het opvoeden van hun kind te spreken en dat ze zich snel aangevallen kunnen voelen. Belangrijke principes uit de motivationele gespreksvoering zijn dan ook om **mee te gaan met de gedachten** van de ouders, bijvoorbeeld door zelf te zeggen 'het lijkt er op dat het in uw gezin goed werkt om de hele middag TV te kijken'. Dit om uit te lokken dat ze vinden dat er toch wat moet veranderen. Als ouders dat zeggen, is het vervolgens belangrijk dat ze **zelf redenen en actieplannen aandragen**, want dat verhoogt de intrinsieke motivatie. Dit kan bijvoorbeeld door te vragen 'op een schaal van 1 -10, hoe belangrijk is het voor u dat dit gedrag verandert?' en 'op een schaal van 1 – 10, hoe zeker bent u ervan dat u dit gaat lukken?' Op de antwoorden van ouder/kind volgen dan vaste reacties van de zorgverlener: 'waarom koos u niet een lager cijfer?' en 'wat is er nodig om tot een hoger cijfer te komen?' Dergelijke reacties leiden tot **positieve veranderingsverhalen en -ideeën**. Om de ouders/kinderen te kunnen helpen met deze gewenste veranderingen, is het belangrijk te benadrukken wat al goed gaat en om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de huidige patronen van het gezin. Hierdoor vallen veranderingen makkelijker in te passen en worden zij eerder een blijvende gewoonte. Geef bij het maken van een plan duidelijk aan dat jullie **samen aan een oplossing werken waarvoor zichzelf hebben gekozen**. Geef aan dat het daarom heel belangrijk is om goed te weten hoe het kind en het gezin in elkaar zitten, zodat de expertise van de zorgverlener optimaal kan worden ingezet. Met deze 'systeemaanpak' voor het **hele gezin** zijn de eerste positieve ervaringen opgedaan⁹. Bij een dergelijke aanpak is het raadzaam om te vragen naar de waarden en normen die in het gezin belangrijk zijn en wat ouders belangrijk vinden voor zichzelf en/of hun kind. Hierbij kan de zorgverlener gebruik maken van eerder ontwikkelde thema's en plaatjes (zie Figuur 2)¹⁰. Vervolgens valt een brug te slaan naar het belang van sporten en bewegen bij het nastreven van veel van deze waarden en normen, en dat bewegen goed is voor meer dan alleen gewicht en motorische ontwikkeling, maar bijvoorbeeld ook kan helpen om te leren omgaan met regels.

Tips voor motiveren

- Geef ouders/kinderen de tijd.
- Plan een terugkomafpraak.
- Stimuleer **autonomie** door:
 - Eigen doelen te laten stellen.
 - Keuzes te geven.
- Stimuleer **competentie** door:
 - Realistische doelen.
 - Stapsgewijze aanpak.
 - Inzicht te geven door monitoren van eigen gedrag.
- Stimuleer **verbondenheid** door:
 - Empathie te tonen.
 - Mee te gaan met weerstand.
 - Aan te sluiten bij waarden van het gezin.

⁹ Zie voor de Amsterdamse aanpak: www.amsterdam.nl/aanpakgezondgewicht

¹⁰ Zie ook Toolkit ouder betrokkenheid op http://toolkits.loketgezondleven.nl/toolkits/?page_id=1714



Figuur 2. Hulpmiddelen uit de toolkit ouderbetrokkenheid om waarden en normen van ouders te achterhalen

Om ouders en kinderen zich optimaal betrokken en verantwoordelijk te voelen en daarmee hun gevoel van **autonomie** te verhogen, helpt het om ze **zelf doelen te laten stellen**. De zorgverlener kan wel begeleiden, zodat doelen realistisch zijn. Vaak ontbreekt het de ouders (en kinderen) aan kennis over een gezonde leefstijl en denken ze dat ze al gezond eten en voldoende bewegen. Om hen te helpen om meer inzicht te geven in hun eigen eet- en beweegpatronen, helpt het om ouders en kinderen hun eigen **gedrag te laten monitoren**, bijvoorbeeld door middel van een dagboekje. Een voorbeeld van een dagboekje zit in de bijlage van de JGZ-richtlijn Overgewicht¹¹ of is beschikbaar via interventies¹² en/of diëtisten. Bij een terugkomafsprake worden de resultaten besproken en afgezet tegen algemene richtlijnen. De ervaring leert dat het bijhouden van een dagboekje tot inzicht leidt en daarmee tot motivatie om er daadwerkelijk wat mee te doen. Het monitoren van gedrag en het helpen stellen van realistisch doelen geeft inzicht en voorkomt faalervaringen en verhoogt daarmee het gevoel van **competentie**.

Tot slot, NISB heeft praktische tips verzameld in een [factsheet](#) om ouders bewust te maken van het belang van sport en bewegen voor hun kinderen en vervolgens hun invloed hierop.

¹¹ www.nji.nl/nl/JGZ-richtlijn_overgewicht_def11.pdf

¹² Zie voor een voorbeeld van Cool2bfit: <https://www.cool2bfit.nl/.../Eet-%20en%20beweegdagboek%20Blad.pdf>

Doorverwijzen naar sport- en beweegprogramma

Als ouders en kinderen meer inzicht hebben gekregen in hun eigen gedrag, als zij inzien dat het goed is om aan een gezond gewicht te werken en als het duidelijk is dat ze daar op een prettige manier hulp bij kunnen krijgen, is het een geschikt moment om passende programma's onder de aandacht te brengen. Ook als ouders aanvankelijk enthousiast op de sport- en beweegprogramma's reageren, komen uit de gesprekken en vragenlijsten enkele **barrières** naar voren die henen/of hun kinderen ervan weerhouden om daadwerkelijk met een programma mee te gaan doen. Het vaakst kwam de **logistiek** naar voren: vaste tijden en locaties van bijeenkomsten die voor sommigen lastig te combineren zijn met de zorg voor andere kinderen en/of met werk/school. Wellicht is het voor interventie-aanbieders mogelijk om sommige onderdelen van het programma **flexibeler** in te delen, zodat ouders/kinderen meedoen op de momenten die hen beter uitkomen. Of bekijk of het mogelijk is om sommige onderdelen **online** te doen, eventueel als groep binnen een forum. Om dit soort barrières zoveel mogelijk weg te nemen, is het belangrijk om bij het ontwikkelen van het beweegprogramma de **doelgroep actief te betrekken**. Middels **participatieve methoden**, waarbij de doelgroep actief bijdraagt, kunnen programma's zodanig vorm krijgen dat ze zo goed mogelijk aansluiten bij de belevingswereld en manier van leven van de doelgroep.

Barrières voor deelname

- Logistiek (tijd, plaats)
- Te veel verplichtingen
- Bemoeienis opvoeding
- Spreekt niet aan
- Sluit niet aan
- Houden niet van bewegen
- Advies-moe
- Zien link tussen beweegdeel en psychologisch/ pedagogisch deel niet

Ouders en kinderen ervaren daarnaast dat er veel **verplichtingen** aan een programma zijn verbonden. Dit is jammer en niet in lijn met het stimuleren van autonomie. Een mogelijke oplossing is dat interventie-aanbieders hun activiteiten op meerderde tijden en locaties organiseren, of dat er een keuzelijst is waarvan niet alle onderdelen verplicht zijn. Het bieden van keuzes kan het gevoel van te veel verplichtingen verminderen en daarmee het gevoel van autonomie vergroten.

Ouders voelen zich snel beoordeeld en willen niet dat iemand zich met hun **opvoeding bemoeit**. Sommigen hebben al te veel adviezen gehad en hebben geen motivatie om 'weer' aan een programma mee te doen. Verder kwam uit gesprekken naar voren dat het belangrijk is dat de boodschap op folders en websites de ouders en kinderen aanspreekt. Dat wil zeggen dat de boodschap positief en niet belerend over moet komen, al is op dit moment niet bekend wat ouders van de wervingsmaterialen vinden. Voorbeelden van positieve, aansprekende leuzen zijn 'lekker goedkoop en gezond eten', 'lekker in je vel zitten', 'slechte eters: hoe ga je er mee om?', 'lekker samen bezig zijn'¹³.

Zoals eerder genoemd, is het aan te raden om voorafgaand aan de ontwikkeling of aanpassing van een beweegprogramma actief met de doelgroep te spreken en hun inbreng te vragen zodat de materialen en de communicatie aansluiten bij de wensen en belevingen van de doelgroep. Het FunFitPit project voor 12-18 jarigen heeft hier goede ervaringen mee. Een **participatieve en co-creatieve benadering** vergt wel investering en tijd. Het omvat meer dan alleen met de doelgroep praten; het gaat om samen ontwerpen. Om dit goed te kunnen doen, is het belangrijk dat er een goede onderlinge band ontstaat en dat iedereen wordt gerespecteerd, zodat iedereen ook zijn mening durft te geven. Het is dan eerst zaak om te achterhalen wat de doelgroep zelf denkt over factoren die een rol spelen bij bewegen en sporten en vervolgens samen te werken aan manieren om die factoren te beïnvloeden. De gebruikte samenwerkingsmethoden moeten

¹³ Zie toolkits.loketgezondleven.nl/toolkits/?page_id=1716

aansluiten bij de mogelijkheden, kennis en voorkeuren van de doelgroep²⁰. Een voorbeeld is het gebruik, de ordening en het nabespreken van post-its. .

Uit gesprekken kwam ook naar voren dat ouders en kinderen wel naar sommige bijeenkomsten of activiteiten komen, maar naar andere niet. Soms is het lastig te achterhalen waarom, maar het lijkt belangrijk om activiteiten te laten aansluiten bij iets waar de doelgroep toch al komt, of om ze te combineren met een activiteit waar ze wel naar toe gaan en zo het **nuttige met het aangename te verenigen**. Bijvoorbeeld ouderavonden op school, of optredens van hun kinderen. Uit gesprekken kwam niet specifiek naar voren dat ouders of kinderen het moeilijk vinden om naar activiteiten te gaan waar ze niemand kennen. Desondanks kan het helpen om te suggereren samen met vrienden of bekenden te gaan. Op deze wordt **sociale steun** gecreëerd, kunnen vrienden elkaar stimuleren en kan er meer binding met de interventie ontstaan.

Barrières overwinnen of voorkomen

- Flexibiliteit
- Keuze mogelijkheden
- Activiteiten combineren
- Samen met vrienden
- Online informatie of contact
- Aansprekende wervingsteksten
- Na doorverwijzing een persoonlijke uitnodiging of contact

Geregeld bleek dat ouders wel enthousiast reageerden, maar zich uiteindelijk niet aanmeldten voor het programma. Het kan helpen om na doorverwijzing een **persoonlijke uitnodiging** (met naam van het kind) te sturen, of door het iemand van de interventie contact op te laten nemen.

Andere kanalen en methoden van werven

Uit de inventarisatie bij de lopende Sportimpuls KSG-projecten blijkt dat voor zowel de 0- tot 4-jarigen als voor de 12- tot 18-jarigen het werven via de JGZ alleen niet voldoende deelnemers oplevert. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat kinderen en hun ouders er te weinig komen, zeker wat betreft de 12- tot 18-jarigen. In de eerste levensmaanden komen ouders en hun jonge kinderen nog wel frequent, maar dan is het vaststellen van overgewicht of risico op overgewicht nog lastig, zo niet onmogelijk. Een andere genoemde reden voor het relatief lage aantal doorverwijzingen naar de specifieke Sportimpuls KSG-programma's is dat jeugdartsen en –verpleegkundigen meerdere leefstijlprogramma's in hun regio hebben en/of eerst hun eigen expertises inzetten. Ze hebben dus meerdere mogelijkheden om kinderen en/of ouders steun te bieden en het KSG-programma is dan niet altijd het eerste of enige dat wordt genoemd of voorgesteld.

Wel zou een mogelijkheid zijn om ouders die zelf contact opnemen met de JGZ met vragen over voeding of bewegen (het eerste komt het meeste voor) ook gewezen worden op KSG-programma's in hun regio. Daarnaast is het verstandig om meerdere kanalen te gebruiken. Zoals eerder aangegeven, kan werving ook via kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, scholen, huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten en opvoedpoli's.

Voor Sportimpuls KSG-projecten zijn ook instellingen buiten de zorg, zoals kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en scholen, betrokken bij de werving van kinderen. Voordat zij actief en gericht gaan werven, kunnen zij indien gewenst bij de betrokken zorginstellingen ondersteuning vragen voor het herkennen van (risico op) overgewicht. Het is dus belangrijk dat de verschillende partijen in een project goed hun **expertises en vaardigheden uitwisselen**. Daarnaast kan het natuurlijk zo zijn dat **kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en scholen** een andere insteek kiezen om ouders en kinderen te werven. Zo kwam naar voren dat het werven van ouders door te **richten op betrokkenheid van ouders en de interactie tussen ouders en kinderen** goed door ouders wordt

geaccepteerd. Ouders weten dat kinderdagverblijven en peuterspeelzalen (pedagogische) doelstellingen hebben en zich actief inzetten voor de ontwikkeling van het kind. Ouders accepteren daarom over het algemeen goed dat ze een uitnodiging krijgen voor een programma met ouder-kind-activiteiten.

Wat uit de literatuur bekend is en wat ook uit de gesprekken en vragenlijsten weer naar voren komt, is dat het het moeilijkst is om diegenen te werven die er het meeste baat bij kunnen hebben. In het algemeen geldt dat wervingsmaterialen en de manier waarop de doelgroep wordt benaderd moet aansluiten bij hun wensen. Hiervoor is het nuttig om van te voren met de doelgroep te spreken, op **een participatieve en co-creatieve** manier. Het Sportimpuls KSG-project FunFitPit heeft hier veel energie in gestoken. De doelgroep kon actief mee beslissen over de beste manier om hen uit te nodigen, om hen aan te spreken en om het programma te beschrijven en uit te voeren. Dit alles om de doelgroep aan te spreken en niet af te schrikken.

Tips werving

- Betrek de doelgroep
- Informeer potentiële doorverwijzers persoonlijk
- Betrek sleutelfiguren (bijv. buurtsportcoach)
- Sta open voor suggesties van andere betrokkenen uit de zorg of sport

Andere mogelijk succesvolle, aanvullende strategieën zijn ook al door Sportimpuls KSG-projecten toegepast, zoals echt **wijkgericht** werven, bijvoorbeeld in samenwerking met **sleutelfiguren** zoals buurtsportcoaches en door aan te sluiten bij bestaande structuren in de wijk, bijvoorbeeld vanuit Jongeren Op Gezond Gewicht (indien een JOGG-gemeente). Buurtsportcoaches kennen de mensen in de wijk en kunnen hen aanspreken. Daarnaast kan vanuit kinderopvangorganisaties gebruik worden gemaakt van het feit dat medewerkers vaak in de wijk wonen en die derhalve goed kennen en weten hoe ze ouders (als het gaat om jongere kinderen) kunnen aanspreken. Sommige projecten zetten ook lokale vrijwillige ambassadeurs uit de doelgroep zelf in om ouders en jeugd te werven.

Een andere methode is om informatie over de interventie te verspreiden via klassenouders of de ouderraad van school. Dit sluit aan bij wat verder naar voren kwam: zoek de doelgroep op, ga daarheen waar ze zijn. Kortom, breng alle mogelijke kanalen en netwerken in kaart die een rol kunnen spelen in het werven van kinderen.

Projectleiders of interventie-eigenaren moeten beseffen dat doorverwijzers eerder aan hun programma denken als zij zich daarmee persoonlijk verbonden voelen. Persoonlijke verbondenheid wordt eerder bereikt door een **persoonlijk gesprek** dan met een folder. Besteed in zo'n gesprek dan ook aandacht aan wat de doorverwijzer ervaart en prettig zou vinden. Ook door doorverwijzers deel te laten uitmaken van een advies- of projectgroep voelen zij zich meer verbonden.

Deelname en behoud

Nog niet voor alle Sportimpuls KSG-projecten is al duidelijk of alle deelnemers het totale programma volgen. Van sommige projecten voor 0-4 jarigen is bekend dat de deelnemers afhaakten omdat ze vonden dat er **te veel verplichtingen** aan vast zatten, of dat de tijden en locaties toch niet goed uitkwamen. Bij projecten voor 12-18 jarigen kwam het ook voor dat deelnemers zonder opgaaf van reden niet meer kwamen. Soms was de reden wel bekend of vermoed, bijvoorbeeld omdat zij het belang van bepaalde (bijvoorbeeld psychologische) thema's niet inzagen. Het kwam zelfs voordat deelnemers zich niet rechtstreeks bij de organisatie, maar via

een mede-deelnemer afmeldden. Hierbij lijkt het alsof ze zich **niet voldoende persoonlijk verbonden voelen**. Persoonlijke afmelding is wel het minste om te stimuleren, want dan kan ook naar de redenen worden gevraagd.

Uit gesprekken met betrokkenen bij interventies, bleek dat deelnemers die alle bijeenkomsten bijwoonden enthousiast waren. Het lijkt er echter op dat bij sommige interventies vooral diegenen meedoen die al hoog gemotiveerd waren en het al 'goed deden'. Opnieuw wordt duidelijk dat het moeilijk is om diegenen te behouden die er het meeste baat bij kunnen hebben.

Uit onderzoek is bekend dat het voor het creëren en behouden van een actieve leefstijl belangrijk is dat deelnemers een autonome, intrinsieke vorm van motivatie hebben¹⁹. Dat wil zeggen dat ze bewegen of sporten omdat het hen voldoening geeft en omdat ze het leuk vinden, dat ze het persoonlijk relevant vinden en dat het past bij hun normen en eigen identiteit. Om het gevoel van autonomie tijdens het programma te stimuleren, is een aantal principes toepasbaar:

Autonomie, competentie en verbondenheid stimuleren:

1. Uitleg geven over de achtergrond van het programma, hiermee voelt het relevant voor hen.
2. Helpen om realistische doelen te stellen.
3. Beperken van druk tijdens de activiteiten, vermijd taalgebruik dat schuldgevoel kan geven.
4. Geef persoonlijke, niet algemene feedback.
5. Stimuleren om de doelen te behalen en advies geven over de wijze waarop.
6. Het perspectief van de deelnemer in acht nemen.

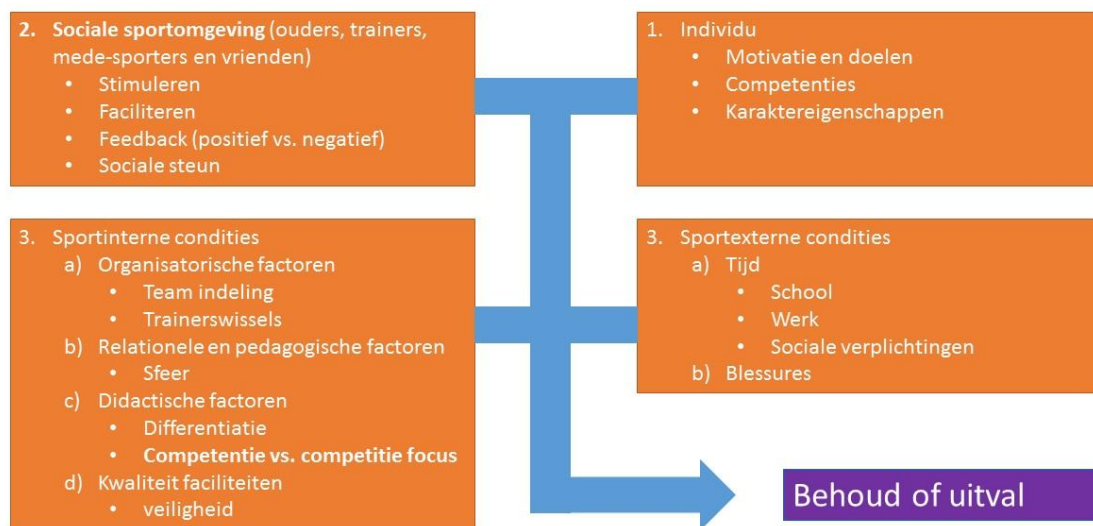
Naast autonomie is het ook belangrijk om het gevoel van competentie en verbondenheid te stimuleren. Het eerste kan door de programma's zo op te stellen dat activiteiten passen bij wat iemand kan en ze vervolgens **stapsgewijs** aan te passen. Dat voorkomt teleurstellingen en leidt tot zoveel mogelijk succeservaringen.

De bestaande interventies uit het keuzemenu van de Sportimpuls KSG zijn met zorg opgesteld door experts. De interventies voor de 12- tot 18-jarigen hebben op zijn minst de kwalificatie 'goed beschreven'. De interventies voor de 0- tot 4-jarigen moeten en kunnen veelal nog verder worden ontwikkeld. Ook als een interventie met zorg en kunde is opgesteld, moet de uitvoerder per deelnemer nagaan of de activiteiten passend zijn. Voor verdere of beter afstemming kan altijd contact worden gezocht met deskundigen, zoals bijvoorbeeld een fysiotherapeut. **Persoonlijke feedback**, in plaats van algemeen geformuleerde feedback helpt om het programma zo persoonlijk mogelijk te maken, en daarmee het gevoel van betrokkenheid te stimuleren. Datzelfde geldt voor het tonen van **empathie** en begrip tijdens de activiteiten en bijeenkomsten. Niet alle bestaande programma's hebben duidelijke handleidingen voor de wijze van communicatie met de deelnemers. Het is aan te raden om daar binnen een samenwerkingsverband met elkaar over te spreken en experts (bijvoorbeeld psychologen of pedagogen) hierover advies te vragen.

Doorstroom naar regulier aanbod

Om deelnemers later daadwerkelijk door te laten stromen naar regulier sport- en beweegaanbod is het belangrijk dat ze weten hoe ze daaraan mee kunnen doen. Ook hier geldt dat deelnemers zich **competent** moeten voelen. Dat kan onder andere door ze te laten zien waar en hoe ze passend aanbod kunnen vinden en door het uit te proberen. Veel programma's bevatten proeflessen; dit helpt om te ervaren of het aanbod bij iemand past. Proeflessen kunnen ook helpen bij een makkelijke overgang naar regulier aanbod. Kinderen hebben dan niet het gevoel dat ze naar iets nieuws en onbekends gaan, maar dat ze zich er al vertrouwd mee voelen. Het is belangrijk dat deelnemers kunnen ervaren hoe het daadwerkelijk is bij een reguliere vereniging of sportaanbieder, dus ook om naar de betreffende locatie te gaan. Met andere woorden, ook voor de doorstroom naar regulier aanbod is het belangrijk dat deelnemers het gevoel hebben dat ze zelf een **keuze kunnen maken** (gevoel van autonomie), dat ze ervaren dat ze mee kunnen doen (wat betreft vaardigheden en competentie) en dat ze zich ermee **verbonden voelen**. Op die manier verloopt de doorstroom op een veilige en warme manier.

Op dit moment zijn er nog geen gegevens uit de Sportimpuls KSG-projecten over doorstroom naar regulier beweegaanbod en daarmee ook niet over behoud van een actieve leefstijl. Uit een eerdere inventarisatie van NISB zijn factoren in kaart gebracht die verband houden met uitval bij sportverenigingen. Informatie hierover is opgenomen op de webpagina [jongeren binden en behouden](#). Hierbij gaat het met name om kinderen ouder dan 12 jaar. Deze factoren, zullen ook een rol spelen voor de kinderen die doorstromen vanuit een Sportimpuls KSG-project. De factoren zijn gerelateerd aan 1) de individuele sporter, 2) de sociale sportomgeving, 3) sportinterne condities, en 4) sportexterne condities (zie Figuur 3).



Figuur 3. Factoren die samenhangen met uitval en behoud in de sport

Wat betreft het motiveren en stimuleren van autonomie, competenties en verbondenheid, valt uit bovenstaand figuur af te leiden dat het voor deze doelgroep extra belangrijk is om voldoende **differentiatie** te hebben. Zo kan het kind zelf keuzes maken die ook passen bij zijn/haar competenties en vaardigheden (geldt met name voor oudere

Behoud bij sport

- Differentiëren
- Positieve feedback/complimentjes
- Coachen op competenties/uitvoering
- Samen met vriendjes (in een team)
- Geen trainers-/docentwissels

kinderen). Verder is het belangrijk om zoveel mogelijk **positieve feedback** te geven, te coachen op **competenties** in plaats van op competitie, een goede sfeer te creëren (eventueel met vriendjes in een team) en **wisselingen van trainers te voorkomen** om zo een goede vertrouwensband op te bouwen. Dit geldt niet alleen voor oudere kinderen die in staat zijn om zelf aan te geven wat ze willen. Ook voor jongere kinderen (< 5 jaar) is het belangrijk om activiteiten, bijvoorbeeld bij kleutergym, op verschillende moeilijkheidsniveaus aan te bieden, **complimentjes** te geven, te **richten op de uitvoering** van de activiteit en niet op wie het snelst is, te stimuleren om vriendjes of buurkindjes mee te nemen en zoveel mogelijk een vaste docent voor de groep te hebben.

Conclusie

Op basis van de bevindingen over factoren die een rol spelen bij het uiteindelijk motiveren van kinderen, adolescenten en hun ouders om deel te nemen aan een beweegprogramma en/of aan regulier beweegaanbod, is het belangrijk dat activiteiten en gesprekken erop gericht zijn om autonomie te ondersteunen (eigen keuzes laten maken), competenties te vergroten (bieden van passende kennis en vaardigheden) en verbondenheid te creëren (persoonlijke benadering). Dit geldt voor alle fasen en betrokkenen. Zo moeten mogelijke doorverwijzers zich verbonden voelen met het beweegprogramma (ownership), moeten potentiële deelnemers benaderd worden op een manier die bij hen past, maar moeten ook zoveel mogelijk praktische barrières worden weggenomen. Meer inzicht in de wensen van ouders, jonge kinderen en adolescenten is nodig, zodat werving en activiteiten kunnen worden afgestemd op hun voorkeuren en wellicht bredere vragen rondom opvoeding, gezondheid en welzijn.

Dankwoord

We zijn dankbaar voor de waardevolle input van professionals in het veld o.a. uit de JGZ en van andere betrokkenen bij Sportimpuls KSG-projecten.

Auteurs

Dr. Saskia te Velde, bewegingswetenschapper en epidemioloog, NISB

Ir. Femke van Brussel-Visser, adviseur NISB

Contact: Ir. Femke van Brussel-Visser, adviseur NISB: femke.vanbrussel@nisb.nl

Literatuur

1. CBS. Permanent onderzoek LeefSituatie (POLS), jeugdmonitor.

<http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-nl/indicatoren/gezondheid-en-welzijn/lichaamsgewicht-overgewicht/>. Updated 2013. Accessed 12/08, 2014.

2. Brug J, van Stralen MM, Chinapaw MJ, et al. Differences in weight status and energy-balance related behaviours according to ethnic background among adolescents in seven countries in europe: The ENERGY-project. *Pediatr Obes*. 2012;7(5):399-411.

3. Veldhuis L, van Dooremaal M, Kroeze W, Renders CM, Hirasing RA, Raat H. Ethnic background and overweight among 5-year-old children: The "be active, eat right" study. *ISRN Pediatr*. 2013;2013:861246.

4. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van MW, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008;9(1467-789; 5):474-488.
5. Hildebrandt V, Bernaards C, Chorus A, Hofstetter H. Bewegen in nederland 2000-2011. In: *Trendrapport bewegen en gezondheid 2010/2011*. TNO, Leiden; 2013.
6. NISB. Sport en bewegen in de buurt.
<http://www.sportindebuurt.nl/sportimpuls/sportimpuls-kinderen-sportief-op-gewicht/>. Updated 2014. Accessed 12/08, 2104.
7. Jansen W, Brug J. Parents often do not recognize overweight in their child, regardless of their socio-demographic background. *Eur J Public Health.* 2006;16(6):645-647.
8. Remmers T, van Grieken A, Renders CM, Hirasig RA, Broeren SM, Raat H. Correlates of parental misperception of their child's weight status: The 'be active, eat right' study. *PLoS One.* 2014;9(2):e88931.
9. Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, van Middelkoop M, Bindels PJ, van der Wouden JC. Difference between parental perception and actual weight status of children: A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2013;9(1):3-22.
10. Veldhuis L, Vogel I, Jansen W, Renders CM, HiraSing RA, Raat H. Moderate agreement between body mass index and measures of waist circumference in the identification of overweight among 5-year-old children; the 'be active, eat right' study. *BMC Pediatr.* 2013;13:63-2431-13-63.
11. Daniels SR, Khoury PR, Morrison JA. The utility of body mass index as a measure of body fatness in children and adolescents: Differences by race and gender. *Pediatrics.* 1997;99(6):804-807.
12. de Wilde J, van Dommelen P, Middelkoop B. Aangepaste body mass index (BMI) afkappunten om ondergewicht, overgewicht en obesitas te bepalen bij hindostaanse kinderen. *epidemiologisch bulletin.* 2013;48(3):2-13.
13. Gillison F, Beck F, Lewitt J. Exploring the basis for parents' negative reactions to being informed that their child is overweight. *Public Health Nutr.* 2014;17(5):987-997.
14. Dawson AM, Brown DA, Cox A, et al. Using motivational interviewing for weight feedback to parents of young children. *J Paediatr Child Health.* 2014;50(6):461-470.
15. Resnicow K, Davis R, Rollnick S. Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(12):2024-2033.
16. Wijtzes AI, Jansen W, Bouthoorn SH, et al. Social inequalities in young children's sports participation and outdoor play. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11(1):155.

17. Wijtzes AI, Jansen W, Jaddoe VW, et al. Ethnic background and television viewing time among 4-year-old preschool children: The generation R study. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34(2):63-71.
18. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: A few comments. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:24-5868-9-24.
19. Teixeira PJ, Carraca EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:78-5868-9-78.
20. Dedding C, Jurrius K, Moonen X, Rutjes L, eds. *Kinderen en jongeren actief in wetenschappelijk onderzoek ethiek, methoden en resultaten* van onderzoek met en door jeugd. Houten: LannooCampus; 2013.