

VU Research Portal

Toeleiding naar en voltooiing van leefstijlinterventies voor kinderen met overgewicht en obesitas

Grootens, P.; van den Eynde, Emma; Halberstadt, J.; Niemer, S.I.J.; Seidell, J.C.; Dedding, C.W.M.

2018

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Grootens, P., van den Eynde, E., Halberstadt, J., Niemer, S. I. J., Seidell, J. C., & Dedding, C. W. M. (2018). *Toeleiding naar en voltooiing van leefstijlinterventies voor kinderen met overgewicht en obesitas*. Care for Obesity.
http://www.partnerschapovergewicht.nl/images/Rapportage_Toeleiding__Voltooiing_final_2017.04.07.pdf

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Rapportage

Toeleiding naar en voltooiing van leefstijlinterventies voor kinderen met overgewicht en obesitas

Ronella Grootens-Wiegers¹, Emma van den Eynde², Jutka Halberstadt², Sanne Niemer² Jaap Seidell²,
Christine Dedding¹

Affiliaties: ¹Athena Instituut, Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland. ²Care for Obesity, Afdeling
Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam, Nederland



Colofon:

Amsterdam, April 2017

Een samenwerking van Care for Obesity (VU Amsterdam) en het Athena Instituut (VU Amsterdam).

In opdracht van de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht.

Contents

Samenvatting	4
Overzicht van barrières en facilitators.....	6
Praktische aanbevelingen	9
Aanbevelingen ten aanzien van de toeleiding	9
Aanbevelingen ten aanzien van de voltooiing	10
Inleiding	11
Probleemstelling.....	13
Doelstelling.....	14
Hoofdvraag.....	14
Leeswijzer.....	14
Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	15
Hoofdstuk 2. Methoden.....	18
LEFF.....	18
Friends in Shape	18
Interviewmethoden.....	19
Ethiek	22
Hoofdstuk 3. Resultaten	23
De ouders en de kinderen zijn vaak al jaren bezig met overgewicht	23
Een ongemakkelijk gesprek over overgewicht.....	25
Ouders en kinderen herinneren zich weinig meer van de toeleiding.....	27
Verwachtingen van ouders en kinderen.....	28
Toeleiding: Wat vertellen kinderen over hun ervaringen bij de interventie?.....	29
Ervaren barrières: een optelsom van factoren	31
Facilitators: wat maakt dat ouders en kinderen blijven komen?	34
Strategieën van coaches om uitval tegen te gaan: afstemming en persoonlijk contact	36
Hoofdstuk 4. Discussie en conclusie.....	38
De toeleiding en de verwachtingen van ouders en kinderen	38
Bevorderende en belemmerende factoren voor voltooiing	40
Kracht en beperkingen van de studie	42
Conclusie.....	42
Bronnenlijst	44

Samenvatting

Leefstijlinterventies die gedragsverandering beogen, zijn een bewezen effectieve manier om overgewicht en obesitas aan te pakken, ook bij kinderen. Echter, een probleem bij dergelijke interventies is de moeite die het kost om potentiële deelnemers naar de interventie toe te leiden, en de hoge uitval van deelnemers voordat het interventie-programma voltooid is. Onderzoeken naar interventies gericht op overgewicht en obesitas rapporteren uitvalcijfers van tot wel 73% van de deelnemers (Moroshko, Brennan, & O'Brien, 2011). Wanneer deelnemers het programma niet afmaken, betekent dit dat de interventie minder tot geen effect heeft en verminderd of helemaal niet kosteneffectief is (Denzer, Reithofer, Wabitsch, & Widhalm, 2004; Nobles, Griffiths, Pringle, & Gately, 2016). En wanneer de toeleiding niet slaagt, blijven mensen met een gewichtsprobleem verstoken van hulp.

De doelstelling van dit project is om de kennislacune te adresseren die er is op het gebied van de factoren die een rol spelen bij een succesvolle toeleiding naar en voltooiing van leefstijlinterventies voor kinderen met overgewicht en obesitas. Hiertoe is gekeken naar kinderen die juist wel de interventie-programma's van de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG) voltooien en in kaart te brengen wat voor hen de barrières en faciliterende factoren zijn in de fases van toeleiding en deelname, zodat deze kennis gebruikt kan worden om daar waar mogelijk barrières voor deelnemers te verkleinen en/of de faciliterende factoren te versterken. Op basis hiervan kunnen efficiëntere toeleidingsstrategieën en beter passende interventies worden ontwikkeld.

Het onderzoek bestond uit een kleinschalige literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek. Op basis van de literatuur is een tentatief model gemaakt van bevorderende en belemmerende factoren bij toeleiding en voltooiing. In dit model wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende fasen van het proces van toeleiding (de initiatiefase en de intentie tot deelname) en voltooiing (deelname-fase en de daadwerkelijke voltooiing). Uit dit model kan worden geconcludeerd dat succesvolle toeleiding en voltooiing niet een kwestie is van de aan- of afwezigheid van één bepaalde factor, maar dat het succesvol starten en afronden van een interventie pas plaatsvindt wanneer de relevante factoren overwegend faciliterend zijn en/of opwegen tegen de belemmerende factoren. Aan de hand van dit model is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de perspectieven, motieven en verwachtingen van voltooiers, zowel ouders (n=21) en kinderen (n=30), en coaches (n=7) van twee leefstijlinterventies in Amsterdam: LEFF en Friends in Shape. Hierbij is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews, met aanvullend tijdslijnen en doorgeefvragen voor de kinderen, en twee focusgroepdiscussies.

De resultaten geven inzicht in de verschillende belemmerende en faciliterende factoren in de toeleiding naar en de voltooiing van leefstijlinterventies. Een grote meerderheid van de voltooiers die hebben deelgenomen aan deze studie is doorverwezen door een zorgverlener, heeft die verwijzing opgevolgd – vaak zonder te weten wat de interventie precies inhoudt – en ervoer het gewicht van het kind als een probleem waarvoor zij een oplossing zochten. Het goed willen doen voor het kind is de belangrijkste motivatie van de ouders. De voornaamste barrière zijn de complexe leefomstandigheden van de gezinnen, waardoor het moeilijk is om naar de interventie te blijven komen. Het is niet één specifieke

factor die domineert, maar een samenspel van factoren, welke elkaar in de praktijk veelal versterken. Het is uiteindelijk de positieve balans tussen de ervaren barrières en de faciliterende factoren die ervoor heeft gezorgd dat deze mensen het programma hebben voltooid. Zie voor een overzicht van de faciliterende en belemmerende factoren de tabel op pagina 6.

Hoewel ouders zich niet veel meer herinneren van de toeleiding lijkt het zinvol om beter en gericht aan informatieoverdracht en verwachtingsmanagement te doen, zowel ten aanzien van het doel als de inhoud van het programma. Daarbij is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat aankomende deelnemers verschillende verwachtingen en wensen hebben en dat zowel ouders als kinderen behoefte hebben aan informatie. Een kans is met name om ervaringsverhalen van kinderen en ouders op te nemen in de voorlichting, omdat dit als stimulerend wordt ervaren. En, zo blijkt uit de interviews, lang beklijft.

Barrières zijn onderdeel van het uitdagende leven van deze gezinnen en niet eenvoudig oplosbaar. De kunst is om de barrières daar waar mogelijk te verkleinen én de faciliterende factoren te versterken. Dit onderzoek levert daartoe belangrijke handvatten. Aangezien dit de verhalen van de voltooiers zijn, kan men zich afvragen hoe complex de leefomstandigheden van de uitvallers zijn en de capaciteit om te handelen en vrije keuzes te maken waar zij over beschikken om met deze omstandigheden om te gaan. Door te vertrekken vanuit het perspectief van de deelnemers is het beter te begrijpen en invoelbaar dat mensen de eindstreep van voltooiing niet altijd halen.

Overzicht van barrières en facilitators

Overzicht op basis van de meest genoemde barrières en facilitators door voltooiers, aangevuld met kennis uit het literatuuronderzoek.

Initiatie-fase		
Factor	Barrières	Facilitators
Aanleiding (Motivatie)	Probleemervaring <ul style="list-style-type: none"> - Overgewicht/obesitas niet als probleem beschouwen 	Probleemervaring <ul style="list-style-type: none"> - Overgewicht/obesitas of de gevolgen daarvan als probleem beschouwen - Incident gerelateerd aan overgewicht bij dierbare of bekende persoon
Verwijzing	Aanpak verwijzer <ul style="list-style-type: none"> - Veroordelende toon 	Aanpak verwijzer <ul style="list-style-type: none"> - Constructief en oplossingsgericht
	Houding verwijzer: <ul style="list-style-type: none"> - Eenzijdig biomedisch gericht 	Houding verwijzer: <ul style="list-style-type: none"> - Geïnteresseerd, sensitief, relationeel
	Taalgebruik <ul style="list-style-type: none"> - Stigmatiserend, beschuldigend 	Taalgebruik <ul style="list-style-type: none"> - Motiverend
	Focus van het gesprek: <ul style="list-style-type: none"> - Gericht op het gewicht alleen 	Focus van het gesprek: <ul style="list-style-type: none"> - Complexe context van overgewicht/obesitas
Intentie tot deelname		
Factor	Barrières	Facilitators
Motivatie	Motivatie <ul style="list-style-type: none"> - Weinig motivatie bij ouders en kinderen om aan de interventie deel te nemen 	Motivatie <ul style="list-style-type: none"> - Grote motivatie bij ouders en kinderen om iets aan het probleem te doen (vanwege gewicht, pesten, andere gezondheidsfactoren)
Verwachting	Effect interventie <ul style="list-style-type: none"> - Geen (gewenste) effecten verwacht 	Effect interventie <ul style="list-style-type: none"> - Verwachting is positief - Verwachting is realistisch
	Inhoud interventie: <ul style="list-style-type: none"> - Als onaantrekkelijk of niet zinvol beschouwd 	Inhoud interventie: <ul style="list-style-type: none"> - Als aantrekkelijk en zinvol beschouwd
Mogelijkheid	Bereikbaarheid locatie <ul style="list-style-type: none"> - Te ver weg (perceptie) - Geen vervoer beschikbaar hebben 	Bereikbaarheid locatie <ul style="list-style-type: none"> - Dichtbij (perceptie) - Vervoer beschikbaar
	Tijd: <ul style="list-style-type: none"> - Niet beschikbaar (kunnen) zijn op moment van interventie-bijeenkomsten 	Tijd: <ul style="list-style-type: none"> - Beschikbaar (kunnen) zijn op moment van interventie-bijeenkomsten
Deelname-fase		
Factor	Barrières	Facilitators
Motivatie	Motivatie kinderen <ul style="list-style-type: none"> - Om naar de interventie te gaan - Voor veranderen van leefstijl 	Motivatie kinderen <ul style="list-style-type: none"> - Meer zelfvertrouwen krijgen > succeservaringen

		<ul style="list-style-type: none"> - Goed voelen - Het is leuk om te gaan - Sporten/bewegen is leuk
	Motivatie ouders <ul style="list-style-type: none"> - Om naar de interventie te gaan - Voor veranderen van leefstijl 	Motivatie ouders <ul style="list-style-type: none"> - Goed voor het kind - Effect willen: gezondheid, afvallen, fitter worden - Kind wil graag - Kind hoort erbij (in de groep)
		Houding ouders <ul style="list-style-type: none"> - Afmaken waar je aan begint - Daarmee goed voorbeeld aan kind willen geven
		Voorbeeld <ul style="list-style-type: none"> - Wanneer een vorige deelnemer vertelt over effecten motiveert dat
Effecten	Effect <ul style="list-style-type: none"> - Gewenste effect niet of te langzaam bereikt door deelname 	Effect <ul style="list-style-type: none"> - Gewenst effect of onverwacht positief effect bereikt door deelname
Mogelijkheid	Tijd <ul style="list-style-type: none"> - Drukke - Tweeverdieners, lastig om kind te brengen/mee te gaan - Onregelmatige werkuren - Tijdens etenstijd - Oppas nodig voor andere kinderen 	Tijd <ul style="list-style-type: none"> - Bijeenkomst op maandag, na dip in het weekend
	Bereikbaarheid locatie <ul style="list-style-type: none"> - Te ver weg - Geen vervoer beschikbaar hebben 	Bereikbaarheid locatie <ul style="list-style-type: none"> - Weinig reistijd - Busje om op te halen/thuis te brengen
	Taal <ul style="list-style-type: none"> - Beperkte beheersing Nederlandse taal door ouders 	
		Kosten <ul style="list-style-type: none"> - Gratis interventie i.p.v. dure sportclub
	Gezondheid <ul style="list-style-type: none"> - Ziekte / lichamelijke klachten 	
		Afstemmen <ul style="list-style-type: none"> - Van programma op persoonlijke situatie en mogelijkheden bv. ondersteuning bij vinden logistieke oplossingen, gezinssituaties, dagelijkse problematiek

Tevredenheid	Groepsdynamiek kinderen	Groepsdynamiek kinderen
	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijdsverschillen - Spannend/onzekerheid - Onprettig gedrag groep 	<ul style="list-style-type: none"> - Gezellig - Vrienden maken - Erbij horen - Van elkaar leren - Veilige sfeer
	Groepsdynamiek ouders	Groepsdynamiek ouders
	<ul style="list-style-type: none"> - Laatkomers in de sessie - Afhakers 	<ul style="list-style-type: none"> - Met elkaar doorpraten: erkenning en herkenning - Van elkaar leren
	Verwachtingen	Verwachtingen
	<ul style="list-style-type: none"> - Inhoud en/of effect interventie beantwoordt niet aan gestelde verwachtingen - Geen realistische verwachtingen gecreëerd bij start interventie 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhoud en/of effect interventie beantwoordt aan gestelde verwachtingen - Realistische verwachtingen gecreëerd bij start interventie

Praktische aanbevelingen

Aanbevelingen ten aanzien van de toeleiding

1. **Inventariseer op maat wat ouders én kinderen motiveert** om hulp te (gaan) zoeken en wat dit eventueel in de weg zou kunnen staan. Denk aan wensen, behoeften, verwachtingen, motieven, (on)mogelijkheden, percepties van het lichaam, opvoeding en huidige leefstijl.
2. **Let op de persoonlijke probleemervaring:** niet alle mensen ervaren overgewicht als een probleem, echter zij kunnen wel aanverwante problemen ervaren, zoals gerelateerde gezondheidsklachten (bv. slechte tanden), of sociale problemen (o.a. uitsluiting of gepest worden). Benut deze in de toeleiding om mensen te motiveren aan een interventie deel te nemen.
3. **Verwachtingsmanagement:** benoem dat gewichtsverlies niet het primaire doel van de interventies is.
4. **Wees je ervan bewust dat praten over overgewicht gevoelig ligt.** Kies daarom voor een positieve en sensitieve benadering: wees motiverend en oplossingsgericht, en leg daarbij de focus niet alleen op het gewicht, maar toon begrip voor de complexe context van gewichtsproblematiek.
5. **Informeer over de verschillende mogelijkheden die er zijn** en beoordeel samen welke het beste aansluit bij het gezin zodat eigenaarschap van de keuze gedeeld wordt. Hierdoor is de kans groter dat de interventie bij de mensen aansluit (qua inhoud én tijd/locatie etc.) en mogelijk de motivatie om te gaan ook groter.
6. **Geef een duidelijke en realistische boodschap in het verwijsgesprek:**
 - **Het doel:** is niet primair afvallen of een snelle oplossing voor het overgewicht, maar fitter worden en bewustwording van een gezonde leefstijl.
 - **Geef een duidelijk beeld van de inhoud:** wat gaat er precies gebeuren bij de interventie; sport of spel, met of zonder ouder, veel of weinig praten en waarover.
 - **Geef duidelijke informatie mee:** om thuis nog een keer na te kijken. Bijvoorbeeld een (goed ontworpen en afgestemde) folder of een filmpje, of link naar een website.
7. **Deel ervaringen van andere deelnemers met de kinderen en ouders:** bijvoorbeeld in een folder speciaal voor de kinderen bij het verwijsgesprek, of een filmpje op de site van de interventie. Leg hierbij de nadruk op
 - het effect van de interventie (realistisch: fitter worden, zekerder voelen);
 - dat het 'gezellig' is, maar in het begin misschien een beetje spannend kan zijn;
 - dat ze niet gepest worden en iedereen er bij hoort;
 - communiceer over sporten/bewegen dat de kinderen het kunnen (want daar zien kinderen vaak tegenop).
8. **Zorg als verwijzer dat u op de hoogte bent van de werkwijze van de interventies:** door bijvoorbeeld een keer mee te lopen. Zo weet u beter wat de inhoud is en wat de verschillen tussen de programma's zijn.

9. **Bevorder meer communicatie tussen verwijzers en interventie-leiders/coaches:** werkt aan twee kanten (1) verwijzers krijgen meer inzicht in de interventie; (2) coaches kunnen input of tips leveren voor de verwijzing.

Aanbevelingen ten aanzien van de voltooiing

1. **Creëer realistische verwachtingen** bij de start van de interventie, zowel wat betreft inhoud als te verwachten effecten van het programma en de inspanning die van de deelnemers gevraagd wordt.
2. **Zorg voor een klik** van deelnemers met het programma, zodat ze graag willen komen:
 - **Evalueer het moment van samenkomst:** bij voorkeur al vóór de interventie start, bij de doelgroep peilen op welk moment mensen in staat zijn om te komen;
 - **Evalueer de locatie van de samenkomsten:** is deze goed bereikbaar voor de doelgroep, zowel qua afstand als qua transportmiddelen?
 - **Evalueer het programma** met ouders en kinderen, bij voorkeur al tijdens interventie, om het af te stemmen op wat de groep belangrijk en leuk vindt;
 - **Deel de groep in op leeftijd** zodat kinderen zich meer thuis voelen en het niveau en de activiteiten makkelijker kunnen worden afgestemd op de kinderen;
 - **Zorg voor afwisseling in het programma;**
 - Laat een deelnemer die het programma al heeft voltooid **ervaringen vertellen**, zodat deelnemers gemotiveerd raken door de effecten die ze kunnen bereiken.
3. **Vermijd de nadruk op 'overgewicht':** besteed vooral aandacht aan het aanpakken van de gevolgen van overgewicht en welke positieve effecten de interventie kan hebben voor de kinderen (bv. fitter worden, meer zelfvertrouwen).
4. **Houdt rekening met de cultuur en gebruiken van de deelnemers, zodat ze zich gerespecteerd voelen**
 - Tijdens het sporten kan het gevoelig zijn of de coach **man of vrouw** is;
 - Bespreek hoe om te gaan met bepaalde **culturele gebruiken**, bijvoorbeeld de ramadan, of wanneer het in een cultuur onbeleefd is om eten af te slaan;
 - Bespreek de **rol van beide ouders** in de levensstijl van het kind: is de vader of juist de moeder bepalend thuis?
5. **Benadruk** bij zowel toeleiding als deelname aan ouders **dat voltooiing belangrijk is voor het welzijn van hun kind.**
6. **Blijf bij uitval contact zoeken en vraag wat de obstakels zijn** om te komen en hoe je dat **samen** kunt oplossen.

Inleiding

De prevalentie van overgewicht en obesitas is in Amsterdam bovengemiddeld, 20% van de kinderen heeft overgewicht of obesitas, tegenover het landelijk gemiddelde van 13% (AAGG, 2015). In totaal zijn er meer dan 25.000 kinderen met overgewicht of obesitas in Amsterdam (AAGG, 2015). Kinderen met overgewicht hebben een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen en levenslange gezondheidsproblemen, zoals gewrichtsproblemen, slechte motorische ontwikkeling, en op de lange termijn hypertensie, diabetes type 2, cardiovasculaire problemen en uiteindelijk zelfs vroegtijdig overlijden (Biro & Wien, 2010; Singh, Mulder, Twisk, van Mechelen, & Chinapaw, 2008). Ook hebben zij een verhoogd risico op psychosociale problematiek en is de kans groter dat zij als volwassenen te zwaar zijn (Ebbeling, Pawlak, & Ludwig, 2002). Deze problemen beperken zich niet tot één generatie: ouders met overgewicht hebben vaker ook kinderen met overgewicht (Safer, Agras, Bryson, & Hammer, 2001).

Leefstijlinterventies, waarbij wordt ingespeeld op het veranderen van het gedrag van deelnemers, zijn een bewezen effectieve manier om overgewicht en obesitas aan te pakken, ook bij kinderen (Sacher et al., 2010; Svetkey et al., 2008). Echter, een groot probleem bij dergelijke interventies is de moeite die het kost om potentiële deelnemers naar de interventie toe te leiden, en de hoge uitval van deelnemers voordat het interventie-programma voltooid is. Onderzoeken naar interventies gericht op overgewicht en obesitas rapporteren uitvalcijfers van tot wel 73% van de deelnemers (Moroshko et al., 2011). Wanneer deelnemers het programma niet afmaken, betekent dit dat de interventie minder tot geen effect heeft en minder of niet kosteneffectief is (Denzer et al., 2004; Nobles et al., 2016).

Uitval van deelnemers kan zich op verschillende momenten voordoen (Dhaliwal et al., 2014). Allereerst is er de doorverwijzing naar een interventie, in Nederland veelal door de JGZ. Vervolgens worden deelnemers uitgenodigd om naar de interventie te komen, of melden zij zichzelf aan. Wanneer zij ingeschreven staan, komen deelnemers veelal alsnog niet naar de interventie toe (no show). Komen zij wel naar een eerste sessie, dan kan het zijn dat deelnemers meteen in het begin van het programma uitvallen, of het programma niet geheel afmaken.

Hoewel no show en uitval van deelnemers aan gezondheidsinterventies een groot en bekend probleem is, is er nog weinig onderzoek gedaan naar de factoren die hierbij een rol spelen (Cui, Seburg, Sherwood, Faith, & Ward, 2015; Miller & Brennan, 2015). Ook is er nog weinig onderzoek gedaan naar de factoren die een rol spelen bij een al dan niet succesvolle toeleiding (Mikhailovich & Morrison, 2007). Niet verwonderlijk dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar toeleiding, omdat dit onderzoek praktisch gezien moeilijk te realiseren is. De vraag is waar en wanneer de toeleiding precies begint en hoe een onderzoeker daar in een vroeg stadium bij kan zijn. Wel is bekend dat het bespreekbaar maken van overgewicht als moeilijk wordt ervaren. Het is een sensitief onderwerp en kan als een taboe ervaren worden door zowel ouders en kinderen als toeleiders (Edvardsson, Edvardsson, & Hornsten, 2009).

Over uitval van deelnemers tijdens de interventie is relatief meer bekend. Deze factoren zijn in te delen in factoren die te maken hebben met de inhoud en effecten van het programma, of met de deelnemers zelf. Factoren gerelateerd aan de inhoud en effecten van het programma zijn bijvoorbeeld het niet leuk

vinden van activiteiten, geen klik hebben met de coaches en/of de negatieve/moraliserende toonsetting van het programma (Nobles et al., 2016). Factoren aan de kant van de deelnemers zijn bijvoorbeeld de reisafstand, reiskosten, gebrek aan tijd, of gebrek aan motivatie om te (blijven) komen (Skelton & Beech, 2011; Skelton, Martin, & Irby, 2016). Ook een mismatch tussen verwachtingen en het werkelijke programma kunnen tot uitval leiden, zowel wat betreft de inhoud van de interventie, als de beoogde effecten (Skelton et al., 2016; Smith, Straker, McManus, & Fenner, 2014). Daarnaast kan de capaciteit van gezinnen om hun leefstijl aan te passen een obstakel zijn: het lijkt erop dat sommige families meer ondersteuning nodig hebben dan de interventie waar zij aan deelnemen kan bieden (Denzer et al., 2004; Owen, Sharp, Shield, & Turner, 2009).

Onderzoek naar voltooiing van interventies is schaars (Miller & Brennan, 2015). Er is nog onvoldoende bekend hoe interventies het meest effectief en kosteneffectief kunnen zijn, waarbij ook het stimuleren van voltooiing een belangrijke factor is (Summerbell et al., 2005). De onderzoeken die er zijn, hanteren daarnaast ook vaak verschillende definities van uitval en voltooiing, waardoor het lastig is de resultaten onderling te vergelijken en de belangrijkste oorzaken van uitval en voltooiing in kaart te brengen. Zo wordt voltooiing soms gedefinieerd als 70% van de bijeenkomsten bijwonen, terwijl anderen 100% hanteren. Voor uitval worden soms streefpercentages van aanwezigheid gehanteerd, terwijl andere wetenschappers het al dan niet bijwonen van de laatste sessie als maatstaf hanteren (Miller & Brennan, 2015).

De moeizame toeleiding en hoge uitval bij leefstijlinterventies is pregnanter voor minderbedeelde mensen. Mensen die in armoede leven, hebben relatief veel gezondheidsproblemen, en overgewicht en obesitas komen dan ook bovengemiddeld veel voor onder deze groep (O'Dea, Chiang, & Peralta, 2014). Lighthart, Buitendijk, Koes, and van Middelkoop (2016) en Nobles et al. (2016) hebben laten zien dat uitval uit leefstijlinterventies vaak gerelateerd is aan een lage Sociaal Economische Positie (SEP) en een migratieachtergrond. Een laag gezinsinkomen is geassocieerd met hogere uitval en met lagere navolging van de interventie-doelen. De redenen waarom deze mensen uitvallen of hun leefstijl minder goed aanpassen, zijn grotendeels onbekend. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn dat gezinnen andere keuzes maken omdat ze schaarste ervaren in geld en tijd. Zo kunnen bijvoorbeeld de indirecte kosten die mensen moeten maken voor deelname, zoals reiskosten, een obstakel zijn (Grow et al., 2013; Sallinen, Schaffer, & Woolford, 2013; Skelton et al., 2016). Mensen met een migratieachtergrond kunnen taalproblemen ervaren of een grotere afstand tot het zorgaanbod, maar kunnen ook een ander perspectief op gezondheid en uiterlijk hebben.

Het effect van deze complexe leefomstandigheden beperkt zich niet alleen tot de directe invloed van weinig tijd of geld, maar gaat veel verder zoals Mullainathan & Shafir (2013) laten zien in theorievorming rondom schaarste. Zij hebben aangetoond dat schaarste een psychologisch proces in gang zet met verstreckende gevolgen. De eerste reactie op schaarste is een verhoogde alertheid en verhoogde efficiëntie om te kunnen omgaan met de problematiek. Deze alertheid en focus op het oplossen van het probleem, zorgt echter ook voor een tunnelvisie. Mensen raken volledig gericht op het oplossen van de schaarste en dit neemt hun volledige denk- en uitvoercapaciteit in beslag. Mullainathan & Shafir noemen dit een 'verminderde bandbreedte': er is geen ruimte meer voor andere zaken dan het directe urgente probleem. Dit betekent dat mensen weinig bandbreedte hebben om over de lange termijn na te

denken, over zaken die wel belangrijk zijn, maar niet urgent. Praktisch vertaalt zich dat in moeite met het nemen van evenwichtige beslissingen, met het vasthouden aan plannen en met het weerstaan van verleidingen. Kenmerkend voor leefstijlinterventies is echter dat ze juist gericht zijn op de lange termijn: gezonder leven gaat meestal niet van de ene op de andere dag, en de effecten van een gezonde leefstijl zijn ook niet direct te merken. Deelnemers die geconfronteerd worden met schaarste hebben überhaupt weinig bandbreedte over voor een lange termijnaanpak, maar daarnaast hebben zij ook nog eens minder bandbreedte over voor het overwinnen van al die barrières om de leefstijlinterventie te kunnen voltooien. Voor mensen die in armoede leven is de problematiek rondom overgewicht en obesitas én rondom toeleiding naar en voltooiing van leefstijlinterventies, dus een zich versterkend probleem.

Goede, passende zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas kan grote positieve gevolgen hebben voor de gezondheid en het welzijn van het kind, maar ook voor het hele gezin. Binnen de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG) zijn er verschillende leefstijlinterventies die bijzonder succesvol zijn wat betreft het bereiken van mensen die in armoede leven en het aantal deelnemers dat de interventie voltooit (Niemer, Bruggers, & van den Eynde, 2015; AAGG, 2014). Twee van deze interventies zijn Friends in Shape en bepaalde locaties van LEFF. Het programma Friends in Shape is een gezondheidsprogramma voor kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas, gebaseerd op de pijlers sporten/bewegen, voeding en gedrag. Het doel is om kinderen weer op een gezond gewicht te krijgen. LEFF is onderdeel van het project Care for Obesity (C4O), dat is gericht op het realiseren van ondersteuning en zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas en hun ouders/verzorgers. Deze ondersteuning en zorg is gericht op een duurzame verbetering van de leefstijl, voor een optimale verbetering van de gezondheid en het risicoprofiel. Dit om de kwaliteit van leven van deze kinderen te verbeteren en hun maatschappelijke participatie te bevorderen. Deze beide succesvolle interventies zijn een waardevol vertrekpunt om meer inzicht te krijgen in het optimaliseren van toeleiding en voltooiing van leefstijlinterventies.

Probleemstelling

Voor de complexe (Amsterdamse) doelgroep van kinderen met overgewicht en obesitas die in achterstandswijken opgroeien, zijn de huidige inzichten in hoe hen te faciliteren in het starten en voltooien van een leefstijlinterventie ontoereikend. Er is meer inzicht nodig in de succesfactoren die ertoe leiden dat gezinnen uit achterstandswijken (veelal mensen met lage sociaaleconomische positie en/of een migratieachtergrond) starten met een leefstijlinterventie en deze voltooien. Er is een lacune in kennis over waarom mensen uitvallen tijdens toeleiding en deelname en wat de meest succesvolle manier is om deelnemers naar leefstijlinterventies toe te leiden en vast te houden. Daarnaast is het onderzoek dat wel beschikbaar is voornamelijk gericht op feitelijke programma-karakteristieken en demografische beschrijvingen van deelnemers. Inzicht in de perspectieven, motieven en verwachtingen van deelnemers zelf en van de programmabegeleiders is schaars, laat staan inzicht in de perspectieven van de jeugdige deelnemers, oftewel de primaire belanghebbende van de interventie.

Doelstelling

De doelstelling van het huidige project is om deze kennislacune te adresseren, door te kijken naar de groep mensen die juist wel de interventie-programma's van de AAGG voltooien zodat deze kennis gebruikt kan worden om daar waar mogelijk barrières voor deelnemers te verkleinen en/of de faciliterende factoren te versterken en efficiëntere toeleidingsstrategieën en effectievere interventies te ontwikkelen.

Hoofdvraag

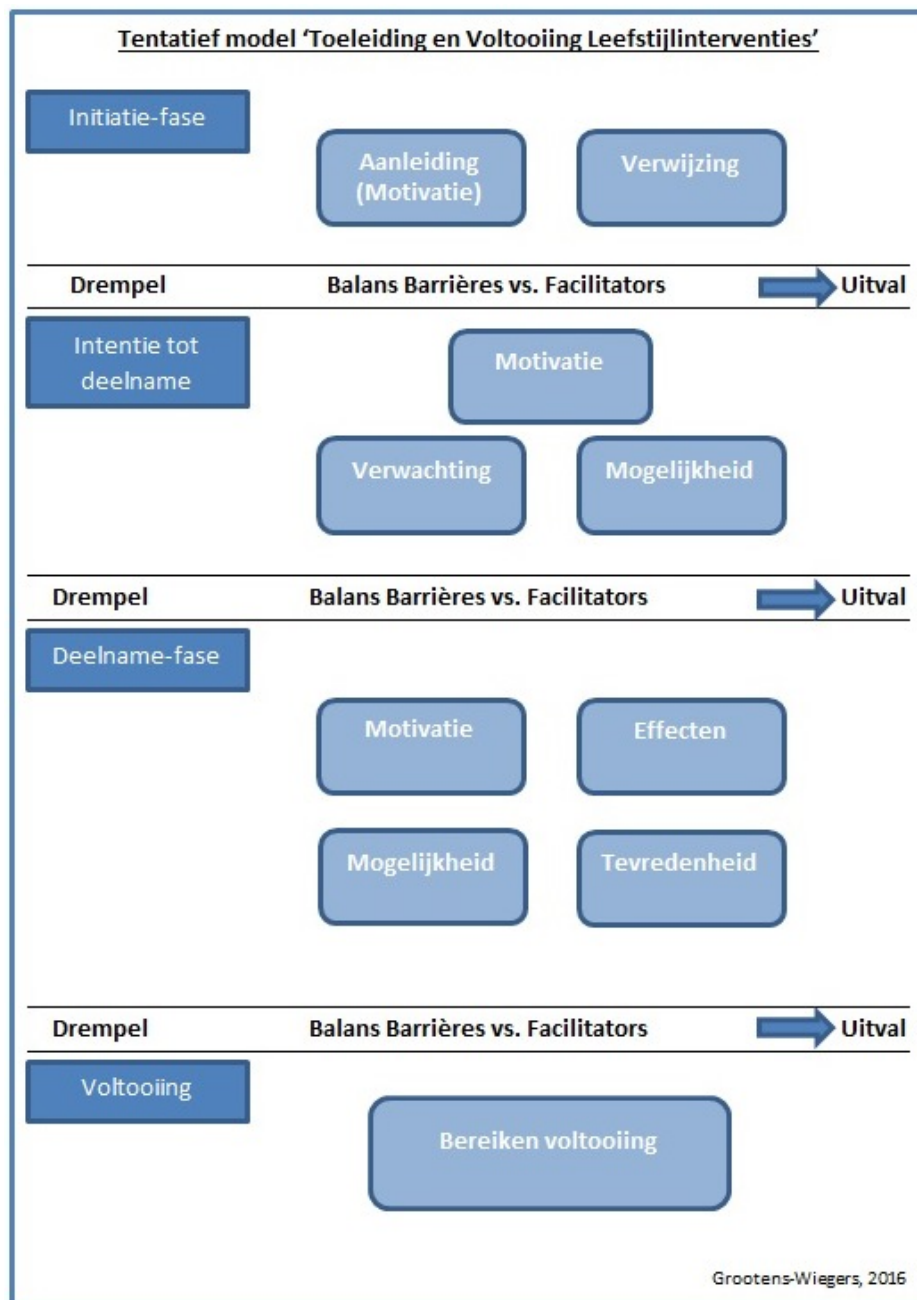
Wat typeert de voltooiers en welke belemmerende en faciliterende factoren zijn zij tegengekomen in de toeleiding naar en deelname aan LEFF of Friends in Shape?

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 presenteren we een model van bevorderende en belemmerende factoren voor toeleiding en voltooiing gebaseerd op een narratieve literatuurstudie. In hoofdstuk 2 wordt het onderzoeksproces toegelicht. In hoofdstuk 3 volgen de resultaten, gevolgd door de discussie en conclusie in hoofdstuk 4. Concrete aanbevelingen voor de praktijk zijn samengevat aan het begin van het rapport (pag. 9-10)

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

Ter voorbereiding op de interviews is gekeken naar wat er reeds bekend is over toeleiding naar, uitval uit en voltooiing van leefstijlinterventies. Op basis van deze literatuur is een model gemaakt van bevorderende en belemmerende factoren voor toeleiding en voltooiing, zie figuur 1. Dit model is gebaseerd op het Health Belief Model van Rosenstock (1966) en het Model of Adherence to paediatric Medical Regimens van Rapoff (1999).



Figuur 1. Tentatief model 'Toeleiding en voltooiing leefstijlinterventies'

In dit model is te zien dat er verschillende fasen zijn te onderscheiden in het proces van toeleiding en voltooiing. Dit proces begint met de toeleiding, die in dit rapport wordt gedefinieerd als de gehele fase voorafgaand aan deelname. Het toeleidingsproces omvat in het model twee aparte fasen. Ten eerste de initiatie-fase en ten tweede de fase van deelname-intentie. De initiatie-fase betreft zowel de aanleiding voor deelnemers om te starten (aspect van motivatie) als het moment van verwijzing door bijvoorbeeld een centrale zorgverlener, bekende of zelfverwijzing. De aanleiding om te starten kan zijn dat het overgewicht bij het kind wordt gesignaleerd en gediagnosticeerd en dat het kind vervolgens verwezen wordt door professionals. Het kan zijn dat ouders en kinderen zich (daardoor) realiseren dat er een probleem is, maar dit is niet altijd het geval. Uit verschillende studies blijkt dat een groot deel van de ouders in tegendeel tot professionals, het overgewicht niet als een probleem ziet (Rietmeijer-Mentink et al. 2013). Dit kan een barrière zijn om open te staan voor deelname aan een interventie. Andere mogelijke aanleidingen – anders dan overgewicht - kunnen zowel van medische aard zijn, bijvoorbeeld slechte tanden van het kind, als van sociale aard, zoals niet meer gepest of buitengesloten willen worden (Schalkwijk et al., 2015), of een incident, zoals het overlijden van een dierbare of bekende aan gevolgen van overgewicht (Turner, Salisbury, & Shield, 2012). Uit de literatuur is bekend dat vier aspecten in de verwijzing een rol spelen bij het al dan niet succesvol verlopen van de initiatie-fase:

1. De aanpak van de verwijzer: deze faciliteert om te starten met een interventie wanneer die constructief en oplossingsgericht is; een veroordelende toon is een barrière voor ouders om zich welwillend op te stellen tegenover deelname (Turner et al., 2012).
2. De houding van de verwijzer is faciliterend wanneer die geïnteresseerd, sensitief en relationeel is; terwijl een afstandelijke, te eenzijdige biomedische houding een barrière kan zijn (Edmunds, 2005).
3. Het taalgebruik in het verwijzingsgesprek dient motiverend te zijn en niet stigmatiserend of beschuldigend, want dat werkt demotiverend (Puhl, Peterson, & Luedicke, 2011).
4. De focus van het gesprek kan een barrière zijn, wanneer deze vooral gericht is op het gewicht alleen, in plaats van op de complexe context van overgewicht of obesitas (Turner et al., 2012).

De tweede fase van de toeleiding is de fase van deelname-intentie, met daarbij de factoren: motivatie, verwachting van inhoud en effect van de interventie en de daadwerkelijke mogelijkheid om te starten met de interventie (Stewart, Chapple, Hughes, Poustie, & Reilly, 2008).

1. Voordat deelnemers starten met een interventie, is het van belang dat zij verwachten dat de interventie daadwerkelijk de gewenste effecten oplevert, zoals bijvoorbeeld gewichtsverlies, of meer zelfvertrouwen (Stewart et al., 2008).
2. Daarnaast speelt de verwachting van de inhoud van de interventie een rol: wanneer deelnemers van mening zijn dat de activiteiten in het interventie-programma aantrekkelijk of zinvol zijn, zullen zij eerder starten dan wanneer ze van tevoren al niet enthousiast zijn over of aangetrokken zijn tot de interventie (Skelton & Beech, 2011).
3. Ook de daadwerkelijke mogelijkheden om naar de interventie toe te komen speelt een rol: wanneer deelnemers de locatie niet kunnen bereiken, niet beschikbaar zijn op het moment van de bijeenkomsten, of bijvoorbeeld geen oppas kunnen vinden voor hun andere kinderen, kan dit intentie tot deelname verhinderen (Smith et al., 2014).

De derde fase in het proces van toeleiding en voltooiing is de deelname-fase. Belangrijke factoren in deze fase zijn:

1. De motivatie om deel te (blijven) nemen (Stewart et al., 2008).
2. De tevredenheid met de interventie, waaronder de aansluiting bij de verwachtingen en de focus van de interventie, maar ook het vertrouwen in de coaches en de band met de coaches en andere deelnemers (Barlow & Ohlemeyer, 2006; Dalle Grave et al., 2005; Skelton & Beech, 2011; Skelton et al., 2016; Stewart et al., 2008). Een gebrek aan vertrouwen of klik met de coaches, of het niet leuk vinden van de activiteiten en de groeps sfeer kunnen een barrière zijn om te blijven deelnemen (Nobles et al., 2016).
3. De effecten van de interventie en of die aansluiten bij het doel van mensen om deel te nemen (bijvoorbeeld afvallen of zich beter voelen) (Gunnarsdottir, Njardvik, Olafsdottir, Craighead, & Bjarnason, 2011; Sallinen et al., 2013; Skelton & Beech, 2011; Stewart et al., 2008).
4. De daadwerkelijke mogelijkheid om te blijven deelnemen, waaronder zaken vallen als het hebben van tijd, transport, een inkomen en oppas (Ligthart et al., 2016; Skelton et al., 2016; Smith et al., 2014). Ook de ondersteuning die deelnemers krijgen om te blijven deelnemen speelt een rol bij deze factor (Denzer et al., 2004; Owen et al., 2009; Schalkwijk et al., 2015). Wanneer deelnemers meer ondersteuning nodig hebben dan de interventie of hun omgeving kan bieden, kan dit leiden tot uitval (Owen et al., 2009; Schalkwijk et al., 2015).

Factoren kunnen onderling aan elkaar gerelateerd zijn. Bijvoorbeeld in de deelname-intentiefase speelt de verwachting een rol bij de motivatie en in de deelname-fase kunnen de effecten invloed hebben op de tevredenheid en de motivatie. Ook de motivatie kan invloed hebben op de effecten of het vinden van mogelijkheden. De precieze onderlinge verhouding van de verschillende factoren behoeft verdere bestudering.

Voltooiing, de slotfase, wordt volgens dit model bereikt wanneer deelnemers:

1. Voldoende aanleiding/motivatie hebben om te starten;
2. De verwijzing deelname faciliteert in plaats van afschrikt;
3. De verwachte uitkomsten en inhoud van de interventie als wenselijk worden beschouwd;
4. Deelnemers de mogelijkheid hebben om deel te nemen;
5. Tijdens deelname de barrières niet te groot zijn, of overwonnen kunnen worden door faciliterende factoren.

Uit dit model kan worden geconcludeerd dat het succesvol doorlopen van de fases van toeleiding, deelname en voltooiing niet een kwestie is van de aan- of afwezigheid van één bepaalde factor, maar dat het succesvol starten en afronden van een interventie pas kan worden bereikt wanneer alle factoren overwegend faciliterend zijn en/of opwegen tegen belemmerende factoren. Daarnaast is duidelijk dat uitval op verschillende momenten in het proces kan plaatsvinden en dat er tussen de fasen een go/no go-drempel is voor deelnemers om naar de volgende fase te gaan. Het is dus van belang dat voor elke fase en elke daaraan gerelateerde factor wordt onderzocht wat de barrières en faciliterende karakteristieken zijn.

Hoofdstuk 2. Methoden

Het onderzoek is uitgevoerd bij twee leefstijlinterventies: LEFF en Friends in Shape.

LEFF

LEFF (Lifestyle, Energy, Fun & Friends) is de Nederlandse versie van het uit Engeland overgenomen effectieve programma MEND (Mind, Exercise, Nutrition, Do it!). LEFF is voor kinderen van 7 tot en met 12 jaar met overgewicht of (ernstige) obesitas en een ouder. Het is een gecombineerde leefstijlinterventie waarbij gezinnen in groepsverband gedurende 10 weken twee keer per week twee uur aan de slag gaan met het aanleren van een gezonde leefstijl, op basis van de thema's voeding, gedrag en bewegen. De interventie richt zich op het verbeteren van vier determinanten van gedragsverandering, namelijk kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit. Dit gebeurt middels het gebruik van effectieve gedragsveranderingstechnieken zoals interactieve educatie, oefenen, nadruk op plezier, bespreken voor- en nadelen van bepaald gedrag en gezamenlijke en individuele doelen en beloningen. Daarnaast zorgt het groepsproces, een gezinsaanpak, een positieve opvoedstijl en een specifieke toon van communicatie voor ondersteuning bij de gedragsverandering. Een uitgebreide procesevaluatie laat positieve resultaten zien en ook de eerste resultaten op kwaliteit van leven en geslacht- en leeftijdsspecifieke SDS-BMI zijn veelbelovend (Niemer et al., 2015).

LEFF wordt momenteel aangeboden in focusbuurten van de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht. Dit zijn wijken waar het percentage gezinnen met een laag inkomen hoger is dan in andere buurten. Ook is er sprake van een grote culturele diversiteit in deze buurten. De procesevaluatie van LEFF heeft laten zien dat kinderen en ouders LEFF zeer hoog waarderen en uitermate positief zijn over wat LEFF hen heeft gebracht. Het gaat dan om zaken als meer zelfvertrouwen, bewuster met voeding omgaan en meer bewegen. Ook is gebleken dat LEFF erin slaagt specifiek de gezinnen te bereiken waarin kinderen armoede opgroeien en die vaak niet op zorgaanbod afkomen of interventies niet afmaken.

Voor de interviews zijn twee locaties van LEFF gekozen waar het percentage deelnemers wat het programma afmaakt hoog is. Immers de focus van het onderzoek is te leren van de voltooiers. Gezinnen die voldoen aan het LEFF-criterium voor voltooiing van minimaal 75% deelname aan het programma (met uitzondering van één gezin dat op de grens lag met 70% deelname), zijn opgebeld, gemaild en benaderd via Whatsapp met de vraag of ze mee wilden doen met een interview over LEFF. Bij instemming is een afspraak gemaakt, waarbij de keuze voor de locatie van het interview aan de ouder is gelaten.

Friends in Shape

Friends in Shape (FiS) is voor kinderen van 8 tot en met 14 jaar oud met obesitas en ernstige obesitas. FiS wordt aangeboden in het Amsterdamse stadsdeel Noord, in een samenwerking tussen het stadsdeel, Zilveren Kruis Achmea en verschillende zorgpartijen en welzijns- en sportinstellingen in Noord. Er zijn twee sessies van een uur sporten per week, die 's avonds plaatsvinden in het Only Friends sportcentrum. Deelnemers die moeite hebben met de reisafstand, kunnen worden opgehaald met een busje en worden na afloop weer thuisgebracht. Het programma van Friends in Shape duurt een jaar. Tijdens het

programma komen verschillende sporten aan bod, waaronder zwemmen, voetballen en fitness. Het programma is in eerste instantie gericht op de kinderen, maar ouders mogen ook meesporten en worden actief betrokken in de regelmatig terugkerende ouderssessies. Ouders worden gekoppeld aan een trainer, die volgens de Triple P methode de nadruk legt op de componenten gedrag en voeding. Friends in Shape is een continu programma; instroom in de interventie is het gehele jaar door mogelijk en deelnemers mogen een jaar lang blijven. De samenstelling van de groep kan dus wisselen gedurende de interventie, en niet alle deelnemers komen elke sessie.

Bij FiS zijn kinderen geïnterviewd die al een tijd meelopen, maar precieze cijfers over de hoogte van voltooiing zijn wat lastiger te krijgen, omdat het traject een jaar duurt en niet iedereen 100% meedoet. Sommige deelnemers nemen bijvoorbeeld maar aan één van de twee sessies per week mee, maar blijven wel langdurig komen en kunnen dus beschouwd worden als voltooiers. Voor dit onderzoek zijn ouders en kinderen gecontacteerd die al een aantal maanden met het programma meelopen.

Interviewmethoden

Omdat er nog weinig bekend is over wie de voltooiers zijn en welke bevorderende en belemmerende factoren ouders en kinderen tegenkomen is gekozen voor kwalitatief exploratief onderzoek. Daarbij is gebruikt gemaakt van de volgende methoden:

- *Semigestructureerde interviews* met ouders en kinderen in thuissituatie of buurt en met coaches op interventielocatie of buurtlocatie. Vragen in de interviews zijn gevormd aan de hand van het gepresenteerde theoretische model.
- *Tijdslijn en doorgeefvraag voor kinderen*; doel: enthousiasmeren, ophalen van herinneringen, al doende praten, drempelverlagend door directe taalgebruik, gevoel van verbondenheid creëren. De tijdslijn (zie figuur 2) is aan het begin van de interviews met de kinderen geïntroduceerd om de ervaringen tijdens de toeleiding naar en deelname aan de interventie te bespreken. Kinderen gaven met behulp van emoticon-stickers, tekeningen en tekst aan wat zij vonden, dachten en deden op verschillende momenten van toeleiding en deelname (van tevoren/start/halverwege/eind/na afloop). Tijdens het knutselen zijn vragen gesteld over hun gedachten en meningen bij de ingevulde tijdslijn. Na afloop van het knutselen is gevraagd of de kinderen vragen hadden voor de andere kinderen in het onderzoek, die schreven zij vervolgens op en ze beantwoordden hun eigen vraag. De onderzoeker nam deze vragen mee via een foto op de telefoon, om deze vervolgens aan de volgende kinderen stellen, die dan weer vragen voor de volgende kinderen bedachten.
- *Focusgroepsdiscussies met kinderen en ouders*; doel: validering van resultaten en formuleren aanbevelingen. In de focusgroep met **de kinderen** is gevraagd om een poster te knutselen met behulp van emoticon-stickers en potloden, om andere kinderen te motiveren om naar de interventie te komen (zie figuur 4). Tijdens het knutselen werden de posters besproken. Na afloop van het knutselen is besproken wat hun 'droom-LEFF/-FiS' is: aan de hand van een boekje met pictogrammen van b.v. tijd, locatie, en activiteiten, vertelden kinderen hoe hun ideale interventie er uit zou zien. Deze informatie is gebruikt bij het formuleren van de aanbevelingen.

De focusgroep met **de ouders** was in de vorm van een groepsgesprek aan de hand van de vraag 'Hoe lukt het jullie toch om hier nu te zitten, ondanks dat we het allemaal zo druk hebben'.

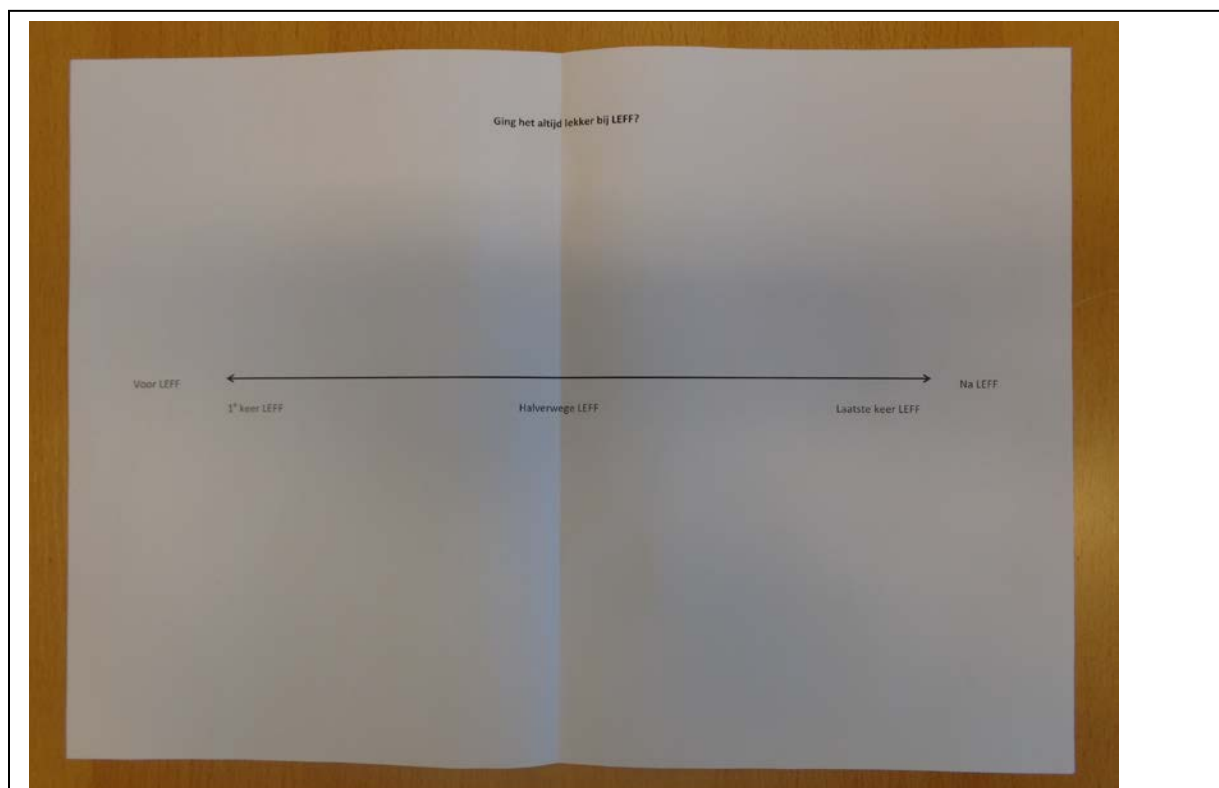
Alle data zijn op band opgenomen en getranscribeerd, met uitzondering van de focusgroepen omdat dit praktisch gezien niet haalbaar was. De data uit de focusgroepen zijn schriftelijk vastgelegd en na afloop direct uitgewerkt. Voor de analyse is gebruik gemaakt van een ethnografische contentanalyse (Altheide, 1987), wat betekent dat analyse niet alleen achteraf heeft plaatsgevonden, maar reeds vanaf de aanvang van het onderzoek is gestart. De opgedane inzichten werden direct weer gebruikt om de interviews te verdiepen en de verkregen inzichten te valideren dan wel te contextualiseren. Data-saturatie is bereikt; in de laatste interviews zijn geen nieuwe patronen of thema's gevonden.

Taalbarrières zijn opgelost door voldoende tijd te nemen, taalgebruik aan te passen en bij 1 gezin heeft het kind getolkt.

Tabel 1 geeft een overzicht van de onderzoeksactiviteiten per locatie en verdeeld naar de doelgroepen kinderen, ouders en coaches. De interviews zijn gehouden met de deelnemers van de afgelopen ronde van LEFF (voorjaar 2016) en de huidige groep van FiS; de focusgroepdiscussies (FGD) met het huidige groep van LEFF en FiS (najaar 2016).

Interventie	Locatie	Interviews ouders	Interviews kinderen	Interviews coaches	FGD kinderen	FGD Ouders
LEFF	Zuid Oost	3	2	2		
	Nieuw West	4	5	2	10	7
Friends in Shape	Noord	5	5	3	8	2
	Totaal n=	12	12	7	18	9

Tabel 1: *Overzicht van geïncludeerde deelnemers per interventielocatie*



Kop: ging het altijd lekker bij LEFF?

Tekst op de tijdslijn: Voor LEFF; 1^e keer LEFF; Halverwege LEFF; Laatste keer LEFF; Na LEFF



Figuur 2. Gebruikte materialen tijdens de interviews: Doorgeefvragen van de kinderen en een tijdslijn om te knutselen tijdens het gesprek

Ethiek

Deelnemers van LEFF zijn gecontacteerd middels een email, telefoongeprek of Whatsapp berichtje met informatie over het project en daaropvolgend een telefonische toelichting over het doel van het onderzoek. Deelnemers van FiS zijn gecontacteerd bij de bijeenkomsten van de interventie. Bij aanvang van de interviews is nogmaals de vrijwilligheid van deelname benoemd, evenals de mogelijkheid om tussentijds te stoppen en dat de anonimiteit van de deelnemers gewaarborgd wordt. Deze kernprincipes zijn schriftelijk vastgelegd en ondertekend door zowel de deelnemers als de onderzoeker. Geen van de geïnterviewden had bezwaar tegen opname van het gesprek. De namen in de resultatensectie zijn gefingeerd, om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen.

Hoofdstuk 3. Resultaten

We geven eerst een beeld van de deelnemers, de ouders en kinderen die LEFF of Friends in Shape hebben voltooid. Vervolgens gaan we dieper in op de toeleiding naar het programma; de verwachtingen en doelen van de deelnemers. Daarna beschrijven we de ervaringen van de deelnemers tijdens de interventie: de barrières om deel te nemen en de faciliterende factoren die helpen om te blijven komen. Alleen daar waar relevant, wordt in de beschrijving onderscheid gemaakt tussen de interventies LEFF en Friends in Shape.

De ouders en de kinderen zijn vaak al jaren bezig met overgewicht

Het was niet eenvoudig om de deelnemers te bereiken. Telefoonnummers en emailadressen klopten vaak niet meer, de telefoon werd niet altijd beantwoord. Whatsapp bleek een uitkomst voor het leggen van contact, evenals het contact leggen buiten kantooruren. Hoewel de ouders en kinderen al veelvuldig vragenlijsten en evaluaties van het programma hebben gehad, was toch een substantieel deel van de deelnemers enthousiast om hun ervaringen te delen. Slechts één ouder was niet gemotiveerd om mee te doen aan het interview, en één kind zei na het gesprek met de ouder af, de overige afwijzingen kwamen vanuit overmacht: ziekte, zwangerschap, verhuizing en drukte. Het is gelukt om een moeilijk bereikbare doelgroep te bereiken, waarbij we niet alleen de meest toegankelijke mensen hebben gesproken, maar juist ook de lastig te contacteren mensen. Dit is gelukt, ondanks taalbarrières: slechts in één geval wilde de deelnemer uit zichzelf niet meedoen omdat zij de taal niet machtig was, bij de overige deelnemers werden manieren gevonden om een verbinding te maken en een gesprek te houden. In tabel 2 en 3 staan de gegevens van de geïnterviewde deelnemers per interventie. Bij de focusgroepdiscussie van LEFF waren 6 jongens en 4 meisjes aanwezig en 7 ouders (moeders). Bij de focusgroepdiscussie van Friends in Shape waren 4 jongens en 4 meisjes en 2 ouders aanwezig.

Geïnterviewde	Geslacht	Leeftijd	Woonwijk
Ouder 1	Meisje	11	Zuid-Oost
Ouder 2 En kind	Meisje	13	Nieuw-West
Ouder 3 En kind	Jongen, meisje	7, 11	Nieuw-West
Ouder 4 En kind	Meisje	8	Zuid-Oost
Ouder 5 En kind	Meisje	10	Nieuw-West
Ouder 6 en kind en zus	Meisje	9	Zuid-Oost
Ouder 7 En kind +vriendin	Meisje	9	Nieuw-West

Tabel 2. Gegevens van de geïnterviewde deelnemers van LEFF¹

¹ In het kader van de anonimiteit zijn hier niet de gefingeerde namen weergegeven omdat de deelnemers anders herleidbaar zijn.

Geïnterviewde	Geslacht	Leeftijd	Woonwijk	Lengte deelname kind
Ouder 1 + Kind A + Kind B	Jongen meisje	13 15	Noord	7 maand 3 maand
Ouder 2			Noord	7 maand
Ouder 3			ZuidOost	2 jaar
Ouder 4			Zeeburg	4 maand
Kind 2	Meisje	13	Noord	6 maand
Kind 3	Meisje	12	Noord	1 jaar
Kind 4	Jongen	14	Noord	1 jaar

Tabel 3. Gegevens van de geïnterviewde deelnemers van Friends in Shape

De meeste deelnemers die we hebben gesproken zijn al jaren bezig met ‘het overgewichtprobleem’. Moeder Janine beschrijft het als een lange zoektocht. Janine is alleenstaande moeder van twee kinderen. Haar oudste kan alles eten wat hij wil, maar dochter Eline heeft al lang overgewicht en is van kinds af aan gericht op eten en snoepen. Janine noemt zichzelf ook een dikkerd en heeft al verschillende dingen geprobeerd om Eline te laten afvallen. Via het Ouder en Kind team zijn ze doorverwezen naar de schoolarts en een obesitaspoli in het ziekenhuis. Daarna heeft ze samen met haar dochter gesport bij het sportcentrum in de buurt en kwam ze weer bij de eerstelijnszorg. Uiteindelijk las ze zelf iets over LEFF toen ze op internet aan het rondkijken was naar interventieprogramma’s. Ze is toen zelf op zoek gegaan naar hoe ze zich kon aanmelden, ‘want je probeert natuurlijk gewoon alles’. Deze zoektocht is typerend voor de verhalen van de ouders; zij hebben vaak al veel geprobeerd, soms meerdere dingen tegelijk. Zoals een combinatie van het volgen van een leefstijlinterventie, en het bezoeken van de diëtist, een sportprogramma én fysiotherapie. De ouders vertellen echt een oplossing te willen en daar ook moeite voor te doen, zoals moeder Saskia zegt: ‘ja, je wilt gewoon van alles gaan doen’.

Meerdere ouders geven aan zelf al bewust te leven en gezond te eten. Ze vertellen over de regels die ze thuis hebben: alleen maar water drinken, chips alleen in het weekend, een stuk fruit mee naar school, geen snoep en koek in huis halen etc. En toch blijft het overgewicht een probleem en lukt het maar moeilijk om daar wat aan te doen, zoals moeder Jiméne uitlegt: ‘Eigenlijk vanaf dat ze geboren is vechten we ermee.(...) Ik wist echt eindelijk niet meer wat ik moet gaan doen dat ze gaat afvallen’. Ook Jiméne is alleenstaande ouder. Ze heeft het niet breed en zegt het zich niet te kunnen veroorloven om haar dochter naar sport te sturen. Ze heeft zelf ook genoeg op haar bordje: ‘In drie, vier maanden is ze vijf kilo aangekomen (...) ik weet hoe dat komt, omdat ik ook in een vervelende situatie even zat ... je bent wel met ze bezig, maar even meer met jezelf’.

Bij veel ouders staat de worsteling met het overgewicht van het kind niet op zichzelf. Zo kampen ouders zelf vaak met ziekte (bv. reuma en artrose), een complexe leefsituatie (eenoudergezin, slecht de taal spreken), een druk schema (meerdere kinderen, ook nog met extra activiteiten, zoals diëtist of bijles), weinig geld en daardoor beperkte mogelijkheden (bv. problemen met vervoer of oppas). Zo vertelt Nashwa in gebrekkig Nederlands over hoe moeilijk het opgroeien vroeger in Egypte was. Dat het thuis altijd druk was en ze niet kon sporten en sport dus ook niet in haar systeem zit. Toch wil ze graag dat haar zontje naar sport gaat; hij komt bij de kinderarts voor overgewicht en heeft een te hoge

bloeddruk. Ze heeft gekeken of hij kan sporten, maar loopt tegen financiële barrières aan: *‘bijna altijd moet betalen... is duur... ik ga kijken bij internet voetbal voor mijn zoon, bijna 180 euro per jaar...’* Haar zoon gaat wel naar schoolvoetbal, maar dat kost 5 euro per drie maanden. Zelfs dat is voor Nashwa veel. Haar man heeft een uitkering en daar moeten ze van rondkomen. Bovendien heeft ze het altijd druk: *‘de hele week is weg’*. Ze moet de kinderen naar school brengen, helpen met huiswerk maken, haar zoon gaat twee dagen naar bijles.

Coaches zien deze complexe leefomstandigheden ook. Gewichtsproblemen zijn vaak onderdeel van *‘een hele gezinsproblematiek... en vaak is er ook een broertje of zusje die ook al die kant opgaat’*. De coaches merken dat sommige ouders het moeilijk vinden om nee te zeggen tegen hun kind *‘want zo’n moeder denkt als ik nee zeg tegen mijn kind met eten, dan ben ik een slechte moeder’*. Dit vertelt moeder Saskia ook over de andere ouders, dat sommigen geen ‘nee’ kunnen zeggen en hun kinderen ‘volstoppen’ met chips en koek. Ze moeten juist leren om dat niet te doen. Maar dat is dus niet altijd gemakkelijk, zoals Janine ook vertelt: *‘Dan ging ze naar een feestje en dan kreeg ze weer een zakje [snoep] mee naar huis en daar stonden dan stapels met snoep. Ja, hoe kun je je kind daar dan in begrenzen?’*. De coach vertelt dat er bij FiS wordt geprobeerd om ouders enthousiast te maken voor de Triple P opvoedcursus, om ze op die manier ook te ondersteunen.

Een ongemakkelijk gesprek over overgewicht

Ouders geven meerdere redenen aan waarom het zo moeilijk is om het overgewicht van hun kind aan te pakken. Genoemd worden: het niet altijd controle hebben over hun kind, de puberteit, gebrek aan geld, tijd en kennis, moeilijk om aan kinderen uit te leggen en hen te motiveren om gezonder te leven, zonder teveel het woord dik te gebruiken. Ouders vertellen soms geen grip te hebben op het kind en het daarom niet te kunnen helpen dat hun kind dingen doet die niet verstandig zijn. Zo vertelt Jiméne dat ze het lastig vindt *‘dat je eenmaal vierentwintig uur met haar bezig bent...weet je, je doet ook gewoon andere dingen en in die tussentijd pakt zij gewoon iets anders’*. Vader Seb vertelt gelaten:

‘Het is zo moeilijk. Want ze hebben vrienden, ze willen vaak buiten eten, ze nemen d’r mee. Dat is toch, loopt altijd mis.(...) Want ze is nou eigenlijk weer een beetje overgewicht. Maar ja, omdat ze zelf ook dingen loopt te eten waar je niet bij bent.(...) dan is het moeilijk om overal bovenop te zitten.’

Het veranderen van leefstijl is moeilijk, zo vertellen ouders, doordat ze niet altijd het geld, de kennis of de tijd daarvoor hebben. Coach John constateert: *‘De ouders willen wel het beste voor hun kind, maar weten nog niet hoe dat moet’*. Seb vertelt: *‘Het is altijd lastig, je moet heel drastisch, je hele eetpatroon moet je eigenlijk omgooien’*. Deze omslag lukt de ouders en kinderen het ene moment beter dan het andere. Janine: *‘Het is ook lastig uit te leggen aan een kind, vind ik, weet je haar vriendinnetjes doen het ook, maar die zijn zo [dun]. En dat heeft ze zelf dan ook, dat ze dan vraagt, maar waarom word ik daar dan dik van?’*. Meestal wil haar dochter het er helemaal niet over hebben:

‘Nee ze vindt het heel moeilijk het daar over te hebben. (...) Ze is best wel bewust denk ik van hoe ze doet en ook van de fouten die ze daarin maakt. En dat vindt ze helemaal niet fijn natuurlijk om daar ook op gewezen te worden.’

Kinderen vinden het niet prettig om over hun gewicht te praten. De meeste kinderen benoemen de aanleiding om naar de interventie te gaan wel in termen van *'omdat ik overgewicht heb'* of *'omdat ik niet dikker wil worden'*, maar hebben het er verder liever niet over. Ook uit het gesprek met Maira spreekt de ongemakkelijkheid. Aan het begin van het gesprek vertelt ze het niet leuk te vinden dat het bij LEFF over overgewicht gaat. Gevraagd of ze nu lekkerder in haar vel zit sinds haar deelname aan LEFF, vertelt ze: *'Ehm... Ja... een beetje'*, en hoe komt dat dan? *'Nou, hier [hoe ik in mijn vel zit] weet ik gewoon niks over, omdat.. ik kan daar [praten over gewicht] gewoon echt niet tegen'*. Moeder Adia vertelt dat ze van de interventie geleerd heeft dat ze het woord 'dik' beter niet kan gebruiken tegen haar dochter:

'Ik zeg wel je bent over, je bent, je gewicht is niet goed Keisha (...) Beetje ontdekken hoe, want van dik zeggen wordt je kind verdrietig van. En de kinderen zeggen het ook, mama daar word ik verdrietig van. (...) Want ik dacht gewoon, ja je bent dik maar ze heeft nooit iets gezegd over dat. Maar zij vindt het ook niet goed, ze zegt ik word verdrietig van.'

Zowel de ouders als de kinderen geven aan het lastig en niet prettig te vinden om over overgewicht te praten. Maar dit betekent niet dat ze er niet mee bezig zijn, juist niet. In veel gesprekken met ouders en kinderen komt naar voren dat het overgewicht iets doet met de kinderen. Vooral het pesten op school en in de wijk valt zwaar. Zo vertelt moeder Nashwa dat andere kinderen haar zoon 'dikzak' noemen, en dat hij altijd zegt *'mama ik dik, ik wil die operatie [een oplossing]'*. Ook de coaches herkennen dit probleem, veel kinderen worden op school gepest en hebben niet veel vrienden waardoor ze zich onzeker voelen.

De kinderen vertellen vooral over de gevolgen, in plaats van over hun overgewicht zelf. Ze vinden het niet leuk om een uitzondering te zijn of gepest te worden. Zo vertelt Jamie: *'Soms ga ik rennen met mijn vrienden en dan ben ik buiten adem en zij zijn nog steeds aan het rennen en dat vind ik ook niet leuk. En soms zeggen ook kinderen tegen mij dat ik ook geen goede conditie heb.'*

Voor sommige kinderen zijn de pestervaringen reden om het spannend te vinden om naar de interventie toe te gaan, ook omdat ze er veelal niemand kennen. Het is moeilijk om de gevoelens van kinderen boven tafel te krijgen, zeker met een volwassene erbij. Onder elkaar praten kinderen er soms makkelijker over. Zo komt aan het einde van het gesprek met Felicia, de dochter van Jiméne, haar vriendinnetje Amisha, die ook overgewicht heeft, langs om te spelen. Jiméne loop even de kamer uit om het eten te koken. Samen kleuren de meiden de tijdslijn in en durven dan ineens wat meer over zichzelf te vertellen, en geven zo een uniek inzicht in hun gedachtewereld en hoe ze proberen hun overgewicht te verbloemen:

Amisha: En als je wordt gepest ermee, want eerst vind je.. zeg je ik vind het niet erg als ik dik ben en.. maar wanneer je wordt gepest dan, dan voel je je wel echt niet leuk.

Felicia: Kijk, ik draag gewoon meestal joggingbroeken of broeken waarvan je eigenlijk niet bijna ziet van ja..

Amisha: Dat je dik bent.

Felicia: Ja dat je dik bent. Zoals zij draagt bijna...

Amisha: Ik draag altijd jurkjes waarvan je het gewoon tot hier ziet en de rest is...

Felicia: En ik draag losse bloesjes waardoor je wat dunner lijkt

Ouders en kinderen herinneren zich weinig meer van de toeleiding

De ouders herinneren zich weinig meer van de toeleiding; het voelt voor veel ouders 'als lang geleden'. De meesten weten nog wel te vertellen of ze via de huisarts of iemand anders op de interventie zijn geweest, maar niet meer hoe dat precies ging. Bij LEFF zijn de meeste deelnemers via de huisarts, JGZ of via de gymleerkracht van school doorverwezen. De LEFF-coördinator krijgt de aanmeldingen binnen en geeft deze door aan de coach. Vervolgens belt de coach de mensen op om ze uit te nodigen. Twee van de ouders zijn op een andere manier bij LEFF gekomen. Moeder Janine was zelf op zoek naar een interventie voor haar dochter. Zij kwam LEFF tegen op internet, maar vond het moeilijk om contactgegevens te vinden en ze te bereiken. Uiteindelijk kwam ze de dag voor de start in contact en kon ze meteen meedoen. Keisha en haar moeder Adia kregen een tip van een juffrouw op school, die zelf bij LEFF heeft gewerkt. Ook bij Friends in Shape komen deelnemers op verschillende manieren binnen. Via de huisarts of de JGZ, maar ook melden sommige deelnemers zich zelf aan. Vaak nadat ze van andere ouders horen over de interventie, bijvoorbeeld tijdens een sportkamp voor kinderen met overgewicht. Daarnaast trekt Friends in Shape zelf ook actief deelnemers aan, bijvoorbeeld via het Only Friends sportcentrum, of via broertjes/zusje of vriendjes van een deelnemer. Dit is eigenlijk de enige vorm van toeleiding die direct via het kind loopt, alle andere manieren gaan vooral via de ouders.

De ouders herinneren zich nog weinig van de inhoud en de sfeer tijdens de verwijsgesprekken en de kinderen weten het helemaal niet meer. Enkele ouders vertellen dat de jeugdverpleegkundige een specifieke interventie presenteerde, zij hadden niet het idee dat er een keuze was. Op de vraag of ze kon kiezen, antwoordt Saskia: *'Nee, nee, nee. [De zorgverlener] zei gewoon ze heeft een programma over LEFF enzo (...) en we konden gelijk gaan'*. Coach Farid vertelt over een moeder die aangaf dat ze is verwezen naar Fit4Kids, maar daar eigenlijk niet blij mee is. Zij vroeg zich af waarom niemand haar iets heeft verteld van LEFF. Uit de interviews komt naar voren dat de jeugdverpleegkundige de interventie presenteert als manier om het 'overgewichtprobleem' aan te pakken. Vervolgens gaan de ouders erheen, vaak zonder echt te weten wat de interventie inhoudt. Of zoals coach Farid verhaalt: *'Dan vraag ik van ja goh, weet je een beetje wat het betekent? Nee niks, dat weet ik niet, ik heb een folder meegekregen en that's it.'* Ook Nashwa vertelt eenvoudigweg het advies van de arts te hebben gevolgd, zonder veel te weten over de interventie:

Nashwa: Niet verwachting. Nee, nee, die kinderarts gezegd gewoon 1 jaar sporten bij FiS.

Onderzoeker: Wist u een beetje wat het inhield? Had u een idee van wat u gaat doen?

Nashwa: Ehm... die kinderarts heeft gezegd: niet stoppen. En altijd komt hij hier bij de FiS. Is beter ja.

Ze heeft vooral begrepen dat ze moet blijven gaan, maar heeft zelf geen specifieke inhoudelijke verwachting van de interventie. Het lijkt er op dat de verwijzers mogelijk weinig informatie geven over de interventie. Hierdoor komen ouders en kinderen soms met verkeerde verwachtingen.

Verwachtingen van ouders en kinderen

Coach Cécile van LEFF, vertelt dat mensen op basis van de verwijzing het idee hebben dat ze echt gaan sporten, in plaats van bewegen en spelen. En sommige ouders verwachten dat ze zelf ook gaan sporten, terwijl de ouders een groeps gesprek hebben wanneer de kinderen sporten. Bij beide interventies wordt om misverstanden te voorkomen voor de start van deelname een intake gedaan met de ouders en de kinderen. Deze intake dient twee doelen: aan ouders vertellen wat ze kunnen verwachten van het programma, maar ook wat er van hun verwacht wordt bij deelname.

Na de intake volgt een kennismakingsbijeenkomst, waarin de deelnemers elkaar leren kennen en het programma nogmaals wordt doorgesproken. De coaches van beide interventies communiceren het als een eis (FIS) of als een verwachting (LEFF) dat de deelnemers moeten blijven komen, waarbij ze duidelijk uitleggen dat het programma alleen werkt als je blijft komen. De gevraagde toewijding kan druk op de deelnemers leggen, zoals moeder Adia vertelt: *‘als die juffrouw zegt je moet echt goed nadenken. Als je begint ga je niet stoppen! (..) Dat is echt afspraak. Dus ik kom met mijn kind thuis, ik zeg Keisha: ‘ik wil eigenlijk stoppen’.* Haar dochter wilde echter wel graag en heeft haar moeder overtuigd om toch te gaan. Coach Cécile vertelt dat sommige ouders na de intake of kennismakingsavond alsnog afhaken, *‘omdat ze gewoon willen dat hun kinderen gaan sporten’* en LEFF niet puur een sportprogramma is. Dit blijkt ook uit de teleurstellingen van moeder Janine, die de kennismaking miste omdat ze zich op het laatste moment aanmeldde. Zij is teleurgesteld omdat de interventie niet zoveel sport bevat als ze had verwacht. En dat ze in tegenstelling tot wat ze hoopte, niet samen met haar dochter kan sporten.

Ondanks de geringe informatie vooraf, vormen de ouders en kinderen natuurlijk wel een idee en komen ze met een verwachting over de inhoud en het effect naar de interventies. Zoals Nashwa, die gewoon maar was gegaan en zei geen verwachting te hebben vertelt: *‘mijn zoon is een beetje dik, dus hij zou moeten sporten’.* Dit zien we ook bij andere kinderen en ouders van Friends in Shape; zij verwachten een sportprogramma, om in beweging te komen en af te vallen. Hassan: *‘ik kwam hier eigenlijk om te gaan sporten, want ik heb overgewicht.. en daarom ben ik hier (..) om dun te worden natuurlijk en ook voor je conditie, en ook voor je lichaam en ook voor je spieren’.* Vader Seb vertelt dat zijn dochter moeilijk contact maakt, *‘je probeert haar in beweging te krijgen’.* Wat hem trok was de diversiteit in sporten. En Talia vertelt: *‘is positief, voor alles kinderen. Voor gezond, voor activiteit’.* Bij LEFF is soms sprake van een misverstand over het ‘sporten’, dat geen sporten wordt genoemd maar ‘bewegen’: Zo vertelt de dochter van Raoul dat ze had gedacht te gaan voetballen, in plaats van spelen en bewegen bij LEFF. Ook Felicia had verwacht dat ze écht gingen sporten, maar *‘dit was gewoon gym’.* Dat vond ze jammer, want echt zwaar sporten *‘maakt het juist beter. (...) gewoon dat je afvalt. Daar [‘gym’] val je niet echt van af.’*

Daar waar de verwachtingen van Friends in Shape zich centreren rondom sport, beschrijven de deelnemers van LEFF meer diverse en minder duidelijke verwachtingen. Daarnaast valt op dat zij vaker

minder helder hadden wat het programma zou inhouden. Met name de kinderen weten van tevoren vaak niet goed wat het programma precies inhoudt. Ze zijn vaker dan ouders teleurgesteld wanneer hun verwachting niet klopt met het programma. Sommige kinderen vertellen dat ze moesten deelnemen van de ouder, zoals Maira: *'Ik wist niet wat we gingen doen'*. Ze wilde niet gaan *'omdat ik wist niet wat het was en het leek eng'*. Maria begon het later pas leuk te vinden *'toen ze dat ene blaadje hadden uitgedeeld, zo'n blaadje waarop staat wat we gaan doen'*. Twee van de zeven kinderen zeggen expliciet graag te willen afvallen en daarom naar LEFF te gaan. Amber wilde bijvoorbeeld graag naar de interventie toe om gezonder te leren eten, *'omdat ik niet veel dikker wou worden. Want ik was wel een beetje dik. En nu ben ik afgevallen'*.

Sommige van de ouders zeggen geen verwachtingen te hebben, zoals Jiméne, die vond het allemaal best. Ze vertelt dat ze naar LEFF gaat omdat haar dochter moet afvallen. Sena wist het pas toen ze langskwam. Ze ging wel met een doel: *'Ik ben eigenlijk via hem [zoon] hier naartoe gekomen. Voor z'n overgewicht'*. Maar ze wist niet wat er ging gebeuren: *'ik heb wel van gehoord, maar voor mij was het niet duidelijk wat de bedoeling is, wat LEFF is'*; *'Pas toen ik hier was geweest, van [de coach] heel veel uitleg'*. Andere ouders hebben wel een duidelijk beeld wat ze van de interventie verwachten of willen. Zo vertelt Saskia: *'je gaat bij LEFF een programma volgen voor verantwoordelijk eten (..) dus ik wist precies wat ik daar deed'*. En Janine vertelt: *voor de bewustwording van mijn dochter, in de keuzes die ze maakt. In wat goede voeding en wat geen goede voeding is en waarom dat zo is'*. Raoul zegt dat hij goed was geïnformeerd, zijn doel was: mijn kind moet afvallen en gezond worden. Terugkijkend zegt hij, het was *'meer dan ik verwacht heb eigenlijk, ik dacht meer sporten en minder informatie wat betreft gezonde voeding. Maar ze zijn echt dieper op alles ingegaan (..) ik wist niet dat je zo ver ging.'* Met deze verdiepende uitleg is hij erg tevreden. Hoewel het voor kinderen soms wel veel praten was en daarmee soms saai, ze zouden graag meer afwisseling willen in het programma en de sportactiviteiten. De elfjarige Aicha: *'het zijn spelletjes die we eigenlijk al vanaf jongs af aan spelen. En dan wordt het herhaald omdat er ook kleine kinderen erbij zitten. En dat vonden wij echt een beetje saai'*. De kinderen willen graag meer verschillende sporten doen en meer nieuwe spelletjes, want *'als het nieuw is, is het meestal leuk. En als je het vaker doet, dan wordt het minder leuk'* (Jaimy).

Toeleiding: Wat vertellen kinderen over hun ervaringen bij de interventie?

Kinderen vertellen over hun eerste keer bij de interventie twee soorten verhalen. Grofweg de helft van de kinderen heeft voor het begin al wel zin om te gaan en vindt het de eerste keer ook 'leuk'. Ze vinden het leuk om nieuwe kinderen te ontmoeten en zijn benieuwd naar wat ze gaan doen. De andere helft van de kinderen vertelt dat ze het 'eerst spannend' vinden om te gaan, omdat ze niet weten wat er gaat gebeuren. Na de eerste keer neemt de spanning af, omdat ze de andere kinderen hebben leren kennen, Jaimy: *'toen had ik wel heel veel vrienden gemaakt en ik vond het er wel heel leuk'*.

'Vrienden maken' en 'gezellig' zijn terugkerende woorden die kinderen gebruiken om te vertellen waarom ze graag naar de interventie toe gaan (zie ook figuur 3). Verschillende kinderen vertellen dat ze niet altijd sociaal heel makkelijk zijn, of verlegen zijn. Michael: *'Het was wel leuk om verschillende mensen te leren kennen. Ik weet niet of je aan me kan zien, maar ik ben niet een heel sociaal persoon.'*

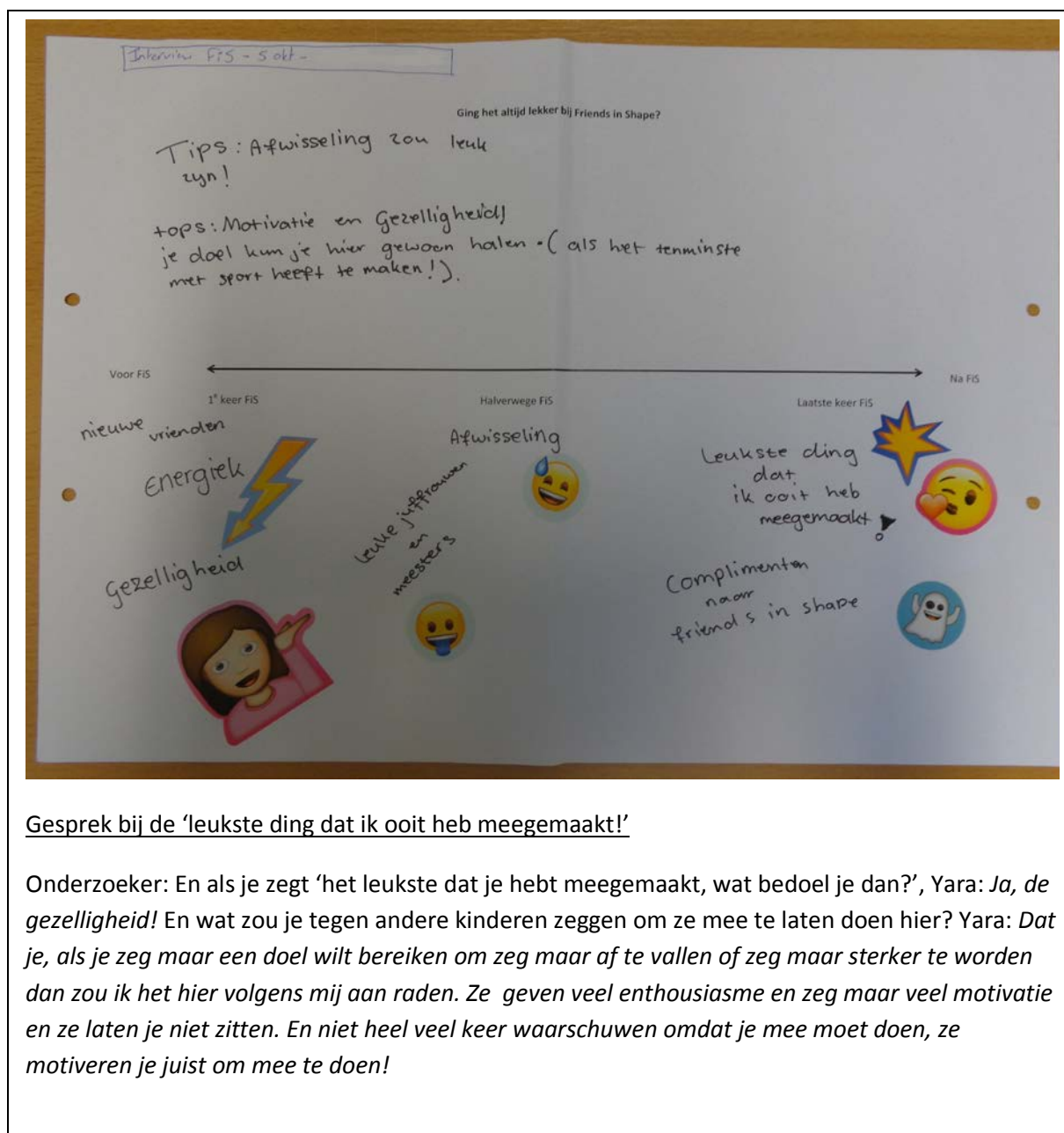
Ook vertellen kinderen dat ze het fijn vinden dat niemand elkaar pest en dat je de interventie doet *'samen met elkaar'*. Sommige kinderen hebben naast positieve ook minder goede ervaringen, voornamelijk bij het sporten. Zo is de sfeer in de groep bij het bewegen niet altijd fijn (genoemd bij LEFF), zijn sommige kinderen te wild en gebeuren er af en toe vervelende dingen tussen de kinderen. Felicia vertelt dat ze door een incident waarbij ze werd overgeslagen in het spel en de kinderen 'irritant' tegen haar deden, geen zin meer had om te komen.

Een andere reden waarom het sporten soms een minder fijne ervaring is, is dat het voor sommige kinderen te zwaar is in het begin. Dit is vooral genoemd bij FiS, waar nieuwe kinderen zich soms geïntimideerd voelen door het uithoudingsvermogen van anderen die al langer meedoen. Lize:

'Dan ging ik meestal iets doen waar ik kon zitten (...) En dan ging ik gewoon heel zachtjes dit gewoon omhoog doen en dan wanneer juffrouw of meester kwam dan ging ik gewoon weer automatisch verder (...) Omdat ik dan gewoon moe ben'

Deze kinderen vertellen dat ze later meer conditie krijgen en het sporten dan wel leuk vinden. Andere kinderen (zowel LEFF als FiS) vertellen dat ze het bewegen juist heel leuk vinden en er naar uit kijken, omdat het ze een goed gevoel geeft.

De kinderen vinden het fijn dat ze 'veranderen' door de interventies. Zo vertellen ze nu meer uithoudingsvermogen te hebben en fitter en sterker te zijn. Sommigen vertellen trots dat ze zijn afgevallen en daar heel blij mee zijn. Ook hebben ze veel geleerd over eten en drinken en gezondheid, zoals etiketten kunnen lezen en nu weten hoeveel suiker er in eten zit en of het gezond is (bij LEFF). Keisha: *'ik vond het super, want nu weet ik wat alles is van gezondheid'*. Verschillende kinderen vertellen dat ze zich nu goed voelen, meer zelfvertrouwen hebben gekregen en hebben geleerd *'in zichzelf te geloven'*.



Gesprek bij de 'leukste ding dat ik ooit heb meegemaakt!'

Onderzoeker: En als je zegt 'het leukste dat je hebt meegemaakt, wat bedoel je dan?', Yara: *Ja, de gezelligheid!* En wat zou je tegen andere kinderen zeggen om ze mee te laten doen hier? Yara: *Dat je, als je zeg maar een doel wilt bereiken om zeg maar af te vallen of zeg maar sterker te worden dan zou ik het hier volgens mij aan raden. Ze geven veel enthousiasme en zeg maar veel motivatie en ze laten je niet zitten. En niet heel veel keer waarschuwen omdat je mee moet doen, ze motiveren je juist om mee te doen!*

Figuur 3. Voorbeeld van de tijdslijn die door kinderen tijdens het interview is geknutseld ter ondersteuning van het gesprek

Ervaren barrières: een optelsom van factoren

Zowel ouders en kinderen geven aan veel geleerd te hebben van de interventie, maar ook barrières te hebben ervaren. Ook coaches benoemen verschillende barrières die een rol kunnen spelen bij het starten en blijven deelnemen aan de interventie.

Groepsdynamiek: De groep speelt een belangrijke rol in de tevredenheid over de interventie en kan daardoor ook een groot obstakel zijn. Kinderen vertellen vooral dat ze moeite hebben met de verschillende leeftijden in de groep. De oudere kinderen vinden het niet altijd leuk om met ‘die kleintjes’ te spelen en sommigen vinden de spelletjes te kinderachtig, of kennen ze al zo lang dat ze het saai vinden. De jongere kinderen vinden het juist weer minder prettig dat andere kinderen zo ‘wild’ doen in de groep. Ook coach Frenna vertelt dat ze schippert met de verschillende leeftijden en hoe ze het beweegtuurtje daar goed bij aan kan laten sluiten. Nieuwe kinderen leren kennen, een negatieve sfeer of de ervaring nieuw in de groep zijn en het sporten als te zwaar ervaren, zijn een drempel voor kinderen. Bij FiS is het voor sommige kinderen lastig dat de groep doorlopend is en dus steeds wisselt van samenstelling. Het is niet ongebruikelijk dat mensen het spannend vinden om aan iets nieuws te beginnen, maar bij deze kinderen hoor je terug dat eerdere (pest) ervaringen maakt dat ze extra onzeker zijn.

Verschillende ouders vertellen dat zij zich vooral ergeren aan deelnemers die te laat komen, terwijl zij zelf wel op tijd zijn. Ook vinden zij het storend dat andere ouders afhaken, omdat dit invloed heeft op de groep, Sena: *‘Ik vond het hele jammer, want je start met iets, je bent met een groepje, dan wordt het steeds maar twee, drie weg. Dat vond ik heel jammer’*. Moeder Janine vertelt dat het afhaken van andere ouders haar eigen plezier in deelname beïnvloedt:

‘Dat was gewoon vervelend, want het is iets waar je samen aan begint en zeker met het tweede uur als de kinderen aan het sporten zijn, heb je elkaar als ouders ook echt nodig om gewoon ervaringen uit te wisselen en oefeningen te doen. Als je dan maar met zijn tweeën bent, ja, dan komt het gewoon niet echt van de grond.’

Ook vader Raoul ergert zich aan het afhaken van andere deelnemers. Hij vertelt dat hij zelf ook vaak moe thuiskomt, maar toch gaat, omdat hij zo gemotiveerd is; *‘ik denk dat een probleem is van veel ouders. Ze komen heel moe thuis en dan zijn ze, omdat ze weinig gemotiveerd zijn, dat ze dan toch niet gaan.’*

Tijd: Coaches vertellen dat de uitvallers van het programma vaak diegenen zijn die geen tijd hebben, omdat zowel vader als moeder werkt, soms ook in de avond. Een aantal ouders heeft een eigen zaak, die ook 's avonds open is bijvoorbeeld, of ze draaien ploegendiensten. Daarnaast hebben de kinderen vaak ook nog andere activiteiten, zoals schoolvoetbal of bezoeken aan de diëtist of fysiotherapeut. Bovendien moeten de kinderen nog huiswerk maken en niet te laat naar bed. Gebrek aan tijd werd ook door een enkel kind genoemd, door één in het kader van het leren van toetsen, maar vooral omdat de tijd die de interventie kost, ten koste gaat van eigen activiteiten zoals het buitenspelen. Maira: *‘Want als ik steeds naar daar ging, duurt een uur.. denk ik... en in die uur kon ik ook nog andere leuke dingen doen’*. Voor sommige ouders is het moment van de interventie onpraktisch, Rochelle *‘Om half 5 was het en meestal eten wij rond 6 uur ofzo. Dus deze twee dagen ga jij niet om rond 6 uur eten’*.

Beperkte financiële middelen kunnen een barrière zijn, ondanks dat deelname aan de interventie kosteloos is. Dit uit zich vooral in **problemen met vervoer (gerelateerd aan afstand)**. Zo vertelt moeder Rochelle dat ze maar één keer in de week naar Friends in Shape gaat in plaats van twee keer, *‘omdat het*

een uur heen reizen is en een uur terug (..) dus maandag na school redden we het gewoon niet'. Nashwa vertelt: *'geen auto, geen fiets, alleen wandelen met de kinderen. Soms je komt, soms je niet komt, zeg ik eerlijk he'*. Zij moet 15 tot 20 minuten lopen met haar kinderen om op de interventie-locatie te komen. Dat is niet prettig in de winter, wanneer het koud is of regent en dan vroeg donker is. Ze is bang om in het donker te wandelen met haar kinderen.

Ook coach John vertelt dat de logistiek om naar de interventie toe te komen vaak een barrière is waardoor mensen niet komen. In eerste instantie is het bij de meeste mensen een groot obstakel, omdat ze zo zegt hij, het idee hebben dat het erg ver weg is, John:

'Dat is echt altijd een heel groot probleem. Zelfs kinderen die gewoon hier wonen waarvan in het begin wordt gezegd het is te ver terwijl ze op fietsafstand wonen. (...) En zodra ze hier komen is het van het blijkt toch niet zo ver te zijn, (...) als ze dat dan een keer hebben meegedaan weten ze dat het helemaal niet zo ver is. Of twintig minuten lopen, dan weten ze dat.' Maar dit geldt niet voor alle ouders, sommigen wonen ook daadwerkelijk te ver weg van de interventie, zij kunnen bij FiS worden opgehaald en thuisgebracht met een busje.

Taalbarrière: Niet alle ouders zijn de Nederlandse taal voldoende machtig, zoals ook duidelijk blijkt tijdens de interviews. Sommige telefoongesprekken om een afspraak te maken gaan gepaard met veel herhaalde uitleg en versimpeling van woorden. Eén van de afspraken is op het laatste moment afgezegd, omdat de moeder na drie keer uitleg over het doel van het gesprek, toch nog had gedacht dat het over de school van haar dochter zou gaan. Wanneer er vervolgens een gesprek is, komen verschillende ouders niet zo goed uit hun woorden. Bij het gesprek met de zusjes Maira en Samina, moet Samina de vragen in het Pakistaans vertalen omdat het Nederlands van haar moeder niet toereikend is. Zij vertelt dat zij vaak vertaalde voor andere Pakistaanse deelnemers van de interventie.

De coaches benoemen ook de taal als barrière: *'De kinderen spreken het goed, maar als er niet een iets ouder kind of een buurvrouw die de Nederlandse taal machtig is er bij aanwezig was, dan was het heel moeilijk.'* Geen enkele van de kinderen benoemde de taalbarrière, zij spreken allemaal goed genoeg de taal om te kunnen functioneren in de interventie. Door ouders die wel goed Nederlands spreken werd de taalbarrière genoemd als obstakel in de groeps gesprekken en voor de groepsdynamiek; Janine: *'Daar kom je dan ook eigenlijk niet mee in gesprek. Daar kun je dan niet echt uitwisseling mee hebben'*.

In de praktijk is het zelden één factor die belemmerend werkt. In het gezin van Samina speelt naast de grote taalbarrière bijvoorbeeld dat vader een erg drukke baan heeft met onregelmatige uren en moeder ook werkt. Bovendien kampt moeder met gezondheidsproblemen, waardoor ze bij het interview zelf ook pas wat later aanwezig kon zijn. Tijdens de deelname aan de interventie, was het dus ook niet mogelijk dat Maria altijd door dezelfde ouder werd vergezeld. De helft van de avonden ging haar oudere zusje Samina met haar mee. Maira zelf kon ook niet altijd gaan, omdat ze soms ziek was en soms naar de diëtist moest. De coaches vertelden dat een aantal ouders zelf **lichamelijke klachten** heeft en/of soms werd de deelnemende ouder ziek en kon die niet meer met het kind naar de interventie komen. In sommige gevallen was het kind te ziek om te komen. Dit maakt de kans op uitval extra groot omdat als één van beiden ziek is – kind of ouder - de ander ook problemen heeft om te komen.

Facilitators: wat maakt dat ouders en kinderen blijven komen?

'Het goed is voor het kind'. De belangrijkste facilitator voor kinderen om te blijven komen, is de intrinsieke motivatie die zij hebben om hun doel – afvallen, in beweging komen, gezonder leven, niet meer gepest worden - te bereiken. De ouders vertellen dat ze het doen voor hun kinderen *'ja is belangrijk voor de kinderen'*; *'voor Farim is het belangrijk!'*. Raoul: *'Als je echt een goed doel hebt en je wil ergens voor gaan vechten, ga je toch de moeite nemen om toch erheen te gaan. '*. Effecten die ouders beogen voor het kind: allereerst de gezondheid van het kind en de noodzaak om af te vallen en fitter te worden. Ook worden genoemd: dat het kind moeite heeft met bewegen bij gym op school en weinig zelfvertrouwen heeft, dat kinderen worden gepest omdat ze dik zijn en dat ouders willen dat het kind zich beter gaat voelen over zichzelf.

Adia: *'dat als wij aan LEFF doen beter is voor haar, ik zeg oké als goed is dan ik wil doen, want ik wil altijd wat goed is voor haar'*. Dit bevestigen ook andere ouders, die zeggen *'je doet het sowieso voor je kind'*, en *'daarom máák je er tijd voor'*. Ook vertellen veel ouders dat hun kind zelf heel graag wil, en dat ze daarom extra gemotiveerd zijn om mee te gaan.

Ten tweede verwijzen ouders naar de **stelregel** dat als je ergens aan begint het ook af moet maken, of zoals Sena zegt: *'Mijn type is gewoon doorzetten tot aan het einde'*. Dit is een dubbele facilitator, omdat het voor deze ouders geen optie lijkt om uit te vallen én omdat ze daarin het goede voorbeeld willen geven aan hun kind, Janine:

'Wat ik gewoon heel belangrijk vind om aan mijn kinderen mee te geven is: als je ergens aan begint, maak je het ook gewoon af. En je moet dan wel echt een hele goede reden hebben om het niet te doen. Maar 'geen zin meer' vind ik geen reden.'

Een derde facilitator, dat de interventie **gratis** is, is belangrijk omdat veel ouders aangeven dat zij geen geld hebben om hun kind naar de sportclub te laten gaan. Dit is vooral vaak genoemd bij FiS. Een vierde facilitator, die vooral door de ouders wordt genoemd, is dat er bij beide interventies een **voorbeeld** wordt gegeven van een deelnemer van vorig jaar die is afgevallen of fitter is geworden. Raoul: *'Dan denk ik, nou als zij goed geholpen zijn dan worden wij ook goed geholpen als we volhouden.'*

Ook het **moment van de bijeenkomst** – in het bijzonder de maandag – lijkt een facilitator. Ouders vertellen aan coach Frenna: *'je komt op die maandag en dan heb je het weekend weer gehad, en dan ben je dingen tegengekomen waarvan je zegt 'o ja daar heb ik vragen over'*. Het weekend wordt door meerdere ouders genoemd als dip in de gezonde leefstijl, onder andere door feestjes en familiebezoek waar vaak gesnackt wordt. Ook voor de kinderen kan een goed begin van de week uitmaken denkt Frenna: *'voor de kinderen, met de combinatie van het sport- en spel bewegen dan is de maandag weer een opkikkertje (...) dan komen ze weer in hun bewegingsmood'*.

Kinderen noemen vooral dat ze het **zo leuk vinden** om te gaan (zie ook figuur 4). Hoewel de meeste kinderen het wel pas 'leuk' beginnen te vinden na een aantal keer. Wanneer kinderen al iemand in de groep kennen van andere sportactiviteiten of clubs werkt dat drempelverlagend. Kinderen vertellen dat ze graag blijven gaan, omdat ze enthousiast worden gemaakt bij de interventie om mee te doen en bij de groep te horen. Bovendien vinden de meesten het **gezellig** in de groep. Ook vertellen kinderen over

een specifieke sport of een specifiek spel dat ze graag doen en dat ze daarom graag komen. Bijvoorbeeld voetbal, fitness of zakdoekje leggen. Eén moeder vertelt dat haar dochter het zo leuk vindt dat ze van FIS eten mee krijgt, dat ze zich daar echt op verheugt en het daarom ook leuk vindt om te blijven gaan. Wanneer ze merken dat ze het sporten beter aan kunnen en dat de interventie een positief effect heeft, werken deze **succeservaringen** extra motiverend.



Figuur 4. Voorbeeld van een poster die door kinderen tijdens de focusgroep is geknutseld ter ondersteuning van het gesprek: 'het is leuk, leerzaam en gezellig'; 'niemand pest elkaar'; 'samen met elkaar'

Ouders bij LEFF vertellen dat vooral het tweede uurtje, waarin de **ouders met elkaar** doorpraten, heel belangrijk is. Janine: 'Zeker met het tweede uur als de kinderen aan het sporten zijn, heb je elkaar als ouders ook echt nodig om gewoon ervaringen uit te wisselen'. Andere ouders bevestigen dat die **herkenning en erkenning** voor hen belangrijk is, dat ze soms aan de ouders dingen kunnen vragen die ze niet direct aan de coach durven te vragen en dat het ook helpt om moeilijke situaties te bespreken, zoals pesten of dat kinderen thuis snoep stelen. Sena: 'En dan leer je het, en dan weet je het ook van anderen. Dat is ook leuk aan de groep, want iedereen heeft zijn eigen ervaring, zijn eigen tips, zijn eigen mening. Dus dat is belangrijk bij LEFF, je leert van elkaar als groep'.

Voor ouders is het ook fijn te zien dat hun kind even geen buitenbeentje is, Marian: *'Dat ze [uhm..] zeg maar op gymnastiek op school of andere sportdingen valt ze altijd een beetje, loopt ze achter omdat ze wat dikker is. Dus...langzamer gaat en hier is het allemaal een beetje hetzelfde niveau en is ze niet zo'n buitenbeentje en dat zie ik dat ze daar wel zelfverzekerder van wordt. Dus dat is wel leuk om te zien..'*

Gevraagd hoe andere ouders overtuigd kunnen worden om naar LEFF of Friends in Shape te blijven komen, wordt vooral teruggegrepen op de motivatie en het belang van de interventie. Ofwel uitleggen dat de interventie je helpt om bewust te worden van een gezonde levensstijl en je doel [gezondheid voor je kind] te bereiken: *'Zonder het programma dan heb je geen duidelijk doel. Of je hebt een doel maar je weet niet hoe je het moet bereiken.'* (Raoul). Gecommuniceerd kan worden dat de interventie *'een beter inzicht geeft over gezonde voeding en ongezond voeding'*, *'een hulp'* is om van slechte gewoontes af te komen, en dat je ook kan *'communiceren met anderen, (...) dat zijn hele leuke gesprekken'*. Bovendien vinden ze dat ouders die neigen om uit te vallen *'gewoon moeten blijven gaan'*.

Kinderen zouden andere kinderen vooral willen aanmoedigen door te vertellen hoe leuk en gezellig het is bij de interventie en dat er *'leuke sporten zijn'*. Ook vertellen zij dat de interventie helpt om *'in jezelf te geloven'* en anticiperen zij op mogelijke barrières door te zeggen *'je hoeft niet bang te zijn, want het is heel leuk'* en *'daar zijn ook kinderen die precies als jij zijn'* en je kunt er *'veel vrienden maken'*.

Strategieën van coaches om uitval tegen te gaan: afstemming en persoonlijk contact

Alle coaches vertellen dat ze **opbellen** wanneer mensen niet komen opdagen en dat dit kan helpen om deelnemers bij de groep te krijgen of te houden. Wanneer mensen zich hebben aangemeld en niet komen, gaan de coaches direct bellen. Ook wanneer mensen er een keer niet zijn, zonder zich af te melden. De coaches vertellen allemaal dat ze niet slechts één keer bellen, maar blijven bellen wanneer mensen niet komen. Dit helpt om bepaalde mensen die twijfelen toch mee te krijgen. Daarnaast helpt het voor mensen die tegen bepaalde moeilijkheden aanlopen tijdens de interventie, om ze te helpen daar zo mee om te gaan dat ze toch kunnen blijven deelnemen. Zo vertelt coach Frenna:

'Nou en ik bel iedere keer en toen op een gegeven moment zei [de moeder] ik ben in verwachting en ik voel me moe. Ik zeg dat snap ik. (...) Wat kunnen wij doen dat als u komt dat u zich dan wat prettiger voelt, misschien moeten we een ander soort stoel neerzetten? Ik zeg o ja, er staat een bank! Ik zeg kunnen wij dan met u afspreken dat als u zich een beetje te moe voelt dat u dan op de bank kan zitten? En toen zei ze ja ja. Nou en toen heb ik met mijn collega afgesproken, ik zeg wij gaan de stoelen zo neerzetten en een bank erbij zetten, dat het niet opvalt dat het speciaal voor haar zo neer is gezet. Weet je, toen zei ze: oh ja ja. Ze kwam binnen en ze zag het en toen had ze al die smile op haar gezicht.'

Dit **praktisch meedenken** wordt door ouders enorm gewaardeerd, ze voelen zich welkom en ondersteund. Zo vertelt Jiméne dat haar dochter met de groepsbeloning, het uitje aan het einde, mee kon, ondanks dat zij zelf niet kon: *'dus hebben ze d'r [mijn dochter] gehaald en netjes thuisgebracht... het zijn hele sociale mensen'*.

Deze **hulp om barrières te overwinnen**, komt ook terug in de verhalen van andere coaches. Door alle coaches wordt het belang van **afstemmen, aanpassen en persoonlijke contact** met de deelnemers genoemd, Frenna:

‘Ik weet nog dat wij op de training gingen en toen werd er heel nadrukkelijk gezegd van niet teveel over jezelf praten en niet naar jezelf toe trekken. En ik zat daar en ik denk, oh nou dan heb jij nog nooit in [locatie] gewerkt. (...) Als je een toegang wil hebben, vooral bij vrouwen en bij kinderen, moet je durven jezelf een beetje kwetsbaar op te stellen. Want dan gaan de poorten voor je open, dan krijg je de mensen mee. En de mensen gaan jou ook zien als een voorbeeld, waardoor ze ook meteen een stuk gemotiveerder zijn’.

Coach John vertelt ook de interventie af te stemmen op de cultuur van de deelnemers *‘want als daar geen rekening mee gehouden wordt dan voelen mensen zich niet begrepen en ja dan komen ze niet’*. Daarnaast noemt John de afstemming van het sporten op de kinderen zodat het bij de kinderen past, *‘Een kind moet er echt naar uitkijken van yes, we gaan iets leuks doen (...) dat is eigenlijk het belangrijkste, een klik, want dan gaan ze ook sporten.’*

Niet alleen het afstemmen van praktische zaken helpt om te komen, maar ook het afstemmen op persoonlijk vlak. Zo vertelt moeder Mariana dat haar dochter eigenlijk heel verlegen is en het moeilijk vindt om contact te leggen, maar toch erg graag naar FIS gaat om te sporten. Ze zegt dat haar dochter zich daar veilig voelt, door de groep en door de coaches en *‘het vertrouwen dat ze creëren voor de kinderen en hoe ze dat doen’*.

De persoonlijke betrokkenheid van de coaches houdt overigens niet op wanneer de interventie is afgelopen. Bij beide interventies vertellen de coaches nazorg te bieden aan de deelnemers om te blijven bewegen *‘we willen die lijn doortrekken’* (Farid). De coaches helpen kinderen en hun ouders om een geschikte en betaalbare sportclub te vinden, of regelen voor de ouders een aanvraag bij het Jeugd sportfonds om de contributie te kunnen betalen. Wanneer kinderen zich niet meteen bij een club kunnen inschrijven, bijvoorbeeld doordat ze op een wachtlijst staan, mogen ze nog een tijdje gratis of tegen kleine bijdrage blijven sporten in het sportcentrum (FIS en bij één coach van LEFF). Soms krijgen ze wat extra sportlessen van een betrokken coach (andere coach van LEFF). Bij Friends in Shape mogen kinderen ook nog een aantal keer terugkomen, zodat de coaches kunnen checken of ze het naar hun zin hebben bij hun nieuwe sportclub.

Hoofdstuk 4. Discussie en conclusie

Over de oorzaken van uitval en wat de meest succesvolle manier is om mensen toe te leiden en vast te houden is tot op heden nog weinig bekend (Miller & Brennan, 2015). Doel van dit onderzoek was om deze kennislacune te adresseren, door te kijken naar de groep mensen die juist wel de interventieprogramma's voltooien. Wie zijn deze voltooiers? Met welke belemmerende en faciliterende factoren worden zij geconfronteerd en wat kunnen we daar van leren voor het optimaliseren van de toeleiding en het terugdringen van uitval. Na een korte beschrijving van de deelnemers, bediscussiëren we de toeleiding en vervolgens de belemmerende en de bevorderende factoren voor voltooiing. We sluiten af met aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.

De deelnemers

Hoewel de ouders en kinderen al veelvuldig vragenlijsten en evaluaties van het programma hadden gehad, was toch een substantieel deel van de deelnemers enthousiast om hun ervaringen te delen. Het is gelukt om een moeilijk bereikbare doelgroep te bereiken, waarbij we niet alleen de meest toegankelijke mensen hebben gesproken, maar juist ook de lastig te contacteren mensen, ondanks taal- en cultuurbarrières. Het zijn mensen die vaak al een lange zoektocht achter de rug hebben en gemotiveerd zijn om hulp te zoeken voor hun kind. Het idee dat als je ergens aan begint het ook af moet maken typeert een deel van de deelnemers. Het kenmerkt hun basishouding in het leven zoals ze zelf zeggen, maar het kan ook mede een gevolg zijn van het morele appèl dat coaches doen bij de start van de interventie. De voltooiers, zowel de kinderen als de ouders, zijn allemaal tevreden over de interventie en geven aan iets aan het programma gehad te hebben, variërend van fitter worden, tot meer zelfvertrouwen en een meer bewuste leefstijl. Maar bovenal valt op hoeveel moeite deze mensen – de voltooiers! - hebben moeten doen om het programma in te passen in hun toch al drukke en complexe leven. Waarin ouders niet alleen zorg dragen voor het kind met overgewicht of obesitas, maar ook voor inkomen, huishouden en rest van het gezin – niet zelden met meerdere kleine kinderen en veelal zonder een beroep te kunnen doen op extra oppas, naschoolse opvang of een auto.

De toeleiding en de verwachtingen van ouders en kinderen

Het bleek lastig om inhoudelijke informatie over de toeleiding boven tafel te krijgen, met name omdat het voor de deelnemers al lang geleden was. De bevindingen moeten dan ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De deelnemende ouders en kinderen zijn vaak verwezen door een jeugdverpleegkundige via de JGZ. Alleen bij FiS is er actieve werving vanuit de interventie zelf. Opvallend is dat er bij een verwijsgesprek door met zorgprofessionals geen keuze lijkt te worden geboden en vaak weinig uitgelegd wordt over wat de interventie inhoudt. Ouders volgen het advies op omdat de zorgprofessional zegt dat het goed is voor hun kind. Ze maken uit het gesprek op dat er (eindelijk) een oplossing komt voor het overgewicht; ofwel dat het kind zal afvallen. En dat is waar deze ouders naar op zoek zijn, ze willen dat het goed komt met het kind – dat het minder gepest wordt, meer zelfvertrouwen krijgt en goed in zijn/haar vel zit en dat hun kind afvalt.

Afvallen is echter moeilijk en gaat meestal niet zo snel als dat mensen denken. Ook is afvallen bij deze twee interventies niet het primaire doel, mede omdat kinderen nog in de groei zijn en afvallen suggereert dat er nu iets fout is en dus niet motiverend werkt. De verwachting dat de interventie het overgewicht wel even zal oplossen, kan tot teleurstelling leiden en daardoor ook tot uitval, zo bleek ook uit de studie van Dalle Grave et al. (2005) en Skelton et al. (2016). De manier waarop de interventie gepresenteerd (geframed) wordt door de verwijzer, is dus een belangrijke factor in de toeleiding die enerzijds de toeleiding kan bevorderen – mensen willen dat hun kind afvalt, anderzijds tot uitval kan leiden wanneer dit afvallen niet snel genoeg lukt.

Verwachtingen spelen niet alleen een rol in relatie tot afvallen, maar ook in relatie tot sport. Veel ouders verwachten te gaan sporten; bij FiS, waar dit het primaire doel is voor de kinderen, maar ook bij LEFF. De verwachtingen te gaan sporten kan op twee manieren een barrière zijn. Wanneer ouders willen meesporten en dat niet kunnen (LEFF), kunnen zij teleurgesteld raken. Andersom is het ook mogelijk dat ouders niet willen sporten en denken wel te moeten sporten, en kan dit een obstakel zijn om überhaupt naar de interventie te komen. Een zelfde mechanisme speelt voor kinderen. Waar sport voor kinderen een aantrekkingskracht kan zijn, is het voor velen een onzeker makende activiteit. De kinderen die wel van sport houden, maar ook de kinderen die denken dat je juist van intensief sporten afvalt en niet van *spelletjes*, verwachten meer echte sport bij LEFF. Het is dus belangrijk om maatwerk te leveren en per deelnemer te kijken wat de juiste interventie is. Een moeilijke opgave in de praktijk, omdat er bij deelnemers verschillende verwachtingen, wensen en verlangens zijn, zoals ook uit het onderzoek van Grow et al. (2013) bleek.

Een derde thema in het kader van verwachtingen, is dat ouders die naar LEFF gaan verwachten wat te gaan leren, maar op welke manier en waarover weten ze vaak niet goed. Achteraf zijn de meeste ouders erg blij met de kennis, het heeft hun bewustzijn vergroot, terwijl ze dit niet allemaal hadden verwacht. Ook kinderen lijken weinig te weten van wat de interventie inhoudt. Het lijkt erop dat kinderen weinig betrokken zijn bij de verwijzing. Dit is niet uitzonderlijk, want dat er in de spreekkamer vaak over het hoofd van kinderen heen gepraat wordt door ouders en artsen is uitgebreid gedocumenteerd (de Vries, Wit, Engberts, Kaspers, & van Leeuwen, 2010; Schalkers, 2016; Tates, Meeuwesen, Elbers, & Bensing, 2002; Unguru, Sill, & Kamani, 2010). Het gebrek aan informatie kan bij kinderen de drempel om te gaan, die vaak toch al hoog is, nog vergroten. Dit blijkt ook uit eerder onderzoek van Schalkwijk et al. (2015), naar de ervaringen met leefstijlinterventies van kinderen met overgewicht.

Een mogelijke verklaring voor de geringe informatie bij de verwijzing, is dat zorgverleners niet goed weten wat de beste manier van verwijzen is en niet goed weten hoe zij het probleem van overgewicht het beste bespreekbaar kunnen maken (Mikhailovich & Morrison, 2007). Uit dit onderzoek, maar ook uit eerder onderzoek (Sarti, Dedding, & Niemer, 2015) blijkt dat kinderen niet graag over hun overgewicht praten, en termen als 'overgewicht' of 'dik' worden bij voorkeur vermeden. Het gebruik van termen die als onprettig worden ervaren, kan zelfs demotiverend werken, terwijl het gebruik van meer positief ervaren termen juist kan stimuleren om te werken aan gewichtsverlies (Puhl et al., 2011). Voorbeelden van termen die kinderen als prettig ervaren, zo blijkt uit eerdere studie zijn: goed gevoel, sport en sterk, terwijl woorden als dik, overgewicht, vet en zwaar als negatief worden ervaren (Sarti et al., 2015). Een andere mogelijke reden voor het gebrek aan informatie tijdens de verwijzing ligt mogelijk in de

bekendheid van de verwijzer met de interventie: er zijn veel verschillende interventies en het is de vraag of de verwijzers op de hoogte zijn van (de inhoud/werkwijze van) alle programma's. Dit zou verder uitgezocht kunnen worden.

Dat deelnemers diverse, verkeerde en/of moeilijk te realiseren verwachtingen van de interventie kunnen hebben, is ook gevonden in onderzoek van Howie, McManus, Smith, Fenner, and Straker (2016). Het is echter niet duidelijk in hoeverre dit tot daadwerkelijke uitval leidt in de praktijk. In sommige onderzoeken onder uitvallers lijkt de teleurstelling een belangrijke reden van uitval (Sallinen et al., 2013; Skelton, Irby, & Geiger, 2014). Echter in het huidige onderzoek hebben de deelnemers ondanks deze verkeerde verwachtingen toch het interventieprogramma voltooid. En ook Howie et al. (2016) en Skelton et al. (2016) beschrijven dat onbeantwoorde verwachtingen niet altijd tot uitval leiden.

Bevorderende en belemmerende factoren voor voltooiing

Met name de groepsdynamiek is een belangrijke bevorderende factor, de gezelligheid en het delen van ervaringen wordt zowel door kinderen als ouders gewaardeerd. Dit wordt bevestigd in het schaarse onderzoek dat bekend is naar het perspectief van kinderen met overgewicht. Juist omdat zij in het dagelijks leven niet altijd mee kunnen doen, buitengesloten en/of gepest worden, hebben zij een sterke wens om bij een groep te horen (Reece et al., 2015; Schalkwijk et al., 2015). Een negatieve sfeer, een gebrek aan aansluiting, moment van uitsluiting of grote leeftijdsverschillen daarentegen kunnen een barrière zijn. Deze resultaten sluiten aan bij eerdere onderzoeken, waarin het al dan niet thuis voelen in de groep zowel beschreven wordt als een belangrijke barrière als een facilitator (Smith et al., 2014). De nadruk op leuk en gezellig is ook gevonden door Watson, Baker, and Chadwick (2016), in de verhalen van kinderen bij MEND (de Engelse oorsprong van LEFF), is het kernwoord in hun verhalen 'fun'. Fun is onderdeel zijn van de groep, kunnen deelnemen, en met elkaar verbonden zijn en dat is voor deze kinderen erg belangrijk.

Er zijn vele barrières voor deelnemers om naar de leefstijlinterventie toe te kunnen komen, zoals ook blijkt uit eerdere bevindingen van Owen et al. (2009) en Barlow and Ohlemeyer (2006). Het niet altijd kunnen controleren van het gedrag van hun kind en de afstemming met het drukke, chaotische gezinsleven vormen de grootste uitdagingen voor de ouders. Hierbij is er niet één barrière die er uitspringt en van groter belang is dan anderen. Het is juist de opeenstapeling van complexe leefomstandigheden samen, die een grote invloed heeft op het kunnen voltooien van de interventie. Deze complexe situatie is te interpreteren als schaarste van zowel geld, als tijd, en misschien ook wel ruimte. Op basis van de informatie uit de interviews en de observaties en ervaringen van de onderzoekers tijdens de interviewafspraken (thuis en in de buurt), is te stellen dat naar alle waarschijnlijkheid alle ondervraagde deelnemers te maken hebben met schaarste. Volgens de schaarstetheorie van Mullainathan and Shafir (2013) betekent dit dat deze mensen een verminderde bandbreedte zullen hebben en de neiging om zich te richten op urgente zaken en de korte termijn. Een leefstijlinterventie, gericht op lange termijn-problematiek en oplossingen, heeft dan minder prioriteit dan zich aandienende urgente barrières of mogelijkheden. Deze mensen hebben simpelweg minder capaciteit om barrières te overwinnen, en zijn gebaat bij ondersteuning daarbij. Het is dus belangrijk om

te werken met die verkleinde bandbreedte: persoonlijke hulp, begrip en kleine aanpassingen lijken goed te helpen om de barrières te overwinnen (Mullainathan & Shafir, 2013).

De uitdaging is dus om het interventie-programma af te stemmen op het leven van de ouders en de kinderen en de kleine bandbreedte die sommige mensen beschikbaar hebben (cf. Alberga et al., 2013). Dit afstemmen kwam ook veelvuldig naar boven als een belangrijke facilitator. Afstemmen betekent werken met de mogelijkheden die de deelnemers wél hebben, en een oplossing proberen te vinden voor de barrières die er zijn om te komen. Een *one size fits all* approach is niet wenselijk, gezien de complexiteit van het leven van de deelnemers: zij kunnen zich niet altijd voegen naar een interventie, het is noodzakelijk dat de interventie zich voegt naar hen (Alberga et al., 2013; Grow et al., 2013; Owen et al., 2009) of enige flexibiliteit toestaat. De coaches van de onderzochte interventies doen dit al, maar zijn zich niet altijd bewust van het verschil in perspectief en context. Zo vertelde de coach van FiS dat de afstand naar de interventie wel meevalt '*maar 15-20 minuten*', terwijl deze zelfde afstand door ouders als ver wordt ervaren. Zeker wanneer het koud of donker is, dit stuk met meerdere kleine kinderen moet worden gelopen en als onveilig wordt ervaren. Niet één, maar twee keer per week en rond etenstijd. Dit voorbeeld geeft aan dat soms onderschat wordt hoe groot een barrière kan zijn voor deelnemers, zeker in combinatie met de andere moeilijkheden waar ouders tegenaan lopen. Daarom is het belangrijk om te blijven peilen wat precies de obstakels zijn waar mensen tegenaan lopen, deze proberen te begrijpen vanuit de context van de deelnemer en samen naar oplossingen te zoeken (cf. Alberga et al., 2013).

Alle coaches uit ons onderzoek vertellen dat zij bij uitval of no show de ouders opbellen om te vragen waarom ze er niet waren, en dat ze blijven bellen om te proberen ouders te bewegen om toch weer te komen. Hierbij proberen de coaches de barrières die de ouders aangeven, samen op te lossen. Wanneer ouders niet meer gemotiveerd zijn, benadrukken de coaches dat het belangrijk is voor hun kind om toch te blijven komen. Omdat ouders in de eerste plaats naar de interventie willen gaan om goed te doen voor hun kind, is dat een belangrijke prikkel om ze bij de interventie te houden (Stewart et al., 2008).

Het moment van interventie is door een enkeling in ons onderzoek genoemd als barrière. Dit zou kunnen betekenen dat het geen prominente barrière is. Echter, aangezien er alleen met voltooiers is gesproken, is het meer waarschijnlijk dat we juist diegenen hebben gesproken voor wie het moment geen onoverkomelijk obstakel is. De kans is aanwezig dat dit onder de uitvallers een veel grotere barrière is. In dat geval zou het nodig zijn om voor deze gemiste doelgroep te bedenken wat een beter moment is om de samenkomsten te organiseren (Grow et al., 2013).

Een andere barrière voor kinderen is het gebrek aan afwisseling, op een gegeven moment vindt een deel van de kinderen het saai worden dat het programma veel herhaling bevat. Het is dus belangrijk om een afwisselend programma aan te bieden, dat aansluit bij eerdere aanbevelingen specifiek voor bewegingsinterventies (Alberga et al., 2013).

Kracht en beperkingen van de studie

Naar ons weten is dit één van de eerste onderzoeken volledig gericht op voltooiers, waar in de bestaande literatuur vrijwel alleen onderzoek is gedaan naar uitvallers (Miller & Brennan, 2015). Bovendien is dit één van de weinige studies waarin niet alleen naar feitelijke karakteristieken van de deelnemers van leefstijlinterventies is gekeken, maar ook naar hun perspectieven, motieven en verwachtingen (Nobles et al., 2016). Inzicht in de beleving en sociaal-culturele context van deelnemers is van belang om uitval en voltooiing beter te begrijpen, zoals ook blijkt uit ons onderzoek, omdat juist de grillige realiteit die niet altijd concreet meetbaar is, veel invloed kan hebben op deelnemen aan een interventie. Door zowel deelnemende kinderen en ouders als coaches te interviewen, zijn de verschillende verhalen over barrières en facilitators in context gezet, en zijn gerichte aanbevelingen verkregen voor het stimuleren van succesvolle toeleiding en voltooiing.

Het theoretisch model zoals voorafgaand aan de interviews is gemaakt op basis van de literatuur is behulpzaam geweest bij het verzamelen en analyseren van de data. Het structureert welke factoren een rol spelen en in welke fase. Al deze factoren zijn relevant gebleken in dit onderzoek.

Er is nog geen vergelijking gemaakt met de verhalen van uitvallers. Wel zijn er bij de coaches redenen van uitval van deelnemers opgevraagd. In vervolgonderzoek zou dieper kunnen worden ingegaan op de verhalen en complexe leefomstandigheden van uitvallers, om vast te stellen wat precies het verschil is tussen uitvallers en voltooiers. De deelname aan LEFF was voor de meeste geïnterviewde ouders en kinderen al een paar maanden geleden, waardoor het mogelijk is dat er zij hun ervaringen en motieven achteraf hebben geherinterpreteerd (cf. Miller & Brennan, 2015). Doordat FiS-deelnemers wel aan het lopende programma deelnemen, en door bij de focusgroep deelnemers aan het lopende LEFF-seizoen te spreken, is het echter waarschijnlijk dat de invloed van deze mogelijke herinterpretatie geen grote gevolgen heeft op de gevonden resultaten. In vervolgonderzoek zou een prospectieve studie vanaf het moment van toeleiding naar de interventie beter inzicht kunnen geven in de verwachtingen en doelen, hoe die doelen veranderen in de loop der tijd en hoe die van invloed zijn op uitval of voltooiing. In een dergelijke vervolgstudie zouden zowel de perspectieven van de toeleiders én toegeleiden kunnen worden onderzocht om meer inzicht te krijgen in succesvolle en minder succesvolle toeleidingsstrategieën. Ook zou daarbij gekeken moeten worden naar wát de potentiële deelnemers van tevoren willen weten, zodat daar de informatieverstrekking op afgestemd kan worden. Daarnaast zou het interessant zijn te onderzoeken of er daadwerkelijk verschillende ‘typen’ ouders zijn, die gevoelig zijn voor verschillende motiverende factoren om te (blijven) komen. Hier zouden dan strategieën voor succesvolle toeleiding en ondersteuning van voltooiing op kunnen worden aangepast.

Conclusie

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de belemmerende en faciliterende factoren, in de toeleiding naar en de voltooiing van leefstijlinterventies voor kinderen met overgewicht en obesitas. Een grote meerderheid van de voltooiers die hebben deelgenomen aan deze studie is doorverwezen door een zorgverlener, hebben die verwijzing opgevolgd – vaak zonder te weten wat de interventie precies inhoudt – en ervoer het overgewicht van het kind als een probleem waarvoor de ouders en/of het kind

een oplossing zochten. Het goed willen doen voor het kind is de belangrijkste motivatie van de ouders. De faciliterende en belemmerende factoren zijn divers van aard. Het is niet één specifieke factor die domineert, maar een samenspel van factoren, welke elkaar in de praktijk veelal versterken. **Het is de positieve balans tussen de ervaren barrières en faciliterende factoren die ervoor heeft gezorgd dat zij het programma hebben voltooid.**

Hoewel ouders zich niet veel meer herinneren van de toeleiding lijkt het zinvol om beter en gericht aan informatieoverdracht en verwachtingsmanagement te doen, zowel ten aanzien van het doel als de inhoud van het programma. Daarbij is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat aankomende deelnemers verschillende verwachtingen en wensen hebben en dat zowel ouders als kinderen behoefte hebben aan informatie. Een kans is met name om ervaringsverhalen van kinderen en ouders op te nemen in de voorlichting, omdat dit als stimulerend wordt ervaren. En, zo blijkt uit de interviews, lang beklijft.

Barrières zijn onderdeel van het uitdagende leven van deze gezinnen en niet eenvoudig oplosbaar. **De kunst is om de barrières daar waar mogelijk te verkleinen én de faciliterende factoren te versterken. Dit onderzoek levert daartoe belangrijke handvatten.** De voornaamste barrière is de complexe leefomstandigheden van de gezinnen. Aangezien dit de verhalen van de voltooiers zijn, kan men zich afvragen hoe complex de leefomstandigheden van de uitvallers zijn en de capaciteit om te handelen en vrije keuzes te maken waar zij over beschikken om met deze omstandigheden om te gaan. Hoe het ook zij, het wordt vanuit dit perspectief beter te begrijpen en invoelbaar dat mensen de eindstreep van voltooiing niet altijd halen.

Bronnenlijst

- AAGG. (2015). Outcomemonitor 2015. Retrieved 03-02-2016, from: <https://www.amsterdam.nl/gemeente/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/amsterdamse-aanpak/programma/>.
- Alberga, A. S., Medd, E. R., Adamo, K. B., Goldfield, G. S., Prud'homme, D., Kenny, G. P., et al. (2013). Top 10 practical lessons learned from physical activity interventions in overweight and obese children and adolescents. *Appl Physiol Nutr Metab*, 38(3), 249-258.
- Altheide, D. L. (1987). Ethnographic Content Analysis. *Qualitative Sociology*, 10(1), 65-77.
- Barlow, S. E., & Ohlemeyer, C. L. (2006). Parent reasons for nonreturn to a pediatric weight management program. *Clinical Pediatrics*, 45(4), 355-360.
- Biro, F. M., & Wien, M. (2010). Childhood obesity and adult morbidities. *Am J Clin Nutr*, 91(5), 1499S-1505S.
- Cui, Z., Seburg, E. M., Sherwood, N. E., Faith, M. S., & Ward, D. S. (2015). Recruitment and retention in obesity prevention and treatment trials targeting minority or low-income children: a review of the clinical trials registration database. *Trials*, 16, 564.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Molinari, E., Petroni, M. L., Bondi, M., Compare, A., et al. (2005). Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes Res*, 13(11), 1961-1969.
- de Vries, M. C., Wit, J. M., Engberts, D. P., Kaspers, G. J. L., & van Leeuwen, E. (2010). Norm versus practice: pediatric oncologists' attitudes towards involving adolescents in decision-making concerning research participation. *Pediatric Blood & Cancer*, 55(1), 123-128.
- Denzer, C., Reithofer, E., Wabitsch, M., & Widhalm, K. (2004). The outcome of childhood obesity management depends highly upon patient compliance. *Eur J Pediatr*, 163(2), 99-104.
- Dhaliwal, J., Nosworthy, N. M., Holt, N. L., Zwaigenbaum, L., Avis, J. L., Rasquinha, A., et al. (2014). Attrition and the management of pediatric obesity: an integrative review. *Child Obes*, 10(6), 461-473.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 359(9289), 356-362.
- Edmunds, L. D. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Fam Pract*, 22(3), 287-292.
- Edvardsson, K., Edvardsson, D., & Hornsten, A. (2009). Raising issues about children's overweight--maternal and child health nurses' experiences. *J Adv Nurs*, 65(12), 2542-2551.
- Grow, H. M., Hsu, C., Liu, L. L., Briner, L., Jessen-Fiddick, T., Lozano, P., et al. (2013). Understanding family motivations and barriers to participation in community-based programs for overweight youth: one program model does not fit all. *J Public Health Manag Pract*, 19(4), E1-E10.
- Gunnarsdottir, T., Njardvik, U., Olafsdottir, A. S., Craighead, L. W., & Bjarnason, R. (2011). The role of parental motivation in family-based treatment for childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)*, 19(8), 1654-1662.
- Howie, E. K., McManus, A., Smith, K. L., Fenner, A. A., & Straker, L. M. (2016). Practical Lessons Learned from Adolescent and Parent Experiences Immediately and 12 Months following a Family-Based Healthy Lifestyle Intervention. *Child Obes*, 12(5), 401-409.
- Ligthart, K. A., Buitendijk, L., Koes, B. W., & van Middelkoop, M. (2016). The association between ethnicity, socioeconomic status and compliance to pediatric weight-management interventions - A systematic review. *Obes Res Clin Pract*.
- Mikhailovich, K., & Morrison, P. (2007). Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. *J Child Health Care*, 11(4), 311-322.

- Miller, B. M., & Brennan, L. (2015). Measuring and reporting attrition from obesity treatment programs: A call to action! *Obes Res Clin Pract*, *9*(3), 187-202.
- Moroshko, I., Brennan, L., & O'Brien, P. (2011). Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obes Rev*, *12*(11), 912-934.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: why having too little means so much*. New York: Times Books.
- Niemer, S., Bruggers, C., & van den Eynde, E. (2015). *LEFF 2013 t/m 2015 - Een beschrijving van de ontwikkeling, uitvoering en eerste resultaten van LEFF in Nederland*. Amsterdam: Care for Obesity. Vrije Universiteit Amsterdam. Via www.partnerschapovergewicht.nl/c4o.
- Nobles, J., Griffiths, C., Pringle, A., & Gately, P. (2016). Design programmes to maximise participant engagement: a predictive study of programme and participant characteristics associated with engagement in paediatric weight management. *Int J Behav Nutr Phys Act*, *13*, 76.
- O'Dea, J. A., Chiang, H., & Peralta, L. R. (2014). Socioeconomic patterns of overweight, obesity but not thinness persist from childhood to adolescence in a 6-year longitudinal cohort of Australian schoolchildren from 2007 to 2012. *BMC Public Health*, *14*, 222.
- Only Friends Lifestyle & Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht & Slotervaart Ziekenhuis. (2014) Friends in Shape! Amsterdam: AAGG.
- Owen, S. E., Sharp, D. J., Shield, J. P., & Turner, K. M. (2009). Childrens' and parents' views and experiences of attending a childhood obesity clinic: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, *10*(03), 236-244.
- Puhl, R. M., Peterson, J. L., & Luedicke, J. (2011). Parental perceptions of weight terminology that providers use with youth. *Pediatrics*, *128*(4), e786-793.
- Rapoff, M. A. (1999). *Adherence to Pediatric Medical Regiments*. New York: Springer.
- Reece, L. J., Bissell, P., & Copeland, R. J. (2015). 'I just don't want to get bullied anymore, then I can lead a normal life'; Insights into life as an obese adolescent and their views on obesity treatment. *Health Expectations*, *19*, 897-907.
- Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W. D., van Middelkoop, M., Bindels, P. J. E., & van der Wouden, J. C. (2013). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, *9*(1), 3-22.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, *44*, 94-127.
- Sacher, P. M., Kolotourou, M., Chadwick, P. M., Cole, T. J., Lawson, M. S., Lucas, A., et al. (2010). Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)*, *18 Suppl 1*, S62-68.
- Safer, D. L., Agras, W. S., Bryson, S., & Hammer, L. D. (2001). Early body mass index and other anthropometric relationships between parents and children. *Int J Obes Relat Metab Disord*, *25*(10), 1532-1536.
- Sallinen, B. J., Schaffer, S., & Woolford, S. J. (2013). In their own words: learning from families attending a multidisciplinary pediatric weight management program at the YMCA. *Child Obes*, *9*(3), 200-207.
- Sarti, A., Dedding, C. W. M., & Niemer, S. (2015). *Kinderen en ouders over LEFF*. Amsterdam: Athena Instituut & Care for Obesity; Vrije Universiteit Amsterdam. Via www.partnerschapovergewicht.nl/c4o.
- Schalkers, I. (2016). *Quality of pediatric hospital care. Understanding the perspectives of children and families*. Enschede: Ipskamp Printing.
- Schalkwijk, A. A. H., Bot, S. D. M., de Vries, L., Westerman, M. J., Nijpels, G., & Elders, P. J. M. (2015). Perspectives of obese children and their parents on lifestyle behavior change. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *12*(102).

- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*, *9*(5), 474-488.
- Skelton, J. A., & Beech, B. M. (2011). Attrition in paediatric weight management: a review of the literature and new directions. *Obes Rev*, *12*(5), e273-281.
- Skelton, J. A., Irby, M. B., & Geiger, A. M. (2014). A systematic review of satisfaction and pediatric obesity treatment: new avenues for addressing attrition. *J Healthc Qual*, *36*(4), 5-22.
- Skelton, J. A., Martin, S., & Irby, M. B. (2016). Satisfaction and attrition in paediatric weight management. *Clin Obes*, *6*(2), 143-153.
- Smith, K. L., Straker, L. M., McManus, A., & Fenner, A. A. (2014). Barriers and enablers for participation in healthy lifestyle programs by adolescents who are overweight: a qualitative study of the opinions of adolescents, their parents and community stakeholders. *BMC Pediatr*, *14*, 53.
- Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A. R., Poustie, V., & Reilly, J. J. (2008). Parents' journey through treatment for their child's obesity: qualitative study. *Archives of disease in childhood*, *93*(1), 35-39.
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T., & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD001871.
- Svetkey, L. P., Stevens, V. J., Brantley, P. J., Appel, L. J., Hollis, J. F., Loria, C. M., et al. (2008). Comparison of strategies for sustaining weight loss: the weight loss maintenance randomized controlled trial. *JAMA*, *299*(10), 1139-1148.
- Tates, K., Meeuwesen, L., Elbers, E., & Bensing, J. (2002). 'I've come for this throat': roles and identities in doctor-parent-child communication. *Child: Care, Health and Development*, *28*(1), 109-116.
- Turner, K. M., Salisbury, C., & Shield, J. P. (2012). Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Fam Pract*, *29*(4), 476-481.
- Unguru, Y., Sill, A., & Kamani, N. (2010). The experiences of children enrolled in pediatric oncology research: implications for assent. *Pediatrics*, *125*, e876-883.
- Watson, L. A., Baker, M. C., & Chadwick, P. M. (2016). Kids just wanna have fun: Children's experiences of a weight management programme. *Br J Health Psychol*, *21*(2), 407-420.