



Nederlands
Jeugdinstituut



Overgewicht

Wat werkt bij kinderen en jongeren met
overgewicht en obesitas?

Een review gericht op opvoeding en psychosociale factoren in interventies

© 2018 **Nederlands Jeugdinstituut** Alle informatie uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden. Graag de bron vermelden.

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft dit rapport geschreven op verzoek van:

Gemeente Amsterdam
Gemeente Den Haag
Gemeente Rotterdam
Gemeente Utrecht
Jongeren Op Gezond Gewicht

Auteurs

Vera van den Hof
Daniëlle de Veld
Mariska Zoon

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Telefoon 030 - 230 63 44
Website www.nji.nl
E-mail info@nji.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	7
Aanbevelingen.....	8
1 Inleiding	9
1.1 Werkwijze.....	9
1.2 Leeswijzer	10
2 Overgewicht en opvoeding	11
2.1 Wat werkt in de opvoeding?	11
2.1.1 Algemene opvoedstijl en overgewicht.....	11
2.1.2 Ouderbetrokkenheid en overgewicht	13
2.1.3 Etniciteit, opvoeding en overgewicht	15
2.2 Wat vindt de praktijk?	16
2.3 Interventies.....	17
2.4 Conclusie	20
3 Psychosociale factoren bij overgewicht	22
3.1 De rol van psychosociale factoren bij overgewicht.....	22
3.1.1 Relaties tussen psychosociale factoren en overgewicht.....	22
3.1.2 Psychosociale factoren die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van overgewicht	24
3.1.3 Psychosociale problemen die kunnen ontstaan door overgewicht	25
3.1.4 De psychosociale factoren en de effectiviteit van interventies gericht op overgewicht	25
3.1.5 Ernstige psychosociale problemen	27
3.2 Wat vindt de praktijk?	27
3.3 Interventies.....	28
3.4 Conclusie	28
Bronnen	30
Bijlagen	34
Bijlage 1 Gebruikte zoektermen.....	34
Bijlage 2 Achtergrond van professionals	35
Bijlage 3 Interventie-overzicht.....	36





Voorwoord

Afbakening van de review opvoeding en psychosociale factoren in interventies bij overgewicht en obesitas

Het doel van deze review 'Wat werkt bij jeugdigen met overgewicht en obesitas?' is het geven van een overzicht van de beschikbare wetenschappelijke en praktijkkennis over de rol van opvoeding en psychosociale factoren binnen bestaande interventies voor kinderen en jongeren met overgewicht. Er is niet gekeken naar aanbod op het gebied van opvoeding en psychosociale factoren dat beschikbaar is voor alle kinderen en hoe dit overige aanbod het best ingezet kan worden bij kinderen met overgewicht en obesitas. Dit omdat er zeer veel verschillende interventies zijn die zich richten op opvoeding en psychosociale factoren en het lokale aanbod per gemeente kan verschillen.

Landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas'

Het landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas'¹ beschrijft een structuur om een lokale ketenaanpak in te richten voor kinderen met overgewicht of obesitas. Het uitgangspunt is dat overgewicht vraagt om een integrale aanpak met ondersteuning en zorg vanuit zowel het sociaal domein als het zorg domein. Kinderen met overgewicht en hun ouders zijn gebaat bij ondersteuning op die levensgebieden waar zij knelpunten ervaren en die hen belemmeren hun gedrag duurzaam te veranderen. Overgewicht bij kinderen effectief aanpakken lukt beter door te realiseren dat overgewicht een gevolg is van onderliggende problemen op verschillende terreinen. Middels een brede anamnese wordt bekeken welke factoren spelen in het gezin. Hierbij kan gedacht worden aan lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en sociale participatie van het kind; welzijn van ouders op bijvoorbeeld de onderwerpen financiën, huisvesting en psychisch welzijn; dynamiek in het gezin, leefstijl (voeding, bewegen en slapen) en opvoedkundige vaardigheden van ouders. De benodigde ondersteuning en zorg kent verschillende soorten handelingen en verschillende uitvoerders, afhankelijk van de thema's die binnen een gezin spelen.

Het landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' beschrijft de aanpak van overgewicht en obesitas in 6 processtappen:

- 1) Overgewicht constateren;
- 2) Vaststellen wat er speelt;
- 3) Samenhang en aanpak bespreken;
- 4) Plan maken en taken verdelen;
- 5) Aan de slag;
- 6) Zorgen dat het blijft werken.

Samenwerking staat centraal in iedere stap. Het gaat om samenwerking tussen het informele netwerk en diverse wijk- en zorgprofessionals onderling en tussen deze professionals en de kinderen en hun ouders. Hoe die samenwerking vorm krijgt en wat de inzet van professionals is, verschilt per stap en hangt af van de factoren die spelen in het gezin. Het streven is steeds dat kind en gezin zoveel mogelijk zelf aan de slag gaan met het eigen sociale netwerk en met wat er in de samenleving in brede zin voorhanden is, waar nodig ondersteund door professionals.

¹ Care for Obesity, Concept Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Amsterdam, maart 2018.



Deze review ten opzichte van het landelijk model ketenaanpak

De resultaten van deze review kunnen geplaatst worden binnen 'Stap 5) Aan de slag' van het landelijk model. In deze fase worden uiteenlopende professionals of interventies ingezet voor kind en gezin om actief onderliggende problemen te veranderen. Een onderdeel van de aanpak kan zijn het inzetten van een interventie op het gebied van leefstijl. Dit gebeurt na òf naast andere vormen van ondersteuning en zorg indien de casus daarom vraagt. Dit betekent dat in het geval van opvoedings- en psychosociale vraagstukken, veelal gebruik gemaakt wordt van het al beschikbare aanbod in een gemeente. Dit hoeft niet specifiek voor overgewicht ontwikkeld te zijn.

Boodschap om mee te nemen

Ons advies is om de aanbevelingen zoals beschreven in dit rapport toe te passen. Houd hierbij rekening met het al beschikbare aanbod in de gemeente. Hierbij is het belangrijk om te werken vanuit een plan op maat dat aansluit bij de hulpvraag van kind en ouders. Daarnaast is het essentieel om aanbod (zowel professionals als interventies) in een keten te plaatsen zoals omschreven in het landelijk model ketenaanpak.

Gemeente Amsterdam
Gemeente Den Haag
Gemeente Rotterdam
Gemeente Utrecht
Jongeren Op Gezond Gewicht



Samenvatting

Het doel van dit rapport is het geven van een overzicht van de beschikbare wetenschappelijke en praktijkkennis over de rol van opvoeding en psychosociale factoren binnen interventies voor kinderen en jongeren met overgewicht.

Het landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' (Care for Obesity, 2018) beschrijft de aanpak van overgewicht en obesitas in 6 processtappen. De aanbevelingen uit dit rapport kunnen worden gebruikt in processtap 5, wanneer professionals met kinderen en ouders aan de slag gaan.

De algemene opvoedstijl die ouders hanteren blijkt belangrijk: een gezaghebbende (ook wel: autoritatieve of democratische) opvoedstijl is gerelateerd aan een gezonder gewicht en gezonder gedrag bij kinderen. Ook zijn er aanwijzingen dat het via een interventie bevorderen van deze gezaghebbende opvoedstijl bijdraagt aan een gezonder gewicht na afloop van de interventie. Bij kinderen onder de zes jaar lijkt inzetten op algemene opvoedstijl van de ouders zelfs beter te werken dan inzetten op voeding en beweging. We vonden echter relatief weinig interventies die zich richten op het verbeteren van algemene opvoedstijl van ouders, zeker voor kinderen onder de vier jaar. Hier lijkt daarom nog ruimte voor het ontwikkelen van een nieuwe interventie, waarbij aandacht voor het bevorderen van een gezaghebbende opvoedstijl moet zijn.

Uit de literatuur over ouderbetrokkenheid bleek vooral de intensiteit belangrijk: samen verantwoordelijkheid dragen werkte het best. Dit sluit aan bij ouderbetrokkenheid 3.0, waarbij professionals samen met ouders zoeken naar wat nodig is om de voor hun kind gestelde doelen te bereiken. Professionals gaven aan dat het wel belangrijk is om ook hulp te bieden aan kinderen van wie de ouders niet betrokken kunnen of willen zijn.

Zowel uit de literatuur, als uit de praktijk wordt duidelijk dat het belangrijk is om rekening te houden met de etnische achtergrond van de gezinnen waarmee gewerkt wordt. Toch zijn er relatief weinig interventies die hier expliciet rekening mee lijken te houden. Ook hier lijkt nog ruimte voor nieuwe interventies of het aanpassen van bestaande interventies.

Wat betreft psychosociale factoren is in de literatuur vooral aandacht voor gedragsproblemen, zelfvertrouwen en sociale problemen. Overgewicht lijkt vanaf ongeveer zes jaar gerelateerd aan meer psychosociale problemen op latere leeftijd, wellicht omdat kinderen dan langzaam bewuster worden van stigmatisatie van overgewicht. In interventies is het belangrijk aandacht te hebben voor sociale steun van ouders en leeftijdsgenoten, sociale vaardigheden, omgaan met pesten en zelfvertrouwen. Bij ernstige psychosociale problemen moeten deze problemen behandeld worden vóórdat men met het overgewicht aan de slag gaat.



Aanbevelingen

Algemeen

- Zorg voor een brede anamnese die goed in kaart brengt welke factoren een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van het overgewicht bij het kind, en welke problemen er nog meer spelen in het gezin.
- Besteed tijdens de anamnese (ook) aandacht aan opvoedfactoren en psychosociale factoren: de opvoedstijl van de ouders, de mate waarin ouders bereid en in staat zijn betrokken te zijn bij de interventie, eigenwaarde en eigeneffectiviteit van het kind, interactie van het kind met leeftijdsgenoten (waaronder gepest worden) en mogelijkheden tot het zoeken van sociale steun door het kind.
- Kies op basis van de anamnese uit waar aan gewerkt kan worden en op welke manier dit het beste kan gebeuren.
- Richt op het aanleren van gezond gedrag en leg niet teveel nadruk op gewichtsverlies.

Opvoeding

- Besteed in interventies aandacht aan het bevorderen van een gezaghebbende opvoedstijl van de ouders door het bieden van algemene opvoedingsondersteuning. Besteed hierbij aandacht aan het in goede banen leiden van het gedrag van het kind, monitoren van het gedrag van het kind, het goede voorbeeld geven en het belonen van goed gedrag van het kind.
- Zet in op ouderbetrokkenheid 3.0, maar laat kinderen nog steeds deelnemen aan interventies als ouders zich niet kunnen of willen inzetten. Maak betrokkenheid van ouders dus geen voorwaarde voor hulp aan het kind. In gevallen waar ouders moeilijk aan te spreken zijn kan de school een goede manier zijn om kinderen toch te bereiken.
- Betrek ouders waar mogelijk bij de aanpak van overgewicht bij jeugdigen, door hen aanwezig te laten zijn bij sessies, op de hoogte te stellen van de aanpak en advies te geven over voeding en voedselbereiding. Laat ouders en kinderen hierbij zoveel mogelijk samen verantwoordelijkheid dragen voor het resultaat van de aanpak.
- Houd rekening met de etnische achtergrond van het gezin. Zorg bijvoorbeeld bij problemen met de Nederlandse taal voor informatie in de moedertaal.
- Geef professionals goede handvatten om ouders zover te krijgen bij de interventie betrokken te zijn en te blijven.
- Zoek naar mogelijkheden om ouders van elkaar te laten leren en hen zelf de regie over de aanpak te geven. Dit kan de motivatie vergroten en weerstand verminderen.

Psychosociaal

- Leer jeugdigen ook hoe zij moeten omgaan met pesten en stigmatisatie rondom overgewicht. Start hiermee liefst al vóór kinderen acht jaar oud zijn.
- Werk in interventies ook aan het zelfvertrouwen van jeugdigen. Besteed hierbij aandacht aan zowel eigenwaarde ("ik ben het waard om gezond te leven"), als eigeneffectiviteit ("ik kan deze gezonde levensstijl volhouden").
- Bevorder sociale steun door ouders door aandacht voor een positieve opvoedomgeving.
- Bevorder sociale steun door leeftijdsgenoten. Dit kan bijvoorbeeld door het toepassen van een groepsinterventie en/of het besteden van aandacht aan sociale vaardigheden.
- Behandel in het geval van ernstige psychosociale problematiek eerst deze klachten. Ga daarna pas aan de slag met het overgewicht.



1 Inleiding

Overgewicht wordt beschouwd als het belangrijkste gezondheidsprobleem van de westerse wereld en is een veelvoorkomend probleem bij kinderen. Het aantal kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas nam jarenlang toe (Schönbeck et al., 2011). Recente cijfers over 2016 laten zien dat 15,6 procent van de 12-18 jarigen overgewicht heeft en 2,8 procent obesitas. Ten opzichte van 2015 is er sprake van een stijging van respectievelijk 4,5 en 0,8 procent. Onder kinderen van 4-12 jaar heeft in 2016 11,9 procent last van overgewicht, het percentage kinderen met obesitas is 3,6. Onder deze leeftijdsgroep is er sprake van een lichte daling ten opzichte van 2015. Toen ging het om 12,2 en 3,9 procent (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017 via www.nji.nl). Overgewicht en obesitas worden gedefinieerd aan de hand van de body mass index (BMI): het gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters. Wanneer de BMI boven bepaalde waarden komt, spreekt men van overgewicht of obesitas (Van Mil & Struik, 2015). Obesitas is een ernstige mate van overgewicht. Overgewicht of obesitas heeft ernstige gevolgen voor zowel de lichamelijke als de psychosociale gezondheid. Ook is overgewicht op jonge leeftijd gerelateerd aan overgewicht en obesitas op volwassen leeftijd (JGZ richtlijn, 2012).

Het zorgaanbod voor jeugdigen met overgewicht en obesitas bestaat vaak uit vijf basiscomponenten: beweging, voeding, slapen, opvoeding en psychosociaal. Voor beweging en voeding is relatief veel bekend op welke manier deze componenten van invloed zijn op overgewicht bij kinderen en welke ondersteuning op deze gebieden geboden kan worden. Voor slapen wordt dit momenteel in kaart gebracht. Specifiek voor de componenten *opvoeding* en *psychosociaal* is hierover nog weinig (wetenschappelijke) kennis beschikbaar. In dit document wordt een overzicht gegeven van de beschikbare kennis over het inzetten van een ondersteunings- en zorgaanbod ten aanzien van opvoeding en psychosociale kenmerken van jeugdigen² met een te hoog gewicht.

1.1 Werkwijze

Voor de totstandkoming van dit document zijn literatuurstudies uitgevoerd naar de beschikbare wetenschappelijk kennis over de componenten 'opvoeding' en 'psychosociaal'. Er is een zoekopdracht uitgevoerd in de (inter)nationale databases PsychInfo, GoogleScholar en Picarta. Een overzicht van de gebruikte zoektermen is te vinden in bijlage 1. In eerste instantie is gezocht op systematische reviews en meta-analyses, gepubliceerd na 2010. Waar relevant is dit aangevuld met oudere overzichtsliteratuur en individuele studies. Resultaten uit onderzoek dat is uitgevoerd in Nederland hebben daarbij extra aandacht gekregen, omdat deze relevanter zijn bij het beantwoorden van de huidige vraag.

Daarnaast is gevraagd om inbreng vanuit de praktijk. Elf professionals werden benaderd met de vraag of zij hun ervaringen wilden delen. Voor acht van hen was dit op korte termijn mogelijk, zij het niet altijd in rechtstreeks contact. Drie professionals kwamen bij elkaar voor een groepsinterview, één professional is telefonisch geïnterviewd en vier professionals leverden een schriftelijke bijdrage. Zie bijlage 2 voor een overzicht van de achtergrond van deze professionals. Aan professionals is gevraagd wat zij vinden dat werkt: waar hebben zij behoefte aan? Hebben zij ervaring met dit soort interventies en wat vonden zij hiervan? Wat zijn eventuele verbeter- of ontwikkelpunten? Ook zijn de uitkomsten van de literatuurstudies kort uiteengezet waarop zij

² In dit document spreken we over kinderen bij een leeftijd tot 12 jaar, jongeren bij een leeftijd van 12-18 jaar en jeugdigen wanneer we het over beide doelgroepen hebben.



konden reageren. Professionals werd ook gevraagd ouders en kinderen of jongeren te benaderen voor inbreng in het stuk. Geen van de professionals heeft dit gedaan. Redenen hiervoor waren uiteenlopend. Sommige professionals vonden dat de mening van ouders en kinderen goed naar voren kwam in eerdere documentatie over de door hen aangeboden interventie, anderen vonden de gestelde vragen niet geschikt en in sommige gevallen waren de trajecten nog maar te kort bezig om ouders en kinderen/jongeren al te benaderen.

Tot slot is er een inventarisatie uitgevoerd naar bestaande interventies in en buiten Nederland specifiek voor kinderen met overgewicht. Hiervoor is op verschillende manieren gezocht:

- Interventieoverzicht van Loket Gezond Leven en de databank Effectieve Jeugdinterventies.
- Interventies uit de praktijk die (nog) niet in de databanken staan, maar naar voren kwamen door middel van de literatuurstudies, oproepen op Kennisnet Jeugd en LinkedIn, vragen op congressen en binnen het eigen netwerk.

In de databanken is gezocht naar interventies gericht op het voorkomen of verminderen van overgewicht bij kinderen. De (geclassificeerde) interventies genoemd in bijlage 3 zijn hiervan het resultaat. Er is tevens een zoekopdracht uitgevoerd naar interventies gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Hierbij kwamen veel beweeg- of voedingsinterventies naar voren. Deze zijn in principe niet opgenomen. Alleen als een aanzienlijk deel van de interventie was gericht op de opvoeding door ouders, zoals betrokkenheid of opvoedvaardigheden, of psychosociale problematiek van het kind, zijn ze aan het schema toegevoegd. De interventies uit het schema die (ouders van) jeugdigen met overgewicht als doelgroep hebben en zich richten op het verminderen van bestaand overgewicht, alsmede een van de componenten opvoeding/psychosociaal bevatten zijn nader uitgelicht in de hoofdstukken 2 en 3.

1.2 Leeswijzer

Dit document is verdeeld in twee stukken. Hoofdstuk twee bevat de resultaten naar het component 'opvoeding', hoofdstuk drie is het gedeelte over 'psychosociaal'. De twee hoofdstukken zijn op dezelfde manier opgebouwd. Eerst wordt het literatuuronderzoek uiteengezet, waarna de inbreng van praktijkprofessionals aan bod komt. Tot slot worden de interventies beschreven en sluit het hoofdstuk af een korte conclusie. In hoofdstuk vier worden deze conclusies omgezet in aanbevelingen.



2 Overgewicht en opvoeding

Ouders spelen een belangrijke rol in het leven van hun kind en de gewoonten die het kind zich eigen maakt. Niet alleen bepalen ouders vaak wat kinderen eten en hoe zij bewegen, ook fungeren zij als rolmodel: kinderen nemen gemakkelijk de eet- en beweeggewoonten van hun ouders over. Het lijkt daarom goed om ouders te betrekken in de aanpak van overgewicht bij het kind. In dit hoofdstuk wordt op een rij gezet wat er vanuit de literatuur bekend is over de rol van opvoeding in de aanpak van overgewicht bij jeugdigen, wat de praktijk ervaart en welke interventies er beschikbaar zijn. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

2.1 Wat werkt in de opvoeding?

Deze paragraaf zet uiteen wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de rol van opvoeding in het ontstaan en tot stand komen van overgewicht bij het kind. Allereerst gaat het in deze paragraaf over algemene opvoedstijlen die ouders kunnen hanteren en of opvoedstijlen kunnen worden aangesproken in interventies voor jeugdigen met overgewicht. Daarna wordt ouderbetrokkenheid bij interventies breder bekeken: hoe worden ouders ingezet bij interventies voor jeugdigen met overgewicht, en wat werkt hierbij wel en niet? Ook wordt er kort aandacht besteed aan de relatie tussen etniciteit, opvoeding en overgewicht.

2.1.1 Algemene opvoedstijl en overgewicht

De algemene opvoedstijl die ouders gebruiken gaat over de manier waarop een ouder met het kind omgaat. Hierbij wordt meestal onderscheid gemaakt tussen vier opvoedstijlen op basis van twee dimensies: 1) warmte/betrokkenheid, dat wil zeggen: de mate waarin ouders adequaat reageren op de behoeften van hun kind, en 2) controle/sturing, oftewel: de mate waarin ouders bepalen wat het kind wel/niet doet. Figuur 1 laat zien welke verschillende typen opvoedstijlen op basis van deze dimensies onderscheiden kunnen worden. Uit onderzoek is gebleken dat kinderen die worden opgevoed volgens een gezaghebbende (ook wel: autoritatieve of democratische) opvoedstijl gezonder eten, meer bewegen en een lagere BMI of gezonder gewicht hebben dan kinderen die opgevoed worden volgens één van de andere stijlen (Sleddens, Gerards, Thijs, De Vries & Kremers, 2011; Vollmer & Mobley, 2013). Blissett (2011) vond bijvoorbeeld dat een gezaghebbende opvoedstijl geassocieerd was met meer inname van groenten en fruit.

		Warmte/betrokkenheid	
		Veel	Weinig
Controle/sturing	Veel	Gezaghebbend/autoritatief/ democratisch	Autoritair
	Weinig	Toegeeflijk/permissief	Verwaarlozend

Figuur 1. Verschillende opvoedstijlen die kunnen worden onderscheiden door combinaties op de dimensies warmte/betrokkenheid en controle/sturing.



De vraag rijst dan of interventies gericht op het bevorderen van een gezaghebbende opvoedstijl leiden tot minder overgewicht bij kinderen. Gerards, Sleddens, Dagnelie, De Vries en Kremers (2011) vonden zeven studies die dit onderzocht hebben. Al deze studies combineerden het bevorderen van een gezaghebbende opvoedstijl met componenten gericht op voeding en/of beweging in een interventie gericht op het voorkomen of verminderen van overgewicht bij kinderen. Alle interventies lieten een klein tot matig effect zien. Door de combinatie van opvoed- met voedings- en/of bewegingselementen is het lastig om de unieke effecten van het bevorderen van een gezaghebbende opvoedstijl vast te stellen. Desondanks concluderen Gerards en collega's (2011) dat het bevorderen van een gezaghebbende opvoedstijl een effectieve strategie is bij interventies gericht op overgewicht bij kinderen. Eerder al kwamen Kitzman-Ulrich en collega's (2010) tot dezelfde conclusie. Ook blijkt uit een recente systematische review dat interventies die positieve resultaten laten zien zich vaak ook richtten op opvoedvaardigheden, zowel algemeen als specifiek gericht op een gezonde leefstijl (Van der Kruk, Kortekaas, Lucas, & Jager-Wittenaar, 2013). Een recente meta-analyse vond aanwijzingen dat bij jongere kinderen tot zes jaar interventies die enkel gericht zijn op algemene opvoeding zelfs effectiever zijn dan interventies enkel gericht op eetgedrag of fysieke activiteit en dan interventies die zich richten op zowel algemene opvoeding als eetgedrag/fysieke activiteit (Melis Yavuz, Van Ijzendoorn, Mesman & Van der Veek, 2015). Ook suggereerden de resultaten dat interventies enkel gericht op algemene opvoeding bij deze doelgroep de beste lange-termijn resultaten laten zien (Melis Yavuz et al., 2015). Voor deze jonge doelgroep lijkt inzetten op algemene opvoedstijl, zonder dat thema's als voeding en bewegen aan bod komen, dus voldoende. Toch is voorzichtigheid hier geboden, omdat de resultaten van de genoemde meta-analyse op een zeer beperkt aantal studies zijn gebaseerd. Voor oudere leeftijdsgroepen is nog geen onderzoek gedaan dat het effect van enkel inzetten op algemene opvoedstijl vergelijkt met het effect van enkel inzetten op voeding en bewegen, of een combinatie hiervan met algemene opvoedstijl. Er zijn echter twee redenen om aan te nemen dat voor oudere kinderen meer nodig is dan inzetten op algemene opvoedstijl: 1) invloed van ouders op hun kinderen neemt af naarmate kinderen ouder worden, waardoor ingrijpen door middel van opvoedinterventies ook lastiger wordt; 2) opvoedgedragingen van ouders worden meer routinematig met het ouder worden van de kinderen, waardoor ze wellicht ook lastiger te veranderen zijn (Gerards et al., 2011).

Uit een kleine (N = 18) in Nederland uitgevoerde kwalitatieve studie, bleek dat alle kinderen met overgewicht uit de betreffende steekproef ouders hadden die een permissieve opvoedstijl hanteerden (Bastiaans, Baerveldt & Jansen, 2012). Deze ouders legden weinig regels op aan hun kinderen wat betreft voeding en beweging. De mate waarin ouders behoefte hadden aan opvoedingsondersteuning hing samen met de mate van overgewicht: ouders van kinderen met een gemiddeld gewicht hadden geen behoefte aan opvoedingsondersteuning, ouders met kinderen met een bovengemiddeld gewicht hadden weinig behoefte aan opvoedingsondersteuning en ouders van kinderen met overgewicht gaven aan wel behoefte te hebben aan opvoedingsondersteuning. Op drie vlakken was er mogelijkheid tot opvoedingsondersteuning: 1) attitude en kennis: ouders gaven niet expliciet aan behoefte aan ondersteuning te hebben op dit vlak, maar uit de interviews bleek dat sommige ouders het gevaar van bovengemiddeld gewicht van hun kinderen onderschatten, waardoor voorlichting op dit vlak wellicht toch nuttig kan zijn; 2) sociale norm: ouders gaven ook hier niet expliciet aan behoefte te hebben aan ondersteuning in hoe om te gaan met de invloed van de sociale omgeving op de opvoeding, maar ook hier lagen nog kansen, omdat bleek dat in sommige gezinnen familie en bekenden op gezond gedrag gerichte opvoeding van ouders niet ondersteunden of zelfs ondermijnden; 3) eigeneffectiviteit: ouders uitten wel een expliciete en duidelijke vraag naar ondersteuning bij het veranderen van hun opvoeding omtrent gezond eten en beweeggedrag en gaven aan te denken dit zonder ondersteuning niet te kunnen veranderen.



Op basis van deze resultaten concluderen de onderzoekers dat het nuttig kan zijn om bij hulpverlening de door ouders gebruikte opvoedstijl in kaart te brengen. Voor ouders die een permissieve opvoedstijl hanteren kan het vervolgens nuttig zijn om ondersteuning te bieden in het veranderen van deze opvoedstijl, zodat ze daar vervolgens zelf mee verder kunnen (Bastiaans et al., 2012).

Maar komt de algemene opvoedstijl ook aan bod in interventies? In een kwalitatieve studie uitgevoerd in Nederland, werd via interviews (N = 47) en workshops (N = 128) de mening gevraagd van hulpverleners en beleidsmakers over onder andere wat er nog nodig is aan zorg voor jeugdigen met overgewicht (Fransen, Koster & Molleman, 2012). Het bleek dat respondenten vonden dat er te weinig beleidsmaatregelen en interventies waren die zich naast voeding en beweging ook richtten op psychologische en pedagogische aspecten van overgewicht. Ook gaf men aan dat het lastig was om ouders te betrekken bij de preventie van overgewicht. Eerder onderzoek had al laten zien dat ouderbetrokkenheid bij interventies voor jeugdigen met overgewicht schaars is en dat interventies die er zijn zich met name richten op specifieke opvoedgedragingen (zoals bijvoorbeeld eetgedrag) en niet op algemene opvoedstijl (Snoek et al., 2010, zoals beschreven in Fransen et al., 2012). De auteurs van deze studie beargumenteren dat interventies waarschijnlijk succesvoller zijn als ook aandacht wordt besteed aan algemene opvoedstijl, omdat nieuw geleerde opvoedgedragingen effectiever en efficiënter zijn als ze worden uitgevoerd in een positieve opvoedkundige context (Snoek et al., 2010, zoals beschreven in Fransen et al., 2012).

Naast het hanteren van een bepaalde algemene opvoedstijl blijkt consistentie in opvoeding heel belangrijk. Uit een meta-analyse van Piquart (2014) blijkt dat meer inconsistentie in de opvoeding (dus bepaald gedrag soms wel, en soms niet toestaan) gerelateerd is aan meer overgewicht bij kinderen. Het is niet duidelijk of interventies die consistentie bevorderen leiden tot afname van overgewicht bij kinderen.

2.1.2 Ouderbetrokkenheid en overgewicht

Er bestaat consensus in de literatuur dat het betrekken van ouders bij interventies voor jeugdigen met overgewicht en obesitas wenselijk en nuttig is. Zo vonden alle 26 studies in een recente review dat betrokkenheid van het gezin een belangrijke rol speelt bij het gewichtsverlies van jeugdigen tussen 10 en 19 jaar oud (De Melo Boff, Liboni, De Azevedo Batista, Souza, & Da Silva Oliveira, 2016). Ook eerdere reviews hebben dit gevonden, bijvoorbeeld bij Amerikaanse kinderen uit etnische minderheden (Seo & Sa, 2010), bij het inzetten van interventies op scholen (Van Lippevelde et al., 2012; Safron, Cislak, Gaspar & Luszczynska, 2011; Sobol-Goldberg, Rabinowitz & Gross, 2013) en bij zelf-management interventies (Thomason, Lukkahatai, Kawi, Connelly & Inouye, 2016).

Dergelijke betrokkenheid van ouders bij interventies voor jeugdigen met overgewicht wordt op veel manieren vormgegeven. In Nederland wordt hierbij vaak onderscheid gemaakt tussen verschillende niveaus van ouderbetrokkenheid:

- Ouderbetrokkenheid 1.0: ouders ontvangen informatie
- Ouderbetrokkenheid 2.0: ouders ontvangen en verzenden informatie
- Ouderbetrokkenheid 3.0: men gaat samen met ouders op zoek naar nieuwe informatie

In de internationale onderzoeksliteratuur wordt dit onderscheid echter niet gemaakt en is meestal niet te achterhalen van welk niveau van ouderbetrokkenheid in de betreffende studie precies gebruik is gemaakt. Wanneer hieronder van ouderbetrokkenheid wordt gesproken bedoelen we dan ook het op wat voor manier dan ook aanspreken van ouders binnen een



interventie. Later in dit document worden de bevindingen teruggekoppeld aan de verschillende niveaus van ouderbetrokkenheid.

De meeste interventies moedigen kinderen met overgewicht en hun ouders aan om het eetgedrag en/of beweeggedrag aan te passen. Dit gebeurt onder andere door ouders het goede voorbeeld te laten geven, het monitoren van het eet- en beweeggedrag en het aanleren van manieren waarop ouders het gedrag van kinderen in goede banen kunnen leiden (Janicke et al., 2014). Ook het verstrekken van nieuwsbrieven met recepten en tips, oudereducatie, bijeenkomsten met ouders over gezond eten en bewegen, time-management (om het eten van een ontbijt te stimuleren) en betrokkenheid van ouders bij het maken van het huiswerk dat bij de interventie hoort, zijn methoden die worden gebruikt om ouders bij interventies te betrekken (Meiklejohn, Ryan & Palermo, 2016).

Ouders worden dus op veel verschillende manieren betrokken bij interventies voor jeugdigen met overgewicht. Toch is het onderzoek naar welke vormen van betrokkenheid effectief zijn beperkt. Dit komt omdat bijdragen van ouders niet altijd los zijn onderzocht van andere componenten van de interventies, waardoor soms moeilijk te zeggen is wat hun unieke bijdrage is aan de effectiviteit. Kitzmann en collega's (2010) hebben in een meta-analyse onderzocht welke vormen van ouderbetrokkenheid nuttig zijn in gedragsinterventies voor jeugdigen met overgewicht. Hieruit bleek dat interventies waarbij ouders aanwezig waren bij sessies effectiever waren dan interventies enkel gericht op de jeugdigen zelf. Uit dezelfde studie bleek dat interventies effectiever waren als ouders werden getraind in manieren waarop ze het gedrag van hun kinderen in goede banen kunnen leiden en leerden over voeding en voedselbereiding dan wanneer aan deze aspecten geen aandacht werd besteed. Of de interventie ook gewichtsverlies bij de ouders als doelstelling had bleek niet uit te maken voor de effectiviteit van de interventie bij kinderen. Uit een overzichtsstudie van Kitzman-Ulrich en collega's (2010) waarin interventies met en zonder oudercomponent werden vergeleken bleek dat specifieke opvoedpraktijken als monitoren, het goede voorbeeld geven, het belonen van goed gedrag en het aanleren van manieren waarop ouders het gedrag van kinderen in goede banen kunnen leiden goede resultaten lieten zien. Dit sluit aan bij de gezaghebbende algemene opvoedstijl die in de vorige paragraaf al nuttig bleek te kunnen zijn.

Is meer ouderbetrokkenheid dan ook beter? Onderzoek naar de mate van betrokkenheid van ouders levert gemengde resultaten op. Zo vond één meta-analyse dat een grotere tijdsinvestering van ouders in de interventie niet automatisch leidt tot betere resultaten (Janicke et al., 2014). Daarentegen vond een andere meta-analyse dat een hogere intensiteit van ouderbetrokkenheid gerelateerd was aan betere uitkomsten. In deze studie werden interventies ingedeeld in drie categorieën: 1) lage ouderbetrokkenheid als de jeugdige zelf primair verantwoordelijk was voor het grootste deel van de behandeling, 2) matige ouderbetrokkenheid als de ouders wel werden betrokken bij de interventie, maar de jeugdige primair verantwoordelijk was voor een deel ervan, en 3) hoge ouderbetrokkenheid als ouders betrokken waren bij alle aspecten van de interventie en samen verantwoordelijkheid droegen. Een concretere omschrijving van deze categorieën ontbrak helaas in het stuk. Uit de resultaten bleek dat kinderen in de "hoge ouderbetrokkenheid"-groep betere resultaten lieten zien dan die uit de "lage ouderbetrokkenheid"-groep (Kitzmann et al., 2010). Het lijkt er dus op dat het vooral belangrijk is dat ouders (mede)verantwoordelijkheid dragen voor het slagen van de interventie.

Alle bovengenoemde vormen van ouderbetrokkenheid die goede resultaten lieten zien kunnen op verschillende niveaus worden vormgegeven. Bij het aanleren van manieren waarop ouders het gedrag van kinderen in goede banen kunnen leiden zou men bijvoorbeeld bij



ouderbetrokkenheid 1.0 ouders een informatiebrief met bruikbare technieken kunnen sturen. Bij ouderbetrokkenheid 2.0 zou men ouders dan ook nog in de gelegenheid kunnen stellen hierover vragen te stellen. Bij ouderbetrokkenheid 3.0 zou men samen met de ouders op zoek gaan naar technieken die voor hen goed zouden kunnen werken in het bereiken van het gestelde doel. Uit de besproken studies komt niet expliciet naar voren op welk niveau de verschillende vormen van ouderbetrokkenheid het beste kunnen worden aangesproken. Er is echter wel bekend dat een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener, het zorgdragen voor een goede motivatie van de cliënt en een aanpak die past bij het probleem en aansluit bij de hulpvraag van de cliënt belangrijke algemeen werkzame factoren in de hulpverlening zijn (Nji, 2017). Deze passen goed binnen ouderbetrokkenheid 3.0. Dit geldt ook voor de bevinding dat ouders het beste samen met hun kind verantwoordelijkheid kunnen dragen voor het slagen van de interventie.

2.1.3 Etniciteit, opvoeding en overgewicht

Wat opvalt in de prevalentiecijfers over overgewicht bij kinderen is dat er onder Nederlanders met een niet-Westerse migratieachtergrond relatief veel kinderen zijn met overgewicht (JGZ richtlijn, 2012; Yilmaz, Renders, Nicolaou, & Vrijkotte, 2016). Dit zou deels kunnen komen doordat sommige (niet-westerse) culturen overgewicht zien als een teken van welzijn, tegenover dun zijn als teken van een slechte gezondheid (De Hoog, Stronks, Van Eijsden, Gemde, & Vrijkotte, 2012). Ook is de cultuur vaak gericht op eten en gastvrijheid: bij onderlinge sociale contacten horen hapjes op tafel (Verslag congres huisartsen, 2006).

Ook opvoeding kan een rol spelen. Onderzoek heeft laten zien dat het verschil in BMI tussen kinderen van Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst deels verklaard kan worden door verschillen in opvoedpraktijken tussen de betreffende moeders. Moeders met een niet-Nederlandse afkomst pasten vaker restrictie toe, waarbij bijvoorbeeld bewust bepaald eten uit de buurt van het kind wordt gehouden. Het toepassen van de opvoedpraktijk restrictie verklaarde deels (voor 11,6%) de etnische verschillen in BMI, waarbij meer restrictie gerelateerd was aan een hoger BMI (Yilmaz et al., 2016). Ook eerder onderzoek liet onder andere zien dat er een verschil is tussen Turkse en Nederlandse ouders in opvoedgedrag met betrekking tot eten en bewegen: Nederlandse ouders bleken het eet- en beweeggedrag van hun kinderen meer te monitoren dan Turkse ouders, Turkse ouders oefenden juist meer controle uit over het eet- en beweeggedrag van hun kinderen dan Nederlandse ouders (Vlasblom et al., 2011, zoals beschreven in de JGZ richtlijn Overgewicht). Wat betreft algemene opvoedstijl bleek dat Turkse moeders vaker dan Nederlandse moeders een opvoedstijl gebruikten die laag was in betrokkenheid. Voor vaders werd hierin geen verschil gevonden (Vlasblom et al., 2011, zoals beschreven in de JGZ richtlijn Overgewicht).

Deze onderzoeksresultaten geven aan dat er etnische verschillen zijn in opvoeding die invloed kunnen hebben op het ontstaan en in stand houden van overgewicht en obesitas. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden bij interventies. Er is ons echter geen in Nederland uitgevoerd onderzoek bekend dat een beeld geeft van hoe verschillen in etniciteit van invloed zijn op de effectiviteit van interventies voor jeugdigen met overgewicht. Wel komen er tips naar voren gegeven door een voedingsprofessional die zelf een migratieachtergrond heeft (Verslag congres huisartsen, 2006). Zo druipt ingaan tegen grootouders die hun kleinkinderen graag verwennen in tegen de opvoeding van ouders met een niet-westerse migratieachtergrond vanwege de gevoeligheid voor autoriteit. Deze gevoeligheid kan echter ook bewust ingezet worden bij interventies, bijvoorbeeld door aan te geven dat maatregelen zijn opgelegd door de arts. Ook wordt een paternalistische benadering door de zorgverlener aangeraden, waarbij heel expliciet wordt aangegeven wat wel/niet mag en waarom (Verslag congres huisartsen, 2006).



2.2 Wat vindt de praktijk?

De professionals die werken binnen de kaders van een interventie (zoals LEFF, Haagse Maatjes, Lekker Fit!, WorkOutWijs) geven allemaal aan dat ouders bij de interventie worden betrokken. Hierbij lijkt niet expliciet te worden ingegaan op de algemene opvoedstijl die ouders hanteren. Wel is er vaak aandacht voor zaken als het goede voorbeeld geven, het belang van regels, het belang van aandacht hebben voor je kind en van tijd doorbrengen met je kind, het gebruik van eten als troost of beloning, en positief opvoeden. De professionals die (ook) buiten de kaders van een interventie werken geven aan dat de exacte aanpak, en daarmee de mate van betrokkenheid van ouders, erg afhangt van het exacte probleem zoals dat aan het licht komt in het intakegesprek. Als uit de anamnese blijkt dat aandacht voor opvoeding nodig is wordt daar aandacht aan besteed en worden ouders aangesproken. Maar als de focus bijvoorbeeld ligt op het vergroten van het zelfvertrouwen van het kind met overgewicht, of op zelfmanagement door het kind, kan het kind daar vaak prima zonder ouders aan werken.

Het belang van ouders bij interventies wordt in de praktijk over het algemeen erkend, zowel in de inhoud van interventies, als in de gesprekken met professionals. Ouders meekrijgen blijkt echter niet altijd makkelijk. Professionals geven aan dat het regelmatig voorkomt dat ouders niet op de afgesproken momenten aanwezig zijn, door bijvoorbeeld tijdgebrek of taalproblemen, andere problemen die spelen in het gezin, of omdat ze simpelweg zelf niet vinden dat hun kind overgewicht heeft. Een aantal keer komt terug dat het kan helpen om als professional vooral niet teveel te willen doen: ouders zelf meer regie geven vergroot de motivatie en vermindert de weerstand. Bovendien moeten ouders het uiteindelijk ook zelf kunnen als de hulp eenmaal ten einde is. Ouders van elkaar laten leren in plaats van via een expert wordt ook genoemd. Of deze suggesties uitgevoerd kunnen worden hangt wel van de ouders af. Ouders met een lagere sociaal economische status zijn vaak lastiger te benaderen. Eén van de professionals geeft aan dat het focussen op sociale participatie van het kind kan helpen om in contact te komen met ouders, “want elke ouder wil dat zijn/haar kind lekker in z'n vel zit.”

Professionals geven aan dat het voor ouders niet altijd makkelijk is om te bedenken waar je terecht kunt als je kind overgewicht heeft. Hulp vanuit de huisarts of het ziekenhuis voelt voor ouders soms alsof het overgewicht gezien wordt als een ziekte, terwijl hulp vanuit een psycholoog/GGZ-instelling soms juist overkomt alsof er sprake zou zijn van een psychisch probleem. Laagdrempelige hulp in de wijk wordt genoemd als een goede optie. Ook de school wordt genoemd als belangrijke, laagdrempelige manier om jeugdigen en ouders te bereiken. Dit scheelt ouders tijd en gedoe, doordat ze niet naar een andere locatie hoeven. Ook wekt de school vertrouwen en dat is essentieel: men moet de interveniërende partij vertrouwen om ouders zover te krijgen dat zij hulp accepteren. Een betrokken leerkracht kan hierin een belangrijke rol spelen: op scholen waar leerkrachten minder betrokken zijn, werkt een aanpak via de school vaak ook minder goed. Veel leerkrachten zijn behulpzaam, maar ook zij gebruiken ongezond eten soms als beloning als kinderen goed hun best doen. In een enkel geval ziet een leerkracht het niet als zijn/haar taak om een rol te spelen bij de aanpak van overgewicht, of voelt hij/zij zich aangevallen omdat hij/zij zelf overgewicht heeft. Dan kan bijvoorbeeld een lezing in het lerarenteam helpen. De professionals noemen een aantal manieren om via de school gezond eten te stimuleren: een gezond traktatiebeleid, een wall of fame met gezonde traktaties en lunches, samen eten verbouwen in de schooltuin en hier dan een gezonde maaltijd van koken, het labelen van eten in de kantine met verschillende kleurcodes op basis van hoe gezond het is (groen/oranje/rood), geen aanbod van ongezond eten in de omgeving van de school, en het organiseren van een gezondheidsmarkt.



Het kiezen voor een bepaalde aanpak vereist aandacht. Zo vindt één van de professionals het belangrijk dat niet standaard wordt doorverwezen naar een gecombineerde leefstijlinterventie, maar dat eerst in kaart wordt gebracht welke onderliggende factoren een rol spelen bij het overgewicht van het kind. Als bijvoorbeeld sprake is van schulden of psychische problematiek van de ouders kunnen die ouders de vaardigheden die zo'n interventie aanleert vaak niet toepassen in het dagelijks leven, wat dan weer voelt als falen voor hen. Een meer coachende houding die aansluit bij factoren die een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van het overgewicht en zoekt naar kleine aanknopingspunten voor het inzetten van gedragsverandering is dan vaak een betere eerste stap. Daarna kan dan gekeken worden of een gecombineerde leefstijl interventie mogelijk is.

Tot slot benadrukt één van de professionals dat hoewel ouderbetrokkenheid vaak goed werkt, het geen voorwaarde moet zijn voor hulp aan het kind. Ze geeft aan dat kinderen een hoop zelf kunnen, zeker vanaf elf- of twaalfjarige leeftijd. "Kinderen kunnen zich met goede begeleiding ook sterk genoeg voelen om zelf aan de slag te gaan en te vragen om water mee naar school en gezond eten. Juist als ouders niet meewerken moet je inzetten op het kind, want anders gebeurt er niks."

2.3 Interventies

Er zijn veel interventies die gericht zijn op het verbeteren van opvoedvaardigheden van ouders. Hoewel de handleidingen bij deze interventies inzicht kunnen geven in hoe opvoedstijl het beste veranderd kan worden, zijn de interventies zelf veelal ontwikkeld voor kinderen met (ernstige) externaliserende gedragsproblemen (zie www.nji.nl/jeugdinterventies) en daarom niet direct geschikt voor jeugdigen met een te hoog gewicht zonder dergelijke problematiek. In deze paragraaf worden interventies belicht die bedoeld zijn voor jeugdigen met overgewicht en waarbij (een deel van) de aanpak gericht is op (de opvoeding door) ouders. Het doel van deze interventies is het verminderen van het overgewicht bij de jeugdige. De aanpak is ook gericht op de ouders, door bijvoorbeeld ouderbetrokkenheid te vergroten of hen (specifieke) opvoedvaardigheden aan te leren. Er zijn interventies gevonden waarbij de aanpak gericht is op zowel de jeugdige als de ouders, maar ook interventies alleen bedoeld voor de ouders. Hieronder zijn die interventies nader uitgewerkt.

- **Club Fit 4 Utrecht** is bedoeld voor kinderen met overgewicht van 4 tot en met 12 jaar en hun ouders. Het doel van de interventie is het aanleren van gezond gedrag bij de kinderen waardoor het overgewicht op de lange termijn daalt. De kinderen volgen een beweegprogramma van twaalf weken. De ouders doen twee keer mee met de sportles en hebben daarnaast vier ouderbijeenkomsten onder leiding van een diëtist en pedagoog. De pedagoog gaat expliciet in op de opvoedstijlen van de ouders en hoe deze van invloed zijn op het gedrag van het kind.
- **Cool 2B Fit 8-13 jaar** is een multidisciplinair behandelprogramma voor kinderen van 8 tot en met 13 jaar met overgewicht of obesitas. Het doel van deze interventie is dat kinderen een gezond(er) gewicht krijgen. De aanpak richt zich middels sportlessen en bijeenkomsten op drie pijlers: bewegen, voeding en eigenwaarde zoals zelfbeeld en pesten. De begeleiding wordt gegeven door een sportinstructeur, kinderfysiotherapeut, diëtist en kinderpsycholoog. Tijdens ouderavonden worden ouders voorgelicht over voeding, beweegactiviteiten met het hele gezin en het positief coachen van hun kind.



- **De Dikke Vrienden Club** is een multidisciplinair behandelprogramma in groepsverband voor kinderen met overgewicht van 8 tot en met 12 jaar en hun ouders. De interventie bestaat uit acht bijeenkomsten voor het kind die in het ziekenhuis gegeven worden door een kinderarts, fysiotherapeut, diëtist en psycholoog. Naast voeding en bewegen richt de interventie zich ook op het zelfbeeld van het kind en hoe hij of zij beter om kan gaan met pesterijen. Er zijn drie ouderbijeenkomsten waarin voorlichting wordt gegeven aan de ouders en waarin zij leren hoe zij hun kind het beste kunnen ondersteunen.
- **Door Dik en Dun!** is een leefstijlinterventie voor kinderen met overgewicht en obesitas van 8 tot 12 jaar en hun ouders. De totale duur van de behandeling is 60 weken, waarbij de nadruk vooral op beweeglessen voor het kind ligt. Daarnaast bestaat de aanpak uit groepsbijeenkomsten voor het kind en ouders over gezonde voeding en groepsbijeenkomsten voor de ouders die gegeven worden door gedragsdeskundige (psycholoog of pedagoog). Tijdens deze bijeenkomsten leren ouders hoe ze hun kind het best kunnen ondersteunen bij het aanleren van nieuw gedrag en welke opvoedregels van belang zijn.
- **Gezonde Maatjes** is een maatjesproject bedoeld voor kinderen tussen de 6 en 14 jaar met overgewicht en streeft er naar om op een positieve manier het zelfvertrouwen te versterken en bij te dragen aan gedragsverandering om zo fitter, gezonder en blijer te worden. Gemiddeld bezoekt een maatje een kind een dagdeel per week, voor de duur van maximaal een jaar. Tijdens het contact is er aandacht voor (gezonde) voeding, bewegen en positieve aandacht om zo het zelfvertrouwen van het kind te versterken. Ouder(s) worden hier bij betrokken, er wordt met hen bijvoorbeeld een plan gemaakt hoe het lukt om in de ochtend wél te ontbijten.
- **Gezond gewicht Overvecht (GO)** wil overgewicht voorkomen en terugdringen door het stimuleren van gezonder eten en meer bewegen bij 0- tot 19-jarigen. GO is een meerjarige aanpak en zet educatieve interventies in om de BOFFT leefstijlgedragingen bij kinderen te verbeteren (Bewegen, Ontbijten, Fruit eten, ontmoedigen van Frisdrankgebruik en TV kijken/computeren). Ouders krijgen voorlichting door een diëtist over voeding en beweging en de rol die opvoeding daarbij speelt.
- **Haagse maatjes** is een groepstraining waarbij kinderen en jongeren van 8 tot 18 jaar met overgewicht of obesitas samen met hun ouders gaan werken aan een gezonde leefstijl. Kinderen leren bij de Haagse Maatjes hoe je gezond kunt leven, meer zelfvertrouwen krijgt en goed kunt opkomen voor jezelf. Ook ouders volgen een groep, waar ze aan de slag gaan met vragen en oefeningen over opvoeden, gezond eten en bewegen.
- **Kids4Fit** is geschikt voor kinderen van 6 tot 12 jaar met overgewicht en heeft als doel het bevorderen van een gezonde leefstijl en het bereiken van een gezond gewicht. De interventie bestaat uit vier tot zes maanden trainen onder begeleiding van een fysiotherapeut, diëtbegeleiding van kind en ouder middels groepsessies, begeleiding door een orthopedagoog en een motivatiesessies voor de ouder.
- **KidsXtra** is bedoeld voor kinderen in de leeftijdscategorie 2 tot 7 jaar, die overgewicht, een motorische achterstand en/of bewegingsangst hebben. Het doel van dit programma is om de motorische achterstanden, bewegingsangst en het overgewicht terug te dringen en om de sociaal-emotionele ontwikkeling te vergroten. Om dit te realiseren wordt er



gebruik gemaakt van een zestien weken durend programma, waarbij de kinderen wekelijks een beweegles krijgen. Ouders krijgen voorlichting over hoe ze bepaalde gezonde gedragingen bij hun kinderen kunnen stimuleren.

- **LEFF** (Lifestyle, Energy, Fun & Friends) is een gecombineerde leefstijlinterventie voor kinderen van 7 tot 13 jaar met overgewicht of obesitas. LEFF bestaat uit 20 groepsbijeenkomsten die plaatsvinden op een locatie in de buurt, verdeeld over een periode van tien weken waar ook één van de ouders aan deel neemt. De bijeenkomsten starten met concrete tips en adviezen over voeding en bewegen, waarna de kinderen gaan bewegen. Ouders praten in dat uur met elkaar, krijgen opvoedingsondersteuning en kunnen ervaringen delen.
- **Lekker fit!** is een programma voor kinderen tot 12 jaar dat inzet op het tegengaan van overgewicht en bewegingsarmoede. De exacte aanpak is afhankelijk van de leeftijd van de kinderen en loopt via kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en basisscholen. Het is altijd gericht op meer en beter bewegen en het maken van gezonde voedingskeuzes. Ouders worden betrokken door middel informatie over wat hun rol hierin is.
- **O-KID-DO** is een leefstijlprogramma voor jeugdigen vanaf 8 jaar met overgewicht en hun ouders en werkt aan een gezonde leefstijl. In de periode van een jaar wordt er wekelijks gesport in groepsverband. Daarnaast zijn er in deze periode vijf bijeenkomsten voor de ouders en vijf bijeenkomsten voor de jeugdigen. In deze bijeenkomsten wordt ingezoomd op diverse aspecten van overgewicht zoals oorzaken en gevolgen, verandering van leefstijl en gedragsverandering. Deze bijeenkomsten worden gezamenlijk georganiseerd met fysiotherapeut, diëtist.
- **OOGST** (Obesitas Oplossingsgerichte Systeemtherapie) is bedoeld om gedragsverandering te bewerkstelligen bij jeugdigen (8-16 jaar) met overgewicht of obesitas en hun gezin. Gezinnen worden individueel begeleid waarbij de nadruk ligt op het versterken van behandelmotivatie van kind en gezin, eigen kracht van het gezin en een stapsgewijze realisatie van haalbare doelen. Na het intakegesprek vinden de behandelgesprekken met een gezinscoach, verpleegkundige of diëtiste, eens in de drie maanden in een klinische setting plaats. De interventie duurt gemiddeld een jaar.
- **Powerkids** is een multidisciplinair programma met aandacht voor beweging, voeding en gedrag en is bedoeld voor kinderen van 4 tot en met 12 jaar met extreem overgewicht, motorische achterstand en/of gedragsproblematiek. De kinderen volgen een intensieve training gedurende drie maanden met motorische en psychosociale ondersteuning. De ouders doen vier keer mee met deze training en hebben daarnaast vier groepsbijeenkomsten over voeding en opvoeding.
- **RealFit** is bedoeld voor jongeren tussen de 13 en 18 jaar met (extreem) overgewicht en heeft als hoofddoel het bereiken van een gewichtsstabilisatie of -afname. RealFit duurt dertien weken en bestaat uit dertien beweeglessen, drie voedingslessen, vier individuele consulten met een diëtiste en tien psychologie/vaardigheidslessen. Daarnaast zijn er drie ouderavonden. Tijdens deze ouderavonden krijgen ouders kennis aangereikt over alle disciplines (voeding, beweging, psychologie).
- **Simpel Fit!** is bedoeld om de opvoeding te beïnvloeden die Turkse moeders geven aan hun kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar. Het gaat om vrouwen van de eerste- of



tweede generatie, die niet of matig Nederlands spreken en niet of matig geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving. De interventie bestaat uit zes bijeenkomsten. Iedere bijeenkomst bestaat uit theorie, bewegen, opdrachten, uitwisseling en terugkoppelen van de huiswerkopdracht.

- **Skills4Life** is een integraal programma voor jongeren tussen de 12 en de 19 jaar met overgewicht. Het hoofddoel van dit programma is het bewerkstelligen van een gedragsverandering bij jongeren. De interventie bestaat een intensief traject van zestien weken, met wekelijkse voedings- en gedragslessen. Gedurende de lessen is er zowel aandacht voor het individuele proces als het groepsproces. Tevens doen de jongeren mee aan acht fitnesslessen, teneinde hun fysieke gestel te verbeteren. Voor ouders zijn er vier lessen met informatie en voorlichting over voeding, beweging, gedrag en de (voorbeeld)rol van de ouder. Ouders volgen eveneens acht fitnesslessen.
- **Triple P** staat voor Positief Pedagogisch Programma, een laagdrempelig opvoedingsondersteuningsprogramma aan ouders met kinderen om competent ouderschap te bevorderen. Triple P Lifestyle is een verwante methodiek die zich specifiek richt op ouders met kinderen van 5 tot 10 jaar met overgewicht of obesitas. Het programma beoogt gedragsverandering in het gezin ten aanzien van voeding, beweging en positief opvoeden te realiseren en omvat in totaal veertien sessies: tien groepsbijeenkomsten en vier telefonische sessies.
- **Weet en Beweeg** is bedoeld voor jeugdigen van 6-18 jaar met overgewicht/obesitas. De interventie wil door middel van een gezond voedings- en bewegingspatroon een afname van BMI bewerkstelligen en de kwaliteit van leven verhogen. Het is een ambulante, multidisciplinaire groepsbehandeling, bestaande uit twaalf bijeenkomsten voor jeugdigen en negen ouderbijeenkomsten. Tijdens de bijeenkomsten wordt informatie over allerlei thema's gegeven en actief aan de slag gegaan. Daarnaast worden er enkele beweegactiviteiten (zwemmen, kanovaren) voor het gezin georganiseerd en vindt er een gezinsgesprek plaats.
- **WIJS Wat Is Jouw Stijl** is een programma voor kinderen tussen de 6 en 14 jaar met overgewicht dat wordt aangeboden in Den Haag. Kinderen krijgen een schooljaar lang elke week in 1,5 uur een voedingsles, een les intensief bewegen en leefstijlcoaching. Het is een groepsaanpak met 6-8 kinderen per groep. Het programma is onderverdeeld in drie blokken van elk zes weken die lopen van schoolvakantie naar schoolvakantie. Het eerste blok gaat over het bouwen aan vertrouwen in de groep, het tweede over het omgaan met verleidingen en pesten en het derde blok over doelen stellen en zelfmanagement. Ouders komen tijdens het traject vier keer naar het programma.

2.4 Conclusie

Ouders kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht bij jeugdigen. De literatuurstudie laat zien dat zowel een consistente opvoeding als het hanteren van een gezaghebbende opvoedstijl gerelateerd zijn aan minder overgewicht. Ook blijkt specifiek opvoedgedrag in de vorm van monitoren, het goede voorbeeld geven en het belonen van goed gedrag te werken om overgewicht bij jeugdigen aan te pakken. Het bevorderen van een gezaghebbende opvoedstijl lijkt zodoende een goede toevoeging aan interventies voor jeugdigen met overgewicht. Specifiek voor kinderen jonger dan zes jaar geldt dat interventies enkel gericht op algemene opvoeding de beste lange-termijn resultaten laten zien. Er zijn drie interventies naar



voren gekomen die aandacht besteden aan de algemene opvoedstijl van ouders, namelijk Club Fit 4 Utrecht, Triple P Lifestyle en Powerkids. LEFF geeft ook opvoedingsondersteuning, maar gaat daarbij niet specifiek in op het type algemene opvoedstijl. Geen van deze interventies is gericht op kinderen onder de vier jaar. Hier lijkt daarom nog ruimte voor nieuw te ontwikkelen interventies.

Niet alleen de opvoedstijl van ouders, maar ook de betrokkenheid van ouders bij de aanpak van het overgewicht van het kind blijkt belangrijk te zijn. In Nederland wordt hierbij vaak onderscheid gemaakt tussen ouderbetrokkenheid 1.0, 2.0 en 3.0, maar dit onderscheid werd in de internationale onderzoeksliteratuur niet expliciet teruggevonden. Uit deze literatuur komt naar voren dat het belangrijk is dat ouders aanwezig zijn bij de sessies die hun kind bijwoont en dat ouders leren over voeding en voedselbereiding. Ook het aanleren van manieren waarop ouders het gedrag van hun kind in goede banen kunnen leiden ("child management strategies") laat veelbelovende resultaten zien. De hoeveelheid tijd die ouders investeren in de interventie lijkt niet relevant voor de interventie-uitkomst. Belangrijker is dat ouders betrokken zijn bij alle componenten van de interventie en de jeugdige dus niet in zijn/haar eentje verantwoordelijk is voor het slagen van de behandeling. In combinatie met een aantal algemeen werkzame factoren lijkt het daarom belangrijk om te streven naar ouderbetrokkenheid 3.0.

De meeste interventies die in paragraaf 2.3 zijn genoemd betrekken de ouders bij de aanpak door middel van ouderbijeenkomsten. Tijdens die bijeenkomsten wordt informatie gegeven over voeding, beweging en in hoeverre de opvoeding daarbij van invloed is. Een enkele interventie laat ouders meedoen met de beweeglessen van de jeugdigen of bestaan uit groepsbijeenkomsten waarbij zowel de ouders als de jeugdige samen aanwezig zijn. Dit zijn interventies als Club Fit 4 Utrecht, Door Dik en DUN!, LEFF, OOGST en Powerkids.

Tot slot geven de onderzoeksresultaten aan dat er etnische verschillen zijn in opvoeding, die invloed kunnen hebben op het ontstaan en in stand houden van overgewicht en obesitas. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden in de aanpak van overgewicht bij jeugdigen. Uit de inventarisatie naar interventies is slechts één interventie naar voren gekomen die hier specifiek rekening mee houdt. Dat is Simpel Fit!, een interventie voor Turkse moeders.

Ook de praktijkprofessionals geven aan dat ouders belangrijk kunnen zijn bij het aanpakken van overgewicht bij kinderen en jongeren. Tegelijkertijd blijkt het vaak lastig om ouders mee te krijgen. Het lijkt dan ook belangrijk om professionals te voorzien van goede handvatten om ouderbetrokkenheid te vergroten. Factoren die kunnen helpen om jeugdigen met overgewicht en hun ouders te bereiken zijn het bieden van laagdrempelige hulp bijvoorbeeld in de wijk of op school. Ook is het belangrijk dat de hulp bij een gezin past. Een goede anamnese, waarbij ook oog is voor eventuele andere problemen in het gezin, kan helpen om de beste aanpak te bepalen: een one-size-fits-all-aanpak bestaat niet. Tot slot zou betrokkenheid van de ouders geen voorwaarde moeten zijn voor hulp aan kinderen. In gevallen waar ouders niet mee te krijgen zijn kan vanaf ongeveer 10-jarige leeftijd ook direct het kind zelf aangesproken worden.



3 Psychosociale factoren bij overgewicht

Jeugdigen met overgewicht kunnen psychische klachten krijgen en soms zelfs een psychiatrische stoornis. Gepest worden vanwege overgewicht kan hierbij een belangrijke rol spelen. Veel jeugdigen met overgewicht zijn of worden gepest. Dat vergroot de kans op een relatief lage zelfwaardering en daarmee samenhangende psychosociale problemen, zoals verdriet en eenzaamheid maar ook opstandig gedrag of zelfs het pesten van andere kinderen. Nare gevoelens kunnen weer leiden tot een toename van gewicht, bijvoorbeeld door emotie-eten (Van Mil & Struik, 2015). Het lijkt dan ook van belang om in te zetten op een goede sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige in de aanpak van overgewicht. In dit hoofdstuk wordt op een rij gezet wat er vanuit de literatuur bekend is over de relatie tussen psychosociale factoren en overgewicht en hoe daar op in te zetten, wat de praktijk ervaart en welke interventies er beschikbaar zijn die zich op deze factoren richten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

3.1 De rol van psychosociale factoren bij overgewicht

Deze paragraaf geeft een overzicht van wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de rol van psychosociale factoren bij overgewicht. Er is vrij veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen psychosociale factoren en overgewicht op één bepaald moment. Het nadeel van dergelijke studies is dat ze geen informatie kunnen geven over oorzaak en gevolg: leiden psychosociale problemen tot het ontwikkelen van overgewicht, of leidt overgewicht tot het ontwikkelen van psychosociale problemen? Studies die deelnemers over een langere periode volgen en in die periode meerdere keren informatie verzamelen zijn hiertoe beter in staat. Om het onderscheid tussen deze benaderingen goed te maken volgt hieronder eerst een resultatenoverzicht van studies die kijken naar de relatie tussen overgewicht en psychosociale factoren op één moment. Daarna volgen paragrafen met resultaten van studies die meer informatie kunnen geven over hoe psychosociale factoren kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van overgewicht en hoe overgewicht zou kunnen bijdragen aan het ontstaan van psychosociale problemen. Tot slot bekijken we wat er bekend is over de invloed van psychosociale factoren op de effectiviteit van interventies tegen overgewicht en stippen we kort aan wat te doen bij ernstige psychosociale problemen.

3.1.1 *Relaties tussen psychosociale factoren en overgewicht*

Gedragsproblemen

Bij gedragsproblemen kan onderscheid gemaakt worden in externaliserende en internaliserende gedragsproblemen. Externaliserende gedragsproblemen zijn naar buiten gericht, denk aan bijvoorbeeld agressie en ongehoorzaamheid. Internaliserende gedragsproblemen zijn juist naar binnen gericht, zoals depressie, angstigheid of somatische klachten als hoofd- of buikpijn (Forns, Abad, & Kirchner, 2011). Meerdere onderzoeken hebben relaties gevonden tussen overgewicht en/of obesitas en gedragsproblemen. Uit een samenvatting van de literatuur over externaliserende gedragsproblemen blijkt dat het door moeders gerapporteerd externaliserend probleemgedrag van jeugdigen met overgewicht over het algemeen niet zo ernstig was dat er interventie nodig was, maar dat de gedragsproblemen wel groter waren dan bij jeugdigen zonder overgewicht (Zeller & Modi, 2008). Dit wordt ondersteund door recenter werk van Griffiths, Dezateux en Hill (2011), waarin werd gevonden dat driejarige jongens met obesitas meer externaliserende gedragsproblemen lieten zien dan leeftijdsgenoten zonder obesitas. Op vijfjarige leeftijd hadden jongens met obesitas niet alleen meer externaliserende problemen dan



leeftijdsgenoten met een normaal gewicht, maar ook meer problemen met hyperactiviteit/aandacht en meer problemen met leeftijdsgenoten (Griffiths et al., 2011). Wat betreft internaliserende gedragsproblemen zijn de bevindingen minder eenduidig en worden soms relaties gevonden, maar zeker niet altijd (Zeller & Modi, 2008).

Zelfvertrouwen

Vaak wordt aangenomen dat de stigmatisatie die bij overgewicht en obesitas komt kijken een negatieve invloed heeft op het zelfvertrouwen van jeugdigen met overgewicht. Dit wordt echter niet consistent gevonden (Lowry, Sallinen, & Janicke, 2007; Zeller & Modi, 2007) en veel informatie komt uit onderzoek met klinische groepen die niet persé representatief zijn voor *alle* jeugdigen met overgewicht (Lowry et al., 2007). Wel lijken er factoren te zijn die het risico op minder zelfvertrouwen bij het hebben van overgewicht vergroten, namelijk: vroege adolescentie, vrouwelijk geslacht, identificatie met de culturele standaard over wat een mooi figuur is, blootstelling aan plagen en pesten door leeftijdsgenoten, meer ervaring met ouders die controle uitoefenen met betrekking tot voeding, en zelf verantwoordelijk voelen voor de gewichtsproblemen. Daarentegen kan positieve sociale steun juist beschermen tegen een afname van zelfvertrouwen (Lowry et al., 2007). Ook is op bepaalde deelgebieden wel consistent gevonden dat jeugdigen met overgewicht minder zelfvertrouwen hebben. Het gaat dan om zelfvertrouwen op het gebied van sportieve competenties, sociale acceptatie en het uiterlijk (Lowry et al., 2007; Zeller & Modi, 2007).

Sociale problemen

Er komt steeds meer bewijs dat overgewicht bij jeugdigen gerelateerd is aan sociale problemen met leeftijdsgenoten (Zeller & Modi, 2008). Zo werd gevonden dat obese jongens en meisjes op vijfjarige leeftijd meer problemen hadden met leeftijdsgenoten dan even oude kinderen met een normaal gewicht (Griffiths et al., 2011). Bij kinderen tussen de zeven en twaalf jaar oud met overgewicht is gevonden dat meer zorgen over uiterlijk en gewicht gerelateerd waren aan onder andere meer eenzaamheid en meer het gevoel hebben dat je geplaagd wordt met je gewicht (Sinton et al., 2012). Verschillende reviews beschrijven studies waaruit blijkt dat jeugdigen met overgewicht en obesitas meer geplaagd worden met hun uiterlijk, vaker worden uitgescholden, meer kritiek krijgen op hun uiterlijk, minder sociale acceptatie ervaren en meer te maken hebben met stigmatisatie dan leeftijdsgenoten met een normaal gewicht (Frankel, Sonton, & Wilfley, 2007; Zeller & Modi, 2008). Deze factoren worden allemaal aangemerkt als potentiële risicofactoren voor een negatief zelfbeeld, minder fysieke activiteit en afwijzing door leeftijdsgenoten, welke weer kunnen bijdragen aan een toename in (over)gewicht. Frankel en collega's (2007) stellen daarom dat kinderen met overgewicht profijt kunnen hebben van het aanleren van effectieve strategieën om met plagen om te gaan, het leren selecteren van leeftijdsgenoten waarvan het minder waarschijnlijk is dat ze hen zullen plagen en het verbeteren van de sociale status.

Het is echter niet zo dat kinderen met overgewicht alleen slachtoffer zijn van negatieve interacties met leeftijdsgenoten, ze initieerden deze ook vaker dan kinderen zonder overgewicht. Bij adolescenten is gevonden dat zij vaak niet alleen slachtoffer waren van verbaal pestgedrag, maar ook dader (Zeller & Modig, 2008). Adolescenten met overgewicht werden bovendien minder vaak genoemd als 'vriend' in onderzoek dat relaties met leeftijdsgenoten in kaart bracht. Hierbij bleek meer overgewicht gerelateerd aan minder vriend-nominaties. Dat is jammer, want adolescenten die meer vrienden hadden keken minder TV en gingen vaker naar clubjes en sportactiviteiten (Zeller & Modi, 2008), en dergelijk gedrag kan helpen toename in (over)gewicht te voorkomen. Ook ander onderzoek onderstreept het belang van vrienden: ze kunnen emotionele steun (zoals het leuk maken van fysieke activiteiten, bieden van steun tijdens



plagerijen op het schoolplein) en praktische steun bieden (zoals zorgen dat het kind regelmatig fysiek actief is). Ouders kunnen een actieve rol spelen, bijvoorbeeld bij het bevorderen van sociale contacten door het maken van speelafspraken en goede supervisie tijdens contact met leeftijdsgenoten om beeldschermtijd te beperken en fysieke activiteit te bevorderen (Frankel et al., 2007). Dit kan helpen om gewoonten die het overgewicht in stand houden te doorbreken. Op basis van deze onderzoeksresultaten lijkt het goed om in interventies ook het sociaal functioneren van jeugdigen met overgewicht aan te spreken.

Sociale problemen lijken echter niet op zichzelf te staan. Zo is gevonden dat een sterkere toename in BMI tussen vijf- en negenjarige leeftijd niet alleen was gerelateerd aan een afname in sociaal functioneren, maar ook aan meer zorgen bij ouders over het gewicht van hun kind, een grotere wens bij het kind om dunner te zijn, minder zelfvertrouwen over het uiterlijk bij kinderen en minder algeheel zelfvertrouwen bij kinderen. Omdat deze effecten niet zo groot waren leek het de auteurs echter alsnog niet waarschijnlijk dat het aanspreken van deze psychosociale factoren in interventies het BMI van kinderen met overgewicht zouden kunnen veranderen (Inclendon, Gerner, Hay, Brennan, & Wake, 2013). Ander onderzoek dat laat zien dat sociale problemen niet altijd op zichzelf staan is dat van Goldschmidt en collega's (2010). Zij vonden dat het hebben van meer sociale problemen bij kinderen met overgewicht samenhangt met meer psychopathologie bij het kind en diens ouders. Op basis van de resultaten concluderen de onderzoekers dat kinderen met overgewicht én sociale problemen zouden kunnen profiteren van gezinsgerichte interventies die zijn uitgebreid met aandacht voor psychosociale gezondheid, bijvoorbeeld door het toevoegen van een sociale vaardigheidstraining (Goldschmidt et al., 2010).

3.1.2 Psychosociale factoren die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van overgewicht

Een recente Nederlandse studie vond een lange-termijn relatie tussen gedragsproblemen en een te hoog gewicht: het hebben van externaliserende of internaliserende gedragsproblemen in de vroege kindertijd was gerelateerd aan meer overgewicht op zesjarige leeftijd (Camfferman et al., 2016). Dit komt grotendeels overeen met resultaten van andere studies. Zo is gevonden dat externaliserende gedragsproblemen bij kinderen gerelateerd waren aan overgewicht en blijvend overgewicht in de adolescentie, en dat externaliserende problemen in de adolescentie gerelateerd zijn aan het ontwikkelen van obesitas in de jonge volwassenheid (Zeller & Modi, 2008). Maar niet alle studies laten dezelfde resultaten zien. Zo vond een Australische studie geen aanwijzingen dat mentale problemen leiden tot een hoger BMI bij kinderen (Jansen et al., 2013). Ook vond een studie die kinderen volgde van zes maanden tot ongeveer twaalf jaar geen relatie tussen internaliserende gedragsproblemen op jonge leeftijd en overgewicht op latere leeftijd (Bradley, Houts, Nader, O'Brien, Belsky, & Crosnoe, 2008). Uit ander onderzoek bleek echter dat depressieve symptomen tijdens de kindertijd of adolescentie een risicofactor waren voor het ontwikkelen van obesitas op volwassen leeftijd. Bovendien hadden adolescenten met meer depressieve symptomen een grotere kans om obese te blijven (Zeller & Modi, 2008). Deze resultaten maken het lastig te bepalen of bij jeugdigen met gedragsproblemen ook het eetgedrag en gewicht in de gaten moeten worden gehouden. Camfferman en collega's (2016) suggereren dat dit wel belangrijk is bij kinderen tussen de twee en zes jaar, vanwege eerder onderzoek dat deze periode aanwees als de beste periode om preventie in te zetten en zo overgewicht in de volwassenheid te voorkomen.



3.1.3 Psychosociale problemen die kunnen ontstaan door overgewicht

Resultaten van studies naar de lange-termijn relatie tussen overgewicht en obesitas en gedragsproblemen bij jonge kinderen zijn niet consistent. Een Britse studie vond dat jongens die op driejarige leeftijd obesitas hadden, op vijfjarige leeftijd meer externaliserende gedragsproblemen lieten zien (Griffiths et al., 2011). Een Nederlandse studie vond echter juist geen relatie tussen overgewicht in de vroege kindertijd en externaliserende en internaliserende gedragsproblemen op zesjarige leeftijd (Camfferman et al., 2016). Wellicht komt dit doordat de Britse studie kijkt naar obesitas en de Nederlandse studie naar overgewicht: het is mogelijk dat jonge kinderen met obesitas vaker slachtoffer zijn van pesterijen en andere negatieve interacties dan jonge kinderen met overgewicht, en dat dit zorgt voor het probleemgedrag. Er is echter wel vaker gevonden dat overgewicht pas op latere leeftijd leidt tot psychosociale problemen. Zo vond men in een onderzoek dat een groep kinderen volgde van de leeftijd van zes maanden tot 12 jaar de eerste jaren geen relatie tussen gedragsproblemen en BMI. Pas op zes- en achtjarige leeftijd was een hoger BMI gerelateerd aan een grotere kans op internaliserende gedragsproblemen op respectievelijk elf- en twaalfjarige leeftijd (Bradley et al., 2008). Ook een Australische studie die kinderen volgde van vier- tot elfjarige leeftijd vond pas op acht- en negenjarige leeftijd een relatie tussen overgewicht en sociale en mentale problemen. Deze relaties waren op tien- en elfjarige leeftijd nog sterker geworden. Hierbij bleek bovendien dat hoe langer kinderen overgewicht hadden, hoe meer problemen met leeftijdsgenoten werden gerapporteerd (Jansen et al., 2013). Het is mogelijk dat kinderen pas rond de leeftijd van acht á negen jaar echt last gaan krijgen van de stigmatisatie die gepaard gaat met het hebben van overgewicht (Bradley et al., 2008) en dat als interventies de sociale en mentale problemen van kinderen met overgewicht willen aanpakken, deze interventies moeten starten voordat de kinderen acht á negen jaar zijn (Jansen et al., 2013).

3.1.4 De psychosociale factoren en de effectiviteit van interventies gericht op overgewicht

Uit de informatie hierboven blijkt dat psychosociale problemen samenhangen met overgewicht. Het is daarnaast belangrijk om te weten of psychosociale problemen samenhangen met de effectiviteit van interventies tegen overgewicht. Het zou bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat jeugdigen met psychosociale problemen meer moeite hebben om de gedragsveranderingen uit interventies toe te passen (Wu & Steele, 2013). Hieronder bespreken we wat daarover bekend is uit de literatuur.

Gedragsproblemen

Internaliserende problemen lijken zowel samen te hangen met het verloop van een interventie, als met de uitkomst ervan. Zo is gevonden dat de kans dat jeugdigen met obesitas voortijdig stopten met een interventie groter was als ze meer depressieve symptomen hadden. Ook een lager zelfbeeld was gerelateerd aan een grotere kans op voortijdige beëindiging van de behandeling (Zeller et al., 2004). Ander onderzoek liet zien dat kinderen met meer psychosociale problemen, waaronder internaliserende gedragsproblemen, na interventie een minder grote vooruitgang rapporteerden in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Er was echter geen relatie tussen psychosociale problemen en gewichtsverlies (Wu & Steele, 2013). De auteurs suggereren daarom dat jeugdigen met meer psychosociale problemen zouden kunnen profiteren van interventiecomponenten die zich richten op het omgaan met sociale gevolgen van overgewicht (plagen, victimisatie door leeftijdsgenoten) (Wu & Steele, 2013).



Zelfvertrouwen

Interventies gericht op het verminderen van overgewicht hebben over het algemeen een positieve invloed op het zelfvertrouwen. Factoren die hierbij waarschijnlijk een bevorderende rol spelen zijn meer gewichtsverlies, het betrekken van ouders bij de interventie en groepsinterventie als format voor het opdoen van positieve interacties met leeftijdsgenoten en sociale steun tijdens de interventie (Lowry et al., 2007). Op basis van hun bevindingen doen Lowry en collega's (2007) vijf aanbevelingen voor interventies voor jeugdigen met overgewicht: 1) bouw aan een positieve gezinsomgeving die sociale steun biedt door het toevoegen van strategieën die positief opvoeden aanleren; 2) help ouders hun eigen negatieve cognities en de negatieve manier waarop ze over (hun eigen) overgewicht praten aan te pakken door middel van technieken uit de cognitieve gedragstherapie; 3) besteed specifiek aandacht aan zelfvertrouwen en lichaamsbeeld in interventies; 4) leg niet teveel nadruk op gewichtsverlies, maar richt je op het halen van doelen voor gezond eet- en beweeggedrag; 5) besteed aandacht aan het opdoen van positieve sociale ervaringen en het omgaan met stress en pesten op een manier die niets met eten te maken heeft. Omdat zelfbeeld en lichaamsbeleving vaak ook onbewust tot stand komen suggereren Van Mil en Struik (2015) dat deze aspecten ook op onbewust niveau moeten worden aangepakt.

Sociale problemen

Een Nederlandse studie naar de effectiviteit van de interventie de Dikke Vrienden Club vond dat het hebben van minder sociale problemen gerelateerd was aan een grotere afname in gewicht (De Niet, Timman, Rokx, Jongejan, Passchier, & Van den Akker, 2011). Mogelijke verklaringen zijn dat: 1) jeugdigen met minder vrienden vaker thuis en inactief zijn, waardoor het lastiger is om veel af te vallen; 2) kinderen met meer sociale problemen vaker worden gepest en daardoor meer emotioneel eten, wat dan leidt tot minder gewichtsverlies; en 3) groepsinterventies beter werken voor jeugdigen met minder sociale problemen. Deze bevinding ondersteunt het belang van sociale vaardigheidstrainingen (De Niet et al., 2011). De behoefte aan aandacht voor sociale vaardigheden bestaat waarschijnlijk vooral bij jeugdigen met sociale problemen. In een andere studie vonden dezelfde onderzoekers namelijk dat jeugdigen met minder sociale problemen vaker uitvielen in de laatste fase van de Dikke Vrienden Club. In deze laatste fase lag de aandacht bij onder andere de psychosociale aspecten van het hebben van overgewicht, zoals gepest worden door leeftijdsgenoten. De onderzoekers suggereren dat kinderen zonder sociale problemen het wellicht minder nodig vonden om tijdens deze fase naar de sessies te komen (De Niet, Timman, Jongejan, Passchier, & Van den Akker, 2011).

Het hebben van meer sociale problemen is ook gerelateerd aan minder behoud van gewichtsverlies na interventie (Goldschmidt et al., 2010; Zeller & Modi, 2008). Bij jongeren is gevonden dat het opnemen van sociale steun in de interventie kan helpen bij gewichtsverlies en het vasthouden daarvan (Zeller & Modi, 2008). Aandacht voor psychosociale factoren kan ook nuttig zijn als nazorg bij een interventie. Twee studies onderzochten het nut van twee soorten nazorginterventies die gegeven werden na een interventie tegen overgewicht die binnen het gezin werd uitgevoerd (Wilfley et al., 2007; Goldschmidt et al., 2014). Eén nazorginterventie richtte zich op het gedrag (zelfregulatie, terugvalpreventie door middel van aanleren van strategieën die kunnen worden gebruikt in situaties die een risico vormen voor terugval in gedrag), de ander op sociale aspecten (aanpassen van sociale omgeving en zelfbeeld om een stabiel gewicht te houden). Deelnemers aan één van de nazorginterventies lieten na twee jaar betere resultaten zien dan jeugdigen die geen nazorginterventie doorliepen (Wilfley et al., 2007). De op sociale aspecten gerichte nazorginterventie werkte vooral goed bij jeugdigen die voor aanvang van de initiële interventie al weinig sociale problemen hadden (Wilfley et al., 2007) en bij jeugdigen die



vooraf relatief veel symptomen van een eetstoornis lieten zien (Goldschmidt et al., 2014). Dit laat zien dat aandacht voor psychosociale aspecten ook na afloop van een interventie nuttig kan zijn, vooral bij deze twee specifieke doelgroepen.

3.1.5 *Ernstige psychosociale problemen*

Als er sprake is van ernstige psychosociale problematiek, zoals bijvoorbeeld ernstige angstklachten of een depressie, is het belangrijk dat deze klachten worden behandeld vóórdát men aan de slag gaat met een interventie tegen overgewicht (Van Mil & Struik, 2015).

3.2 Wat vindt de praktijk?

Ook hier geldt, net als bij de component opvoeding, dat alle professionals die werken binnen de kaders van een interventie aangeven dat daarbinnen ook aandacht is voor psychosociale factoren. Zelfvertrouwen wordt door de professionals het vaakst genoemd als psychosociale factor waarmee zij aan de slag gaan. Eén professional geeft aan dat kinderen vaak zeggen dat ze zich prima voelen, maar je dan toch vaak merkt dat dit niet zo is. Er rust vaak ook een taboe op om te vertellen dat je als kind zit met je overgewicht en je gevoelens daarover te uiten. Het is dan belangrijk om tegen die kinderen te vertellen dat het ok is om daarmee te zitten en je er zelfs rot over te voelen. Het toepassen van technieken uit de cognitieve gedragstherapie en het inzetten van (componenten uit) een sociale vaardigheidstraining worden genoemd als manieren om jeugdigen zich beter te laten voelen en het zelfvertrouwen te vergroten.

Professionals noemen twee aspecten van het zelfvertrouwen van kinderen en jongeren waar aan gewerkt zou moeten worden. Het eerste aspect heeft te maken met het gevoel van eigenwaarde. Door het kweken van meer zelfvertrouwen, bijvoorbeeld door het doen van oefeningen of contact met lotgenoten, krijgen jeugdigen het gevoel dat ze het waard zijn om hun best te doen voor een gezonde leefstijl. Dat maakt het makkelijker om het vol te houden. Het tweede aspect gaat over vertrouwen in eigeneffectiviteit: kinderen en jongeren moeten het vertrouwen krijgen dat zij iets kunnen gaan veranderen aan hun gewicht. Dit aspect sluit nauw aan bij andere psychosociale factoren die door meerdere professionals worden genoemd: zelfmanagement en zelfredzaamheid. Het is belangrijk dat kinderen en jongeren het uiteindelijk na afloop van het traject zelf kunnen en willen, en dat er niet alleen uitgelegd wordt wat ze volgens de professionals zouden moeten doen. Of, zoals één van de professionals het treffend verwoordde: "Het gebeurt niet hier in het centrum, maar thuis en bij vrienden. Daar moeten ze uiteindelijk sterk zijn en de juiste keuzes maken."

Weerbaarheid is een ander aspect dat vaak aan bod komt: veel programma's leren kinderen hoe zij het beste om kunnen gaan met pesten. Wat opvalt is dat pesten ook een aantal keer wordt genoemd als onderwerp dat aan bod komt tijdens de ouderbijeenkomsten van interventies. Dit sluit aan bij het standpunt van de meeste professionals dat het aanpakken van overgewicht bij kinderen en jongeren iets is dat op meerdere vlakken vorm moet krijgen. Dus niet alleen een opvoedcursus voor ouders, of alleen het kind naar een diëtist om te leren over een gezond voedingspatroon, maar een multidisciplinaire aanpak waarbij aandacht is voor beweging, voeding, slapen, opvoeding én psychosociale factoren. Daarbij komt bovendien terug dat de nadruk moet liggen op het aanleren van gezond gedrag, en niet op gewichtsverlies.



3.3 Interventies

Er bestaan ontzettend veel interventies gericht op psychosociale problemen. Zo zijn er interventies die angst of depressie tegengaan, interventies gericht op sociale vaardigheden, gedragsproblemen, anti-pest programma's en ga zo maar door (voor een overzicht zie: www.nji.nl/jeugdinterventies). In deze paragraaf noemen wij die interventies die gericht zijn op jeugdigen met overgewicht waarbij aandacht wordt besteed aan het psychosociale aspect van het overgewicht. Er is geen enkele interventie naar voren gekomen die alleen gericht is op het vergroten van sociale vaardigheden of verminderen van psychosociale problemen bij jeugdigen met overgewicht. Wanneer er al aandacht aan wordt besteed maakt dit onderdeel uit van een multidisciplinaire aanpak. De aandacht gaat dan uit naar het verbeteren van het zelfbeeld of het zelfvertrouwen van het kind en de invloed die pesten heeft op het kind. Veelal wordt er een psycholoog of orthopedagoog ingezet. In deze paragraaf worden deze interventies op een rij gezet. Op één interventie na zijn deze interventies echter al aan bod gekomen in hoofdstuk 2. Daarom wordt nu alleen de titel genoemd. Voor de uitgebreidere beschrijving verwijzen wij u graag naar paragraaf 2.3.

- Cool 2B Fit 8-13 jaar
- De Dikke Vrienden Club
- Gezonde Maatjes
- Haagse Maatjes
- KidsXtra
- LEFF
- OOGST
- Powerkids
- Realfit
- Skills4Life
- **Vette Pret Maatjesproject** is bedoeld voor kinderen van 8 tot 12 jaar met een ongezonde leefstijl. De interventie streeft ernaar het zelfvertrouwen van het kind te verbeteren door persoonlijke aandacht, steun en acceptatie. Het kind wordt gekoppeld aan een maatje tussen 17 en 25 jaar die het kind accepteert zoals het is en een luisterend oor biedt. Het koppel onderneemt een schooljaar lang wekelijks één middag leuke activiteiten, waarbij het kind ontdekt wat hij of zij kan en wat het leuk vindt. Beweging en plezier staan centraal. Het doel is om het kind in te laten zien dat bewegen leuk is.
- WIJS Wat Is Jouw Stijl

3.4 Conclusie

We kunnen uit de literatuur concluderen dat psychosociale problemen samenhangen met overgewicht. Hoewel er bij kinderen tot zes jaar relaties zijn gevonden tussen gedragsproblemen en overgewicht lijken de gedragsproblemen op deze leeftijd niet veroorzaakt te worden door het overgewicht. Wel kan het nuttig zijn om kinderen met gedragsproblemen extra goed te screenen op overgewicht en waar nodig een preventieprogramma in te zetten. Dit geldt ook voor sociale problematiek en zelfvertrouwen. Het is mogelijk dat kinderen pas rond de leeftijd van acht á negen jaar last gaan krijgen van de stigmatisatie die gepaard gaat met het hebben van overgewicht, het lijkt dan ook goed om dit voor te zijn en al voor die tijd te starten met een interventie. Interventies die zich richten op de jonge doelgroep zijn bijvoorbeeld KidsExtra en Powerkids.



Vanaf zes jaar blijkt er bij kinderen met overgewicht vaker sprake van internaliserende problematiek, sociale problemen met leeftijdsgenoten en een negatief zelfbeeld. Het lijkt waarschijnlijk dat deze aspecten gerelateerd zijn aan negatieve reacties van de omgeving op het overgewicht. De factoren die bijdragen aan de positieve invloed van interventies gericht op het verminderen van overgewicht op het zelfvertrouwen zijn namelijk vooral het betrekken van ouders bij de interventie en het betrekken van leeftijdsgenoten (groepsinterventies) voor het opdoen van positieve interacties met leeftijdsgenoten en het ervaren van sociale steun. Vanwege de positieve effecten die gevonden zijn voor sociale steun vanuit ouders, kan ook vanuit psychosociale invalshoek gepleit worden voor het besteden van aandacht aan een positieve opvoedingsomgeving. Gezien de positieve effecten van het ervaren van sociale steun en het hebben van vrienden op (het in stand houden van) gewichtsverlies zou het goed zijn om in interventies ook aandacht te hebben voor het omgaan met negatieve reacties van leeftijdsgenoten en het vergroten van de sociale vaardigheden. Goede voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld OOGST, waarbij ook de gezinsdynamiek wordt meegenomen in de aanpak of Cool 2B Fit 8-13 jaar waarbij ouders leren het kind positief te coachen. De Dikke Vrienden Club, Realfit, Skills4Life en WIJS zijn goede voorbeelden van interventies die in groepsverband worden gegeven en waarbij de nadruk ook ligt op sociale vaardigheden en hoe om te gaan met pesten. Interventies die aandacht hebben voor het zelfvertrouwen van het kind zijn bijvoorbeeld LEFF en Haagse Maatjes.

Professionals noemen vaak zelfvertrouwen als psychosociale factor waar zij aan werken. Zowel het gevoel van het waard zijn om gezond te leven, als vertrouwen dat de gezonde levensstijl volgehouden kunnen worden, worden genoemd als aspecten waaraan gewerkt zou moeten worden. Het omgaan met pesten wordt ook veel genoemd. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan door het inzetten van (componenten uit) een sociale vaardigheidstraining of cognitieve gedragstherapie. In de alinea hierboven stipten we al aan welke interventies inzetten op het zelfvertrouwen, sociale vaardigheden en het omgaan met pesten. Tot slot geven professionals aan dat het belangrijk is om het probleem vanuit een multidisciplinaire aanpak te benaderen, waarbij aandacht is voor beweging, voeding, slapen, opvoeding én psychosociale factoren. Dit is bijvoorbeeld het geval bij LEFF.

Tot slot is het belangrijk om bij ernstige psychosociale problemen deze éérst te behandelen en pas daarna aan de slag te gaan met het overgewicht.



Bronnen

Bastiaans, A. J. C., Baerveldt, C., & Jansen, J. (2012). Opvoedingsondersteuning bij de preventie en aanpak van overgewicht: de rol van opvoedstijlen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, *90*(3), 160-166.

Blissett, J. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite*, *57*(3), 826-831.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.318>

Bradley, R. H., Houts, R., Nader, P. R., O'Brien, M., Belsky, J., & Crosnoe, R. (2008). The relationship between body mass index and behavior in children. *The Journal of pediatrics*, *153*(5), 629-634.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.05.026>

Camfferman, R., Jansen, P. W., Rippe, R. C. A., Mesman, J., Derks, I. P. M., Tiemeier, H., Jaddoe, V., & van der Veek, S. M. C. (2016). The association between overweight and internalizing and externalizing behavior in early childhood. *Social Science & Medicine*, *168*, 35-42.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.001>

de Melo Boff, R., Liboni, R. P. A., de Azevedo Batista, I. P., de Souza, L. H., & da Silva Oliveira, M. (2017). Weight loss interventions for overweight and obese adolescents: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(2), 211-229.
<https://doi.org/10.1007/s40519-016-0309-1>

Forns, M., Abad, J., & Kirchner, T. (2011). Internalizing and externalizing problems. In *Encyclopedia of adolescence* (pp. 1464-1469). Springer New York.

Frankel, F. R. E. D., Sinton, M. M., & Wilfley, D. E. (2007). Social skills training and the treatment of pediatric overweight. In O'Donohue, Moore, & Scott (eds). *Handbook of pediatric and adolescent obesity treatment* (105-117). New York, NY: Routledge.

Fransen, G. A. J., Koster, M., & Molleman, G. R. M. (2012). Towards an integrated community approach of overweight prevention: The experiences of practitioners and policymakers. *Family Practice*, *29*(1), I104-I109. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr123>

Gerards, S. M. P. L., Sleddens, E. F. C., Dagnelie, P. C., Vries, N. K. de, & Kremers, S. P. J. (2011). Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, *6*(2-2), e28-e45. <https://doi.org/10.3109/17477166.2011.575147>

Goldschmidt, A. B., Best, J. R., Stein, R. I., Saelens, B. E., Epstein, L. H., & Wilfley, D. E. (2014). Predictors of child weight loss and maintenance among family-based treatment completers. *Journal of consulting and clinical psychology*, *82*(6), 1140. <https://doi.org/10.1037/a0037169>

Goldschmidt, A. B., Sinton, M. M., Aspen, V. P., Tibbs, T. L., Stein, R. I., Saelens, B. E., Frankel, F., Epstein, L. H., & Wilfley, D. E. (2010). Psychosocial and familial impairment among overweight youth with social problems. *Pediatric Obesity*, *5*(5), 428-435.
<https://doi.org/10.3109/17477160903540727>



Griffiths, L. J., Dezateux, C., & Hill, A. (2011). Is obesity associated with emotional and behavioural problems in children? Findings from the Millennium Cohort Study. *Pediatric Obesity*, 6(2Part2). <https://doi.org/10.3109/17477166.2010.526221>

Hoog, M. L. de, Stronks, K., Eijdsen, M. van, Gemke, R. J., & Vrijkotte, T. G. (2012). Ethnic differences in maternal underestimation of offspring's weight: the ABCD study. *International journal of obesity*, 36(1), 53. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.199>

Inclendon, E., Gerner, B., Hay, M., Brennan, L., & Wake, M. (2013). Psychosocial predictors of 4-year BMI change in overweight and obese children in primary care. *Obesity*, 21(3), E262-E270. <https://doi.org/10.1002/oby.200500>

Janicke, D. M., Steele, R. G., Gayes, L. A., Lim, C. S., Clifford, L. M., Schneider, E. M., Carmody, J. K., & Westen, S. (2014). Systematic review and meta-analysis of comprehensive behavioral family lifestyle interventions addressing pediatric obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 809-825. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu023>

Jansen, P. W., Mensah, F. K., Clifford, S. A., Tiemeier, H., Nicholson, J. M., & Wake, M. (2013). Development of mental health problems and overweight between ages 4 and 11 years: a population-based longitudinal study of Australian children. *Academic pediatrics*, 13(2), 159-167. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.12.001>

Kist-van Holthe, J. E., Beltman, M., Bulk-Bunschoten, A. M. W., et al. (2012). *JGZ-Richtlijn: Overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg.

Kitzmann, K. M., Dalton III, W. T., Stanley, C. M., Beech, B. M., Reeves, T. P., Buscemi, J., Egli, C. J., Gamble, H. L. & Midgett, E. L. (2010). Lifestyle interventions for youth who are overweight: a meta-analytic review. *Health Psychology*, 29(1), 91-101. <https://doi.org/10.1037/a0017437>

Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D. K., George, S. M. S., Lawman, H., Segal, M., & Fairchild, A. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical child and family psychology review*, 13(3), 231-253. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0073-0>

Kruk, J. J., Kortekaas, F., Lucas, C., & Jager-Wittenaar, H. (2013). Obesity: A systematic review on parental involvement in long-term European childhood weight control interventions with a nutritional focus. *obesity reviews*, 14(9), 745-760. <https://doi.org/10.1111/obr.12046>

Lippevelde, W. van, Verloigne, M., Bourdaudhuij, I. de, Brug, J., Bjelland, M., Lien, N., & Maes, L. (2012). Does parental involvement make a difference in school-based nutrition and physical activity interventions? A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Public Health*, 57(4), 673-678. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0335-3>

Lowry, K. W., Sallinen, B. J., & Janicke, D. M. (2007). The effects of weight management programs on self-esteem in pediatric overweight populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1179-1195. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm048>



Meiklejohn, S., Ryan, L., & Palermo, C. (2016). A systematic review of the impact of multi-strategy nutrition education programs on health and nutrition of adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(9), 631-646. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.07.015>

Melis Yavuz, H., Ijzendoorn, M. H. van, Mesman, J., & Veek, S. van der (2015). Interventions aimed at reducing obesity in early childhood: A meta-analysis of programs that involve parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 677-692. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12330>

Mil, E. van, & Struik, A. (2015). *Overgewicht en obesitas bij kinderen. Verder kijken dan de kilo's*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Niet, J. de, Timman, R., Jongejan, M., Passchier, J., & van den Akker, E. (2011). Predictors of participant dropout at various stages of a pediatric lifestyle program. *Pediatrics*, 127(1), e164-e170. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0272>

Niet, J. de, Timman, R., Rokx, C., Jongejan, M., Passchier, J., & van den Akker, E. (2011). Somatic complaints and social competence predict success in childhood overweight treatment. *Pediatric Obesity*, 6(2Part2). <https://doi.org/10.3109/17477166.2011.575145>

Nji (2017). Wat is werkzaam? <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Effectieve-jeugdhulp/Effectieve-professionals/Wat-is-werkzaam-geraadpleegd-op-15-03-2018>.

Panzer, B. M., & Dhuper, S. (2014). Designing a group therapy program for coping with childhood weight bias. *Social work*, 59(2), 141-147. <https://doi.org/10.1093/sw/swu003>

Pinquart, M. (2014). Associations of general parenting and parent-child relationship with pediatric obesity: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(4), 381-393. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst144>

Safron, M., Cislak, A., Gaspar, T., & Luszczynska, A. (2011). Effects of school-based interventions targeting obesity-related behaviors and body weight change: A systematic umbrella review. *Behavioral Medicine*, 37(1), 15-25. <https://doi.org/10.1080/08964289.2010.543194>

Schönbeck, Y., Talma, H., van, D. P., Bakker, B., Buitendijk, S. E., Hirasig, R. A., & Buuren, S. van (2011). Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: A comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *PLoS One* 6, e27608.

Seo, D.-C., & Sa, J. (2010). A meta-analysis of obesity interventions among U.S. minority children. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 309-323. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.202>

Sinton, M. M., Goldschmidt, A. B., Aspen, V., Theim, K. R., Stein, R. I., Saelens, B. E., Epstein, L. H., & Wilfley, D. E. (2012). Psychosocial correlates of shape and weight concerns in overweight pre-adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 41(1), 67-75.

Sleddens, E. F., Gerards, S. M., Thijs, C., Vries, N. K., & Kremers, S. P. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. *Pediatric Obesity*, 6(2-2). <https://doi.org/10.3109/17477166.2011.566339>

Sobol-Goldberg, S., Rabinowitz, J., & Gross, R. (2013). School-based obesity prevention programs: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity*, 21(12), 2422-2428.



Thomason, D. L., Lukkahatai, N., Kawi, J., Connelly, K., & Inouye, J. (2016). A systematic review of adolescent self-management and weight loss. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(6), 569-582. <https://doi.org/10.1002/oby.20515>

Thomason, D. L., Lukkahatai, N., Kawi, J., Connelly, K., & Inouye, J. (2016). A systematic review of adolescent Self-Management and Weight loss. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(6), 569-582. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.11.016>

Verslag congres huisartsen (2006). Alweer een taak voor de huisarts? Overgewicht bij kinderen: Congresbezoek/prpeentie. *Huisarts en Wetenschap*, 49, 239-242. <https://doi.org/10.1007/BF03084688>

Vollmer, R. L., & Mobley, A. R. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*, 71, 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.015>

Wilfley, D. E., Stein, R. I., Saelens, B. E., Mockus, D. S., Matt, G. E., Hayden-Wade, H. A., Welch, R. R., Schechtman, K. B., Thompson, P. A., & Epstein, L. H. (2007). Efficacy of maintenance treatment approaches for childhood overweight: a randomized controlled trial. *Jama*, 298(14), 1661-1673. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1661>

Wu, Y. P., & Steele, R. G. (2013). Predicting health-related quality of life from the psychosocial profiles of youth seeking treatment for obesity. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(8), 575-582. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182a509a6>

Yilmaz, N. G., Renders, C. M., Nicolaou, M., & Vrijkotte, T. (2016). De invloed van de voedingspraktijken van ouders op de BMI van het kind: resultaten van een multicultureel cohort. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 48(6), 120-125. <https://doi.org/10.1007/s12452-016-0084-4>

Zeller, M., Kirk, S., Claytor, R., Khoury, P., Grieme, J., Santangelo, M., & Daniels, S. (2004). Predictors of attrition from a pediatric weight management program. *The Journal of pediatrics*, 144(4), 466-470. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2003.12.031>

Zeller, M. H., & Modi, A. C. (2008) Psychosocial factors related to obesity in children and adolescents. In Jelalian & Steele (eds.). *Handbook of childhood and adolescent obesity* (p. 25-42). Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-76924-0>



Bijlagen

Bijlage 1 Gebruikte zoektermen

Opvoeding:

1. Opvoedingsondersteuning
(Parent* OR Father* OR Mother* OR Family* OR Parenting skill* OR Parent-child relation* OR Father-child relation* OR Mother-child relation* OR Parenting strateg* OR Parent* competenc* OR Parent-child interaction* OR Father-child interaction* OR Mother-child interaction* OR Family interaction* OR Parenting).ti,ab,id
2. Interventie
(Treatment* OR Intervention* OR Family intervention OR Social services OR Health services OR Training* OR Program* OR Support).ti,ab,id
3. Overgewicht
(Overweight OR Obes* OR Weight-loss).ti,ab,id
4. Doelgroep
(Children OR Youth OR Adolescen* OR Pediatr* OR Childhood).ti,ab,id,ag
5. Studie
(Meta-analysis OR Literature review OR Systematic review OR Review).ti,ab,id,md

Nederlandse termen: Ouders; Opvoeding; Kinderen; Jeugd; Overgewicht; Obesitas; Behandeling; Interventie; Effect*; Review; Meta-analyse.

Psychosociaal:

1. Psychosociaal
(Psychosocial OR Psychosocial development OR Psychosocial factors OR Behavior problems OR Emotional development OR Social skills OR Social-emotional OR Self-esteem OR Self-confidence).ti,ab,id
2. Interventie
(Treatment* OR Intervention* OR Health Care Services OR Mental Health Services OR Child Support).ti,ab,id
3. Overgewicht
(Overweight).ti,ab,id
4. Doelgroep
(Children OR Youth).ti,ab,id,ag
5. Effect
(Treatment outcome OR Eff* OR Evaluation OR Mental health program evaluation OR Best practices OR Evidence based practice).ti,ab,id,md
6. Studie
(Meta-analysis OR Literature review OR Systematic review OR Review).ti,ab,id,md

Nederlandse termen: Psychosociaal; Zelfbeeld; Zelfvertrouwen; Zelfbewust; Sociaal-emotionele ontwikkeling; Kinderen; Jeugd; Overgewicht; Ondersteuning; Behandeling; Interventie; Effect*; Review; Meta-analyse.



Bijlage 2 Achtergrond van professionals

Acht professionals deelden hun ervaringen met opvoeding en psychosociale factoren in interventies voor jeugdigen met overgewicht. Zes daarvan waren afkomstig uit één van de G4 gemeenten, twee kwamen van daarbuiten. Professionals hadden een diverse achtergrond:

- 1 Preventiewerker
- 1 Schoolmaatschappelijk werker
- 1 Gymdocent
- 1 Diëtiste (deels op een school, deels eigen praktijk)
- 1 Interventieontwikkelaar/onderzoeker
- 1 Interventieaanbieder
- 1 JGZ verpleegkundige
- 1 Projectleider ketenaanpak overgewicht



Bijlage 3 Interventie-overzicht

#	Titel interventie	Classificatie ³	Doelgroep	Preventie /curatie ⁴	Opvoeding	Psychosociaal
1	Alle Leerlingen Actief!	2	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
2	B-Fit	3	Kinderen, ouders, school	Preventie	Ja	-
3	B.Slim beweeg meer.eet gezond	2	Kinderen, de wijk	Preventie	-	-
4	Be a star	1	Kinderen, scholen	Preventie	-	Ja
5	Beweeg Wijs	2	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
6	BIOS (Bewegen In Onderwijs en Sport)	1	Kinderen, school	Preventie	-	-
7	Club Fit 4 Utrecht	2	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	-
8	Club2Move	2	Kinderen	Preventie	-	-
9	Cool 2B Fit 8-13 jaar	2	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
10	De Dikke Vrienden Club	-	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
11	De Gezonde Schoolkantine	2	Kinderen, school	Preventie	-	-
12	Door Dik en Dun!	-	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	-
13	Dutch Obesity Intervention in Teenagers (DOIT)	2	Kinderen, school	Preventie	-	-
14	Een Gezonde Start	1	Pedagogisch medewerkers	Preventie	-	-
15	Eetplezier en Beweegkriebels Ouderworkshop	2	Ouders	Preventie	Ja	-
16	EU-Schoolfruit- en groenteprogramma	2	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
17	Fit in 90 dagen	1	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
18	FitGaaf!	1	Kinderen, ouders	Preventie	Ja	-
19	Gewichtige Gezinnen Jongeren	1	Kinderen, ouders	Preventie	Ja	-
20	Gezonde Maatjes	-	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
21	GO (Gezond gewicht Overvecht)	3	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	-
22	Haagse Maatjes	-	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
23	IRun2BFit	2	Kinderen	Preventie	-	-
24	JUMP-in	2	Kinderen, ouders, scholen	Preventie	Ja	-

³Alleen de interventies die zijn opgenomen in de interventiedatabase Gezond Leven of de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn geclassificeerd.

1 = Opgenomen als 'goed beschreven'

2 = Erkend als 'goed onderbouwd'

3 = Erkend als 'effectief'

⁴ Met curatie bedoelen we hier dat er al sprake is van overgewicht bij het kind. Preventie is gericht op alle kinderen, ongeacht of er sprake is van (risico op) overgewicht.



25	KERNgezond	1	Kinderen, ouders, school	Preventie	Ja	Ja
26	Kids4Fit	-	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	-
27	Kids Aktief	-	Kinderen	Preventie	-	-
28	Kids in action	1	Kinderen, ouders	Preventie	Ja	-
29	KidsXtra	1	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
30	Kijk! Mijn leven	1	Kinderen, scholen	Preventie	-	Ja
31	Krachtvoer	3	Kinderen	Preventie	-	-
32	Leefstijl	2	Kinderen, ouders	Preventie	Ja	Ja
33	LEFF	1	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
34	Lekker Fit! Basisonderwijs	3	Kinderen, ouders, scholen	Preventie	Ja	-
35	Lekker Fit! Kinderdagverblijf	2	Kinderen, ouders, pedagogisch medewerkers	Preventie	Ja	-
36	Lekker Fit! Kleuters	2	Kinderen, ouders, scholen	Preventie	Ja	-
37	Lekker Fit! Lespakket	2	Kinderen, ouders, scholen	Preventie	Ja	-
38	Lekker puh	-	Kinderen, ouders	Curatie	-	-
39	Maki	1	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
40	Natuursprong	1	Kinderen	Preventie	-	-
41	Nijntje Beweegdiploma	2	Kinderen, ouders	Preventie	Ja	-
42	O-KID-DO	-	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	-
43	Onwijs Fit!	1	Kinderen, ouders	Preventie	Ja	-
44	OOGST	-	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
45	Opvoedparty	-	Ouders	Preventie	Ja	-
46	Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht	2	Kinderen, professionals	Preventie	Ja	-
47	Overheerlijk Overblijven	1	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
48	PLAYgrounds	3	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
49	Powerkids	-	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
50	Praten over gewicht - informatiemap voor JGZ-professionals	1	Professionals	Curatie	Ja	-
51	Realfit	3	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
52	sCOOLsport	2	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
53	Scoren voor Gezondheid	2	Kinderen	Preventie	-	-
54	Simpel Fit!	1	Ouders	Curatie	Ja	-
55	Skills4Life	1	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	Ja
56	Smaaklessen	2	Kinderen	Preventie	-	-
57	Smakelijke eters	2	Ouders	Preventie	Ja	-
58	Special Heroes	2	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
59	Sportkanjerclub	1	Kinderen	Preventie	-	Ja
60	SportMix	1	Kinderen, ouders	Preventie	Ja	-
61	SportMPower	1	Kinderen	Preventie	-	Ja
62	SportSpot	1	Kinderen	Preventie	-	-
63	Sportsterren	1	Kinderen	Preventie	-	-
64	Teenpower	1	Kinderen	Curatie	-	-



65	Triple P Lifestyle	-	Ouders	Curatie	Ja	-
66	Vette Pret Maatjesproject	-	Kinderen	Curatie	-	Ja
67	VitaalImbo.nl	1	Kinderen, scholen	Preventie	-	-
68	Voor je het weet zijn ze groOt	2	Ouders	Preventie	Ja	-
69	Weet en Beweeg	3	Kinderen, ouders	Curatie	Ja	-
70	WIJS (Wat Is Jouw Stijl)	2	Kinderen	Curatie	Ja	Ja
71	Zit met Pit	1	Kinderen	Preventie	-	-
72	Zoneparc	1	Kinderen, scholen	Preventie	-	-

