

Bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van de interventie *Beweegkriebels & Eetplezier* in de kinderopvang voor nul- tot vierjarigen in Zwolle

Een determinantenanalyse naar een gezonde leefstijl op kinderdagverblijven



Universiteit Utrecht



IJsselland

Lisette Jansma

3810054

Juni 2012

Masterthesis Maatschappelijke opvoedingsvraagstukken 2011-2012

Departement Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen

Universiteit Utrecht: Faculteit Sociale Wetenschappen

Thesisdocent: Dr. Paul Baar

Begeleider GGD IJsselland: Ir. Marja de Jong

ABSTRACT

The aim of this study was to find out which stimulating and obstructing factors influence the parents and childcare workers at implementation of the intervention ‘Beweegkriebels & Eetplezier’ in crèches for 0-4 year olds at Zwolle. In order to reach this aim, a qualitative determinants analysis was completed. Data were obtained from parents through questionnaires and from childcare workers through individual in-depth interviews. For childcare workers, the most important obstructing factor for movement is lack of time and the obstructing factor for healthy food was the situation of the children at home. The most important stimulating factors are enough space to move, and a solid daily routine with a solid food offer. The most frequent answer that stimulates parents to participate with the intervention ‘Beweegkriebels & Eetplezier’ was the attention to both nutrition and exercise. The most important obstructing factor was having enough knowledge and skills to stimulate a healthy lifestyle.

Keywords: overweight, physical activity, nutrition, crèches, ASE Model

INLEIDING

Overgewicht is op dit moment één van de belangrijkste gezondheidsproblemen. Wereldwijd staan overgewicht en obesitas op plek vijf van belangrijkste risico's voor sterfgevallen. 2,8 miljoen volwassenen overlijden jaarlijks als gevolg van overgewicht of obesitas. De WHO schat dat er in 2008 wereldwijd ongeveer 43 miljoen kinderen jonger dan 5 jaar last hadden van overgewicht. Bijna 35 miljoen kinderen met overgewicht wonen in ontwikkelingslanden, de rest woont in ontwikkelde landen (World Health Organization, 2011). Het aantal kinderen met overgewicht en obesitas in Nederland is de afgelopen jaren gestegen en de leeftijd van de kinderen met overgewicht wordt steeds lager. Eén op de zeven baby's en peuters is al te zwaar in Nederland (Kenniscentrum overgewicht, 2009). Uit onderzoek van Boere-Boonekamp en L'Hoir (2008) blijkt daarnaast dat in gezinnen met kinderen van 0 tot 4 jaar vaak gedrag aangeleerd wordt dat ook op latere leeftijd kan zorgen voor overgewicht.

Overgewicht en obesitas worden gedefinieerd als “een abnormale of buitensporige opeenhoping van vet dat de gezondheid kan beïnvloeden” (World Health Organization, 2011). Wanneer de energie-inname door voedsel hoger is dan de energieverbranding, ontstaat overgewicht (Enkelaar, 2009). Meestal komt dit door een langdurige dagelijkse (kleine) verstoring in de energiebalans wat op lange termijn grote gevolgen heeft voor het gewicht (Bulk-Bunschoten, Renders, Van Leerdam, & Hirasing, 2005). Obesitas is een ernstige vorm van overgewicht. De diagnose obesitas is sinds 1996 door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als chronische ziekte. Bij kinderen wordt obesitas als onderdeel van overgewicht apart benoemd vanwege het verhoogde risico op complicaties en gezondheidsproblemen (Renders, Bulk-Bunschoten & Mil, 2010).

Overgewicht of obesitas bij kinderen heeft gevolgen voor het individu op korte- en lange termijn. Het kan zorgen voor onder andere hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, diabetes, knieklachten, slaapproblemen en psychosociale problemen zoals pesten. Daarnaast zijn overgewicht en obesitas op jonge leeftijd belangrijke determinanten voor overgewicht, obesitas en chronische ziekten op latere leeftijd en het voorspelt een verhoogde morbiditeits- en mortaliteitskans op volwassen leeftijd (Boere-Boonekamp, L'Hoir, Beltman, Bruil, Dijkstra & Engelberts, 2008; Bulk-Bunschoten et al., 2005; Guo & Chumlea, 1999). Om die reden is het belangrijk om overgewicht te voorkomen en op jonge leeftijd te signaleren en behandelen (Bulk-Bunschoten et al., 2005; Kenniscentrum overgewicht, 2009).

De levenswijze, en daarbij het eet- en beweeggedrag, van mensen is veranderd door ontwikkelingen als verstedelijking, globalisering, verandering in transport en productie van

voedsel. Daarbij wordt het traditionele eten vaker vervangen door voorgeproduceerde fastfood. Dit zorgt voor een hogere inname van calorieën terwijl er een afname is van de calorieverbranding door fysieke activiteiten (World Heart Federation, 2011). Dit veranderende eetgedrag is ook van invloed op kinderen. Door de verstedelijking is er een afname in fysieke activiteit bij kinderen, zoals bijvoorbeeld het wandelen of fietsen naar school. Daarnaast zijn er meer passieve en zittende vrijetijdsactiviteiten door de opkomst van de (spel)computer en televisie waardoor kinderen minder bewegen (Bulk-Bunschoten et al., 2005; De Vries, Bakker, Overbeek, Boer & Hopman-Rock, 2005; Krebs & Jacobsen, 2003).

In de Jeugdgezondheidszorg en in de algemene huisartsen- of kinderartsenpraktijk wordt gebruik gemaakt van antropometrische methoden om overgewicht en obesitas te meten. Deze methoden bestaan uit lengte-, gewicht-, huidplooi- en omtrekmetering. De meest gebruikte maat om overgewicht en obesitas te meten is door gebruik te maken van de Body Mass Index (BMI). Deze methode is kindvriendelijk en makkelijk bruikbaar (Bulk-Bunschoten, Renders, Van Leerdam, & Hirasings, 2004). Deze methode is toepasbaar bij kinderen vanaf twee jaar en wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door het kwadraat van de lichaamslengte in meters. Omdat kinderen nog zullen groeien wordt er gebruik gemaakt van de internationaal vastgestelde BMI-waarden voor kinderen naar geslacht en leeftijd en worden niet de vaste waarden voor overgewicht en obesitas gebruikt zoals die gelden voor volwassenen (Renders et al., 2010; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011). Bij het signaleren van overgewicht moet ook met een 'klinische blik' gekeken worden. Bij het berekenen van BMI wordt geen onderscheid gemaakt tussen spieren en vet. Daardoor kan een kind met veel spiermassa een hoog BMI hebben zonder dat er sprake is van overgewicht. Kinderen met een andere etniciteit kunnen tevens onjuist gecategoriseerd worden. Vooral kinderen van Midden- en Zuid-Amerikaanse afkomst, mediterrane kinderen en kinderen uit Centraal Afrika kunnen sneller als dik gecategoriseerd worden. Als laatste moet ook gekeken worden naar de verdeling van vet over het lichaam. Vooral vet rond de buik geeft een grotere kans op schade aan de gezondheid op latere leeftijd (Bulk Bunschoten et al., 2004; Renders et al., 2010). Voor het signaleren van overgewicht bij kinderen onder de twee jaar is nog geen betrouwbare methode. Wel heeft het BMI van de ouders(s) een voorspellende waarde voor overgewicht op latere leeftijd bij het kind (Bulk-Bunschoten et al., 2004).

Een aantal groepen kinderen hebben een hoger risico op overgewicht dan andere kinderen. Het gaan hierbij om kinderen in gezinnen met een lage sociaal-economische status (SES), kinderen waarvan één of beide ouders overgewicht heeft of hebben en allochtone bevolkingsgroepen (Boere-Boonekamp et al., 2008; Busch & Schrijvers, 2010). Bij de leeftijd

van drie jaar is obesitas bij één of beide ouders een sterkere voorspeller van overgewicht op volwassen leeftijd dan het gewicht van het kind op dat moment (Krebs et al., 2003). Uit het onderzoek van Boere-Boonekamp et al. (2008) blijkt dat vooral moeders met een niet-westerse achtergrond een andere perceptie hebben van voeding, groei en gezondheid. Zij geven kinderen vaak te veel voeding op jonge leeftijd.

Naast bovenstaande risicofactoren, wordt tv-kijken ook als voorspeller voor overgewicht gezien. Het gaat hierbij om de duur van het tv-kijken, maar ook om de conditionering. Tv kijken wordt vaak gebruikt als beloning bij goed gedrag en de consumptie van ongezonde voeding tijdens het tv-kijken is groot. Daarnaast vermindert het de tijd die gebruikt kan worden voor fysieke activiteit. Uit onderzoek blijkt dat kinderen van 14 maanden gemiddeld een half uur per dag tv kijken, bijna een kwart kijkt tenminste een uur (Boere-Boonekamp et al, 2008).

Het stimuleren van een gezonde leefstijl en daarmee het voorkomen van overgewicht, waar dit onderzoek op gericht is, valt onder de primaire universele preventie. In Nederland zijn nog geen bewezen effectieve programma's gericht op de preventie van overgewicht bij nul- tot vierjarigen. Twee programma's gericht op dit onderwerp zijn door het Nederlands Jeugd Instituut (Nji) erkend als theoretisch goed onderbouwd. Dit betekent dat de interventie 'op zijn minst goed beschreven is en als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt'. Deze twee programma's zijn *B-Fit* en het *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht* (Nji, 2012). *B-Fit* is een programma, ontwikkeld door de Gelderse Sportfederatie (GSF), gericht op een gezonde leefstijl bestaande uit gezonde voeding en bewegen om zo overgewicht te voorkomen. Het programma duurt 3 jaar en is gericht op jeugdigen van 2 tot 15 jaar. *B-Fit* kan uitgevoerd worden op peuterspeelzalen en kinderopvanginstellingen, (speciaal) basisonderwijs en voortgezet onderwijs. Het programma van *B-Fit* bestaat uit verschillende workshops en interventies.

Het *overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht* is een methode voor individuele primaire en secundaire preventie van obesitas bij kinderen tussen 0 en 19 jaar. Het programma is gericht op 5 elementen: bevorderen van borstvoeding, minder gebruik zoete dranken, meer buiten spelen en bewegen, minder voor de televisie of computer zitten en regelmatig en goed ontbijten. Het overbruggingsplan komt in beeld nadat er overgewicht bij een kind is gesignaleerd (Bulk-Bunschoten et al., 2005).

Regio IJsselland

Ook in de regio IJsselland speelt het probleem van overgewicht bij kinderen. In Zwolle is dit probleem het grootst in de wijken Holtenbroek en Diezerpoort. (GGD IJsselland, 2010). Om de gezondheid van de inwoners van Zwolle verder te bevorderen en te verbeteren, is er in 2010 gestart met 'Zwolle gezonde Stad', waarbij de gemeente Zwolle, GGD IJsselland, Icare en Hogeschool Windesheim samenwerken (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010). Zwolle gezonde Stad is gebaseerd op de JOGG aanpak; Jongeren op Gezond Gewicht, waarbij jongeren tussen 0-19 jaar, hun ouders en hun omgeving centraal staan (www.jongerenopgezondgewicht.nl). Er wordt samengewerkt op drie sporen: gezonde leefstijl, gezonde omgeving en gezonde zorg in 3 settings, namelijk gezin, school en omgeving (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010).

Tussen 2009 en 2011 is een pilot van de interventie Beweegkriebels & Eetplezier als onderdeel van Zwolle Gezonde Stad bij peuterspeelzalen in de wijken Holtenbroek en Diezerpoort gehouden. Beweegkriebels is ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en is bedoeld voor professionals die werken met kinderen tussen de nul en vier jaar. Ze worden getraind in het ontwikkelen en uitvoeren van een beweegaanbod dat is afgestemd op de leeftijd. In de training is aandacht voor het plezier in bewegen, organisatievormen, manier waarop je activiteiten uitlegt, materiaalkeuze en de motorische ontwikkeling van een kind (NISB, 2008; NISB, 2011). De workshop Eetplezier is hieraan toegevoegd. In deze workshop is aandacht voor de strijd aan tafel, de voorbeeldfunctie van ouders en het belonen zonder snoep en frisdrank (Voedingscentrum, 2012). De combinatie-workshop Beweegkriebels & Eetplezier is zowel aan ouders als aan professionals gegeven om ze bewust te maken van een gezonde leefstijl (Programmagroep Zwolle gezonde stad, 2012).

De aanleiding van dit onderzoek is de interventie Beweegkriebels & Eetplezier, aangepast aan de situatie in Zwolle en behorende bij Zwolle Gezonde Stad. Deze interventie bestond uit een workshop voor intermediairs en een training voor professionals uit de kinderopvang. Met intermediairs worden professionals bedoeld die veel met de ouders en kinderen te maken hebben. In het geval van de pilot gaat het om ouderconsulenten van de peuterspeelzalen, de JGZ-functionarissen van Icare die op het consultatiebureau werken en combinatiefunctionarissen van SportService Zwolle. Het einddoel van deze pilot was het stimuleren van een gezonde, actieve leefstijl bij nul- tot vierjarigen in de wijken Diezerpoort en Holtenbroek. Daarnaast was het doel dat de aanpak ingebed wordt in de standaard

werkwijze van de partnerorganisaties en uitgebreid wordt naar andere wijken in de gemeente Zwolle (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010).

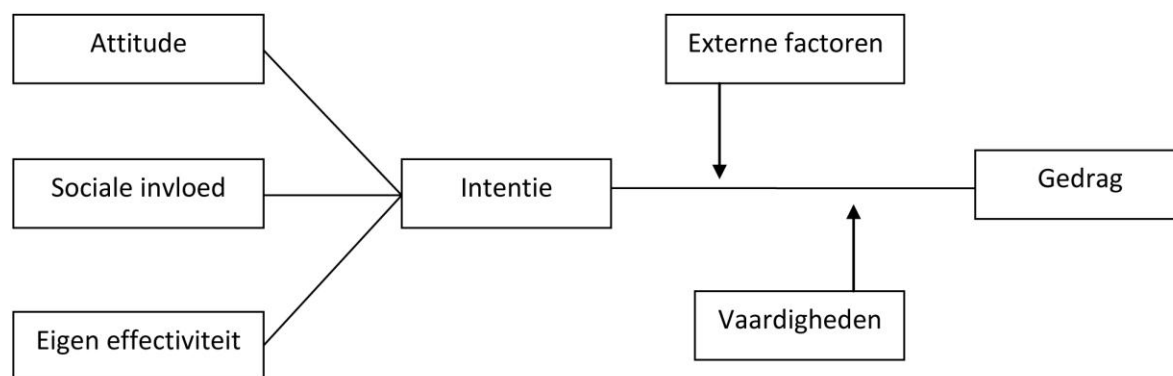
Uit de evaluatie van de pilot is gebleken dat de doelstelling om een gezonde, actieve leefstijl bij nul- tot vierjarigen te stimuleren is behaald door het organiseren van verschillende activiteiten. Echter, de doelstellingen dat de aanpak ingebed wordt in de standaard werkwijze van de partnerorganisaties en het uitbreiden naar andere wijken zijn minder aan bod gekomen. Voordat de interventie definitief geïmplementeerd kan worden is dus verder onderzoek nodig naar de voorwaarden om de interventie te kunnen implementeren. Om succesvol te implementeren is het belangrijk om te weten welke determinanten de implementatie kunnen bevorderen en belemmeren (TNO, 2012). De algemene doelstelling van dit onderzoek is daarom als volgt geformuleerd: *inzicht krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren van ouders en pedagogisch medewerkers voor de implementatie van de interventie Beweegkriebels & Eetplezier op kinderdagverblijven voor nul- tot vierjarigen in Zwolle*. Met behulp van de uitkomsten van het onderzoek kunnen aandachtspunten geformuleerd worden om de interventie Beweegkriebels & Eetplezier succesvol en meer op maat te kunnen implementeren, zodat de betrokkenheid van leidsters en ouders bij de interventie vergroot kan worden (Kuipers, 2010).

Determinantenanalyse

Aan de hand van het ASE-model (Figuur 1; De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988) is een determinantenanalyse gedaan. Hierbij gaat het om zowel gedragsdeterminanten als omgevingsdeterminanten. Een gedragsdeterminanten analyse is gericht op het genereren van ideeën over gedrag betreffende een gezonde leefstijl en hoe dit gedrag adequaat kan worden beïnvloed en worden aangepakt. Het gaat dus niet om het verklaren van gedrag (Baar, Wubbels & Vermande, 2007). Het ASE-model is gebaseerd op de Theory of Planned Behaviour van Ajzen (1991) en wordt vaak gebruikt om gezond gedrag te bevorderen. Door een gedragsdeterminanten analyse te doen wordt onderzocht hoe gewenst gedrag bevorderd kan worden. In dit onderzoek gaat het om gedrag om een gezonde leefstijl te bevorderen via de interventie Beweegkriebels & Eetplezier. Op deze manier kan er inzicht verkregen worden in de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de interventie. In het ASE-model staan drie gedragsdeterminanten centraal; attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit (De Vries, 1993). Deze determinanten bepalen de intentie van gedrag, oftewel de mate waarin iemand van plan is bepaald gedrag uit te voeren (Ajzen, 1991; Ajzen, 2002). Het uiteindelijke gedrag wordt bepaald door de intentie, samen met kennis, vaardigheden en

barrières of externe factoren (De Vries, 1993; De Vries et al., 2005). Barrières zijn externe factoren die invloed hebben op het uit te voeren gedrag (Lechner, Kremers, Meertens & De Vries, 2007). In de literatuur komt naar voren dat kenmerken van de omgeving, kenmerken van de interventie en kenmerken van de organisatie invloed kunnen hebben op de implementatie van de interventie (TNO, 2012; Van Linge, 2006). De factoren op deze niveaus kunnen het gedrag van de leidsters en ouders beïnvloeden. Op basis van dit model is het onderzoek uitgevoerd en zijn de doelstellingen bepaald.

Figuur 1. ASE model naar De Vries, Dijkstra & Kuhlman (1988)



De eerste doelstelling van dit onderzoek was er op gericht inzicht te verkrijgen in de huidige situatie op een kinderdagverblijf en bij de kinderen thuis wat betreft een gezonde leefstijl. Deze doelstelling heeft betrekking op het niveau ‘gedrag’ van het ASE model. Uit onderzoek van Van Overbeek, Bakker, De Vries en Hopman-Rock (2005) is gebleken dat alle kinderdagverblijven uit dat onderzoek beschikken over een beleidsplan waarin aandacht wordt besteed aan voeding en, voor een kleiner deel, aan beweging. Daarnaast hanteren de meeste kinderdagverblijven richtlijnen met betrekking tot voeding. Uit onderzoek is tevens gebleken dat kinderen, volgens richtlijnen van het Voedingscentrum, gemiddeld niet te veel of ongezond aten op een kinderdagverblijf maar een groot deel van de tijd wel inactief zijn, vooral binnen (Gubbels, Kremers, Thijs, Stafleu, Van Kann, De Vries & De Vries, 2010). Op basis van de literatuur was de verwachting voor dit onderzoek dat de kinderdagverblijven de beschikking hebben over een beleidsplan waarin onder andere aandacht is voor voeding. Tevens bestond het vermoeden dat er meer aandacht is voor gezonde voeding dan voor bewegen. Uit de literatuur blijkt echter wel dat er op kinderdagverblijven voldoende wordt

bewogen per dag (Van Overbeek et al., 2005). Vanwege een hoger percentage kinderen met overgewicht in de wijken Holtenbroek en Diezerpoort (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010) en relatief veel mensen met een lage SES (Derksen, Brink-Melis, Renders, Seidell & Visscher, 2010) was de verwachting dat er een verschil is tussen de wijken wat betreft de aandacht voor gezonde voeding en bewegen. Het vermoeden is dat ouders uit deze wijken minder op een gezonde leefstijl letten en meer behoefte hebben aan een workshop Beweegkriebels & Eetplezier.

De tweede doelstelling van dit onderzoek was het in kaart brengen van de attitude van leidsters en ouders van kinderen tussen de nul en vier jaar, ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl via de interventie Beweegkriebels & Eetplezier. Attitude is een houding ten opzichte van bepaald gedrag en kan opgevat worden als een afweging van voor- en nadelen van gedrag. De attitude wordt gevormd door kennis, eerdere leerervaringen, uitkomstverwachtingen en gewoontes. Als mensen graag iets willen, maar niet weten hoe ze dat moeten aanpakken is kennis nodig om tot gedragsverandering te leiden. Als onderdeel van attitude gaat het vooral om kennisaspecten die gekoppeld zijn aan gedrag en de uitkomsten van dat gedrag, bijvoorbeeld 'als ik te weinig beweeg kan ik dik worden' (Lechner et al., 2007). Adequate kennis blijkt een rol te spelen bij het vormen van een positieve attitude (Calsbeek, Morren, Bensing & Rijken, 2007). Ook eerdere leerervaringen spelen mee bij de vorming van attitudes. Gedrag dat heeft geleid tot een positieve uitkomst of beloningen, zal een positieve attitude tot gevolg hebben. De voor- en nadelen die iemand aan gedrag verbind zijn de uitkomstverwachtingen van bepaald gedrag, bijvoorbeeld 'van vet eten kan ik dik worden' (nadeel vet eten) of 'vet eten is lekker' (voordeel vet eten). Gewoontes zijn gedragingen die automatisch geactiveerd worden (Lechner et al., 2007). Veel gedrag dat met een gezonde leefstijl te maken heeft is een gewoonte geworden, zoals eten bij de televisie of een stuk fruit bij de lunch. Bij kinderdagverblijven is dit bijvoorbeeld de gewoonte om met alle kinderen tegelijk te eten. In dit onderzoek zal ingegaan worden op de attitude ten opzichte van een gezonde leefstijl. Hoe belangrijk vinden ouders een gezonde leefstijl en het stimuleren daarvan? Tevens zal onderzocht worden wat de attitude van zowel ouders als leidsters is over de rol van leidsters ten opzichte van het stimuleren van een gezonde leefstijl. In de literatuur is te lezen dat over het algemeen leidsters van een kinderdagverblijf gezonde voeding belangrijk vinden en een rol willen spelen bij het stimuleren daarvan (Van Overbeek et al., 2005). Op basis hiervan bestaat het vermoeden dat de leidsters van de kinderopvang uit dit onderzoek gezonde voeding belangrijk vinden, net als beweging, en dat leidsters het als hun rol zien om een gezonde leefstijl te stimuleren. Vermoedelijk gelden deze verwachtingen

ook voor de ouders. Wel wordt hier een verschil verwacht tussen de ouders uit Holtenbroek en Diezerpoort en ouders uit de andere twee wijken. In Holtenbroek en Diezerpoort is het aantal allochtone ouders hoger dan in de andere wijken (Derksen et al., 2010). In het onderzoek van Kreuger (2007) is te lezen dat allochtone ouders vaak niet gewend zijn om met een buitenstaander te praten over privéproblemen. Ook schaamte speelt hierbij een rol, wat er voor zorgt dat allochtone ouders vaak niet over de opvoeding van hun kinderen praten. De verwachting was daarom ook dat de meerderheid van de ouders uit Holtenbroek en Diezerpoort het geen taak vinden van leidsters om ouders aan te spreken op de leefstijl.

De derde doelstelling was inzicht verkrijgen in de sociale invloed die leidsters en ouders ervaren met betrekking tot gezond eet- en beweggedrag van de kinderen. Bij sociale invloed gaat het om de sociale druk of steun van anderen, de subjectieve norm, voorbeeldgedrag en 'motivation to comply'. Mensen in de omgeving van ouders en leidsters en ouders en leidsters onderling kunnen invloed hebben op het gedrag van elkaar. Zij kunnen dit ervaren als steun of druk. De verwachting was dat ouders het stimuleren van een gezonde leefstijl via de kinderdagverblijven steunen. Deze verwachting is gebaseerd op onderzoek van Van Overbeek et al. (2005) waarin is gebleken dat leidsters weinig weerstand verwachten met betrekking tot het stimuleren van een gezonde leefstijl. De subjectieve norm is de verwachting van belangrijke anderen (Fishbein & Ajzen, 1975). In dit onderzoek gaat het om de verwachting die anderen hebben op het gedrag van ouders en leidsters om een gezonde leefstijl te stimuleren. 'Motivation to comply' staat voor de mate waarin een persoon van plan is zich iets aan te trekken van de verwachtingen die anderen hebben over een gezonde leefstijl (Lechner et al., 2007). Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om de mate waarin ouders zich iets aantrekken van het advies van de leidsters over een gezonde leefstijl. De verwachting was dat ouders zich wel iets aantrekken van het advies van leidsters, maar ook de mening van familie en vrienden belangrijk vinden (Van Vree, Van der Kemp & Foets, 2003). Ook 'modelling' of voorbeeldgedrag hoort bij sociale invloed (Lechner et al., 2007). Hieronder valt bijvoorbeeld het voorbeeldgedrag van leidsters naar de kinderen.

De vierde doelstelling was het in kaart brengen van de eigen effectiviteitsverwachting, kennis en vaardigheden van leidsters en ouders ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl. De eigen effectiviteitsverwachting is de mate waarin mensen zichzelf in staat achten om bepaald gedrag uit te voeren, het gaat om het geloof in de eigen competentie (Ajzen, 2002; Lechner et al., 2007). Hier gaat het dus om de inschatting die ouders en leidsters maken van hun eigen mogelijkheden om een gezonde leefstijl bij de kinderen te stimuleren. Vaak heeft dit te maken met vaardigheden die nodig zijn voor het gewenste

gedrag, maar dat hoeft niet (Lechner et al., 2007). In het onderzoek zal bijvoorbeeld de mate waarin leidsters zichzelf in staat zien om ouders aan te spreken over een gezonde leefstijl aan bod komen. Uit de literatuur blijkt dat leidsters bijscholing over voeding en bewegen nodig denken te hebben om een gezonde leefstijl te stimuleren bij ouders (Van Overbeek et al., 2005). Ook leerkrachten hebben behoefte aan training om dit onderwerp bespreekbaar te maken bij ouders (De Koning, 2010). De verwachting was daarom dat leidsters zichzelf nog niet in staat achten om een gezonde leefstijl bij ouders ter sprake te brengen. Op basis van het onderzoek van Gubbels et al. (2010) waaruit blijkt dat kinderdagverblijven invloed kunnen hebben op het eet- en beweegpatroon van jonge kinderen, kon verwacht worden dat leidsters denken invloed uit te kunnen oefenen op het gedrag van kinderen en ouders. Naast de eigen effectiviteitsverwachting spelen ook kennis en vaardigheden een rol (Lechner et al., 2007). De verwachting op basis van de literatuur (Van Overbeek et al., 2005) was dat de leidsters de intentie hebben om ouders aan te spreken over het eet- en beweeggedrag van het kind maar niet over de benodigde communicatieve vaardigheden beschikken om dit gedrag ook daadwerkelijk uit te voeren.

De vijfde en laatste doelstelling was inzicht krijgen in de externe factoren die ouders en leidsters ervaren ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl en deelname aan Beweegkriebels & Eetplezier. Samen met de intentie van gedrag bepalen barrières het uiteindelijke gedrag (De Vries, 1993; De Vries et al., 2005). Externe factoren kunnen te maken hebben met het beleid dat gevoerd wordt binnen de kinderopvang. De kinderdagverblijven moeten zich houden aan een aantal voorschriften die landelijk gelden, zoals de opleiding van personeel en de groepsgrootte per beroepskracht (Rijksoverheid, 2012). Daarnaast verschilt het per organisatie welke methoden er worden gebruikt en hoeveel aandacht er al is voor gezonde voeding en voldoende bewegen. Deze aspecten kunnen van invloed zijn op de implementatie van Beweegkriebels & Eetplezier. Als er al veel aandacht is voor een gezonde leefstijl via andere methoden, zou het kunnen dat er geen tijd meer is om de interventie Beweegkriebels & Eetplezier ook uit te voeren. Omgevingskenmerken kunnen van invloed zijn op het gedrag van de leidsters en ouders. Het kan hier gaan om fysieke omgevingsfactoren zoals de aan- of afwezigheid van een ruimte om te kunnen bewegen met kinderen (De Vries et al., 2005). Uit onderzoek is gebleken dat leidsters geschikt speelmateriaal, een geschikte accommodatie en bewegingsvoorbeelden de belangrijkste factoren vinden om bewegen meer te bevorderen (Gubbels et al., 2010). Wat betreft voeding blijkt uit de literatuur dat informatie over het belang van gezonde voeding in de opleiding voor leidsters, en leidsters die zelf gezond eten als belangrijkste factoren worden gezien om

gezonde voeding meer te bevorderen. Ook voorlichting en/of advies aan de ouders is een belangrijke bevorderende factor (Gubbels et al., 2010). Externe factoren met betrekking tot Beweegkriebels & Eetplezier zelf kunnen ook een rol spelen bij het implementeren. Hierbij gaat het om de voorwaarden die nodig zijn om de interventie in te voeren, bijvoorbeeld de benodigde tijd en de financiële middelen die nodig zijn. Een motiverende factor van de interventie zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat Beweegkriebels & Eetplezier zich richt op zowel voeding als bewegen. Uit de evaluatie van de pilot is gebleken dat de peuterleidsters de training beweegkriebels goed vonden aansluiten bij hun behoeften (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2012). De verwachting was dat leidsters van kinderdagverblijven dit als motiverende factor aangeven. Ook voor ouders zal dit een belangrijke motiverende factor zijn om deel te nemen aan een workshop Beweegkriebels & Eetplezier. Interesse in het onderwerp zorgt namelijk voor meer ouderparticipatie (Kuipers, 2011). Daarnaast bestaat het vermoeden dat kinderdagverblijven minder tijd hebben voor de interventie Beweegkriebels & Eetplezier dan peuterspeelzalen, vanwege de verzorgende taken die kinderdagverblijven hebben (Rijksoverheid, 2011; Van Overbeek et al., 2005). Ook voor ouders was de verwachting dat een gebrek aan tijd de belangrijkste factor is om niet deel te nemen aan een voorlichtingsbijeenkomst of de workshop Beweegkriebels & Eetplezier. Dit blijkt ook uit de literatuur (Winnail, Geiger, Macrina, Snyder, Petri & Nagy, 2000) waar een gebrek aan tijd als belangrijkste barrière gezien wordt voor ouderbetrokkenheid.

METHODE

Type onderzoek

Er is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Deze methode richt zich op het in kaart brengen van de werkelijkheid met als doel onderzoekproblemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren naar aard en eigenschappen (Baarda, De Goede & Theunissen, 2001). De betekenisverlening staat centraal en de praktijk is het uitgangspunt van het onderzoek. De theorie van het ASE model dient hier als kader waarbinnen de onderzoeksdoelen zijn geformuleerd. De doelstellingen van het onderzoek en de topics van de interviews en de vragenlijst zijn geformuleerd naar de determinanten van dit model. Omdat er nog weinig bekend was over een gezonde leefstijl bij kinderen tussen de nul en vier jaar en hoe kinderdagverblijven daarbij een rol kunnen spelen, is dit onderzoek explorierend van aard. (Baarda et al., 2001). Het onderzoek heeft het karakter van een casestudy omdat het zich specifiek heeft gericht op vijf kinderdagverblijven van de organisatie Doornij in Zwolle. In een casestudy wordt een specifieke situatie onderzocht

onder alledaagse omstandigheden. Belangrijk is dat er rekening moet worden gehouden met de mogelijkheden en de beperkingen van een praktijksituatie (Baarda et al, 2001).

Respondenten

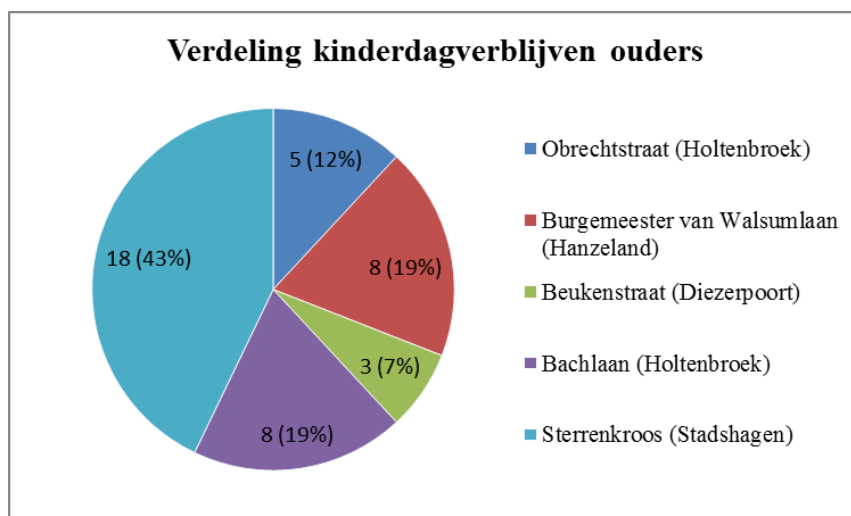
Dit onderzoek richtte zich enerzijds op pedagogisch medewerkers van kinderdagverblijven in Zwolle en anderzijds op de ouders van kinderen tussen nul en vier jaar die naar een kinderdagverblijf gaan. Er is voor deze doelgroepen gekozen omdat zij veel invloed hebben op het eet- en beweeggedrag van de kinderen (Lindsay, Sussner, Kim & Gortmaker, 2006; Van Overbeek et al., 2005)

Aan het onderzoek namen vijf kinderdagverblijven deel, gevestigd in vier verschillende wijken in Zwolle en onderdeel van de organisatie Doomijn. Twee van de vier wijken worden gezien als aandachtswijken, namelijk de wijken Holtenbroek en Diezerpoort. Het percentage kinderen met overgewicht is hier hoger dan in andere wijken (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010) en er wonen relatief veel mensen met een lage SES en/of een niet-Westerse cultuur (Derksen et al., 2010). De kinderdagverblijven Bachlaan, Beukenstraat en Obrechtstraat staan in deze wijken. De kinderdagverblijven zijn geselecteerd na een willekeurige steekproef, dat wil zeggen dat er een ongelijke kans was om in het onderzoek terecht te komen (Baarda et al., 2001). De selectie is via Doomijn gegaan en was afhankelijk van een aantal factoren, zoals een ander onderzoek en reorganisatie.

Er hebben in totaal negen interviews plaatsgevonden met pedagogisch medewerkers werkzaam op één van de vijf kinderdagverblijven. Op alle locaties zijn twee interviews afgenomen. Alleen bij het kinderdagverblijf Bachlaan is één interview afgenomen vanwege het kleinschalige karakter van dit kinderdagverblijf. De selectie van leidsters is gedaan door de kinderdagverblijven zelf op basis van motivatie en beschikbaarheid. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 31 jaar met gemiddeld 9 jaar werkervaring. De leidsters waren tussen een ½ en 12½ jaar werkzaam bij het kinderdagverblijf waar ze op het moment van dit onderzoek ook werkzaam waren.

Naast de interviews met pedagogisch medewerkers is een vragenlijst naar ouders gestuurd waarvan de kinderen naar een van de meewerkende kinderdagverblijven gaan. In totaal hebben 42 ouders de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd, hierbij zijn alle vijf de meewerkende kinderdagverblijven vertegenwoordigd (Figuur 2).

Figuur 2. Verdeling kinderdagverblijven ouders



De groep ouders bestond voor het overgrote deel uit vrouwen in de leeftijdscategorie 31-40 jaar met 1 kind. Alle respondenten hebben als geboorteland Nederland, ditzelfde geldt voor de kinderen. De meeste kinderen gaan 3-4 dagdelen per week naar het kinderdagverblijf.

De resultaten van dit onderzoek zijn inhoudelijk te generaliseren. Hiermee wordt bedoeld dat de gevonden resultaten te vergelijken zijn met, en over te dragen zijn naar vergelijkbare situaties (Baarda et al., 2001).

Dataverzameling

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie. Hiervan is sprake wanneer verschillende methoden van dataverzameling worden gebruikt om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Hierdoor wordt er een beter beeld van de situatie gevormd en neemt de betrouwbaarheid en de interne validiteit toe (Baarda et al., 2001). In dit onderzoek zijn twee verschillende doelgroepen bevraagd naar hun ideeën over een gezonde leefstijl door middel van verschillende methoden. Bij het opstellen van de vragenlijst voor de ouders en de topiclijst voor de leidsters zijn dezelfde onderwerpen aan bod gekomen die voor dit onderzoek relevant zijn, waardoor de gegevens bij de analyse vergelijkbaar waren.

Vragenlijst. Er is gebruik gemaakt van een zelf ontwikkelde vragenlijst die is afgenomen bij ouders van kinderen die naar een van de meewerkende kinderdagverblijven gaan. Hiervoor is gekozen om zoveel mogelijk ouders te kunnen bereiken van de vijf kinderdagverblijven. De vragenlijst bestond uit tien achtergrondvragen en in totaal 45 open en gesloten vragen en is opgezet met behulp van de determinanten uit het ASE-model. Per determinant zijn gemiddeld negen vragen gesteld op zowel item- als schaalniveau. Aan het

begin van de vragenlijst stond kort een uitleg over de aanleiding en het doel van het onderzoek. De anonimiteit van de respondenten is verzekerd door de namen te coderen zodat persoonlijke gegevens en uitspraken niet terug te voeren zijn op de personen. De achtergrondvragen hadden onder andere betrekking op de leeftijd en het geboorteland van de respondenten en hun kinderen, hoe vaak de kinderen naar het kinderdagverblijf gaan en de locatie van het kinderdagverblijf. Het eerste deel van de vragenlijst had betrekking op de gedragsdeterminanten attitude (doelstelling 2), sociale invloed (doelstelling 3) en eigen effectiviteit (doelstelling 4). Deze determinanten zijn het beste te meten aan de hand van stellingen geformuleerd met een 5-punts Likertschaal waarbij de respondent aangeven in welke mate ze het mee eens zijn met de stelling (Schaalma, 1993). Daarnaast zijn de determinanten gemeten aan de hand van meerkeuzevragen waarbij vanwege het explorerende karakter van het onderzoek bij enkele vragen een toelichting gegeven kon worden. Een voorbeeld van een vraag naar de attitude van ouders was: 'In welke mate vindt u het prettig of onprettig dat er aandacht is voor een gezonde leefstijl op een kinderdagverblijf'. Een voorbeeld van een vraag die de sociale invloed van ouders meet is: 'In hoeverre trekt u zich iets aan van het advies van leidsters van het kinderdagverblijf over de leefstijl van uw kind(eren)'. De eigen effectiviteit wordt gemeten met onder andere de stelling 'Ik vind het moeilijk om mijn kind(eren) elke dag gezond te laten eten'. In dit gedeelte is ook gevraagd naar de inschatting over de kennis en vaardigheden van de ouders. Het tweede deel van de vragenlijst had betrekking op voorlichting en informatiebijeenkomsten met betrekking tot een gezonde leefstijl en de workshop Beweegkriebels & Eetplezier voor ouders, behorende bij doelstelling vijf. Er is gevraagd naar de interesse in deze workshop en afhankelijk van het antwoord werd gevraagd naar factoren die deelname motiveren dan wel belemmeren. Een voorbeeld hiervan is 'Welke factoren werken voor u motiverend om deel te nemen aan een ouderworkshop Beweegkriebels & Eetplezier' waarbij ze uit meerdere antwoorden konden kiezen of zelf een reden konden invullen. Het laatste gedeelte van de vragenlijst had betrekking op de eerste doelstelling en ging over de huidige situatie. Er is gevraagd naar de thuissituatie en het gedrag wat betreft voeding en beweging. Zo is er bijvoorbeeld gevraagd hoe vaak het kind in een normale week groente en fruit eet en hoeveel uur per dag er naar televisie, DVD en/of met een (spel)computer wordt gespeeld. Als laatste konden ouders eventueel nog vragen en/of opmerkingen kwijt.

Er is geprobeerd zoveel mogelijk te voldoen aan een betrouwbare en valide vragenlijst. Dit is gedaan door een duidelijke instructie te geven aan het begin van de vragenlijst. De vragen en antwoorden zijn helder en duidelijk geformuleerd en per vraag is

één onderwerp behandeld. Omdat het niveau van de respondenten in niveau kan verschillen is het taalgebruik zo gemakkelijk mogelijk gehouden zodat het voor iedereen te begrijpen was (Baarda & De Goede, 2006). Ook is de betrouwbaarheid gegarandeerd door iedereen dezelfde vragenlijst te sturen.

Interview. Bij de leidsters van de kinderdagverblijven zijn open interviews afgenomen. Een voordeel van een open interview is dat er aandacht is voor de waarom-vraag van bepaald gedrag. Het gaat er niet alleen om wat mensen doen, maar ook waarom en hoe ze dat doen. Als er aanleiding voor is kan er in een open interview direct doorgevraagd worden. Dit vergroot de interne validiteit van het onderzoek (Baarda et al., 2006). Vooraf is een topiclijst opgesteld op basis van de doelstellingen van het onderzoek en het ASE model. De onderwerpen van het interview stonden vast, maar de volgorde en de vragen konden variëren. Op deze manier kan er doorgevraagd worden en kan er ingegaan worden op onverwachte situaties (Baarda et al., 2001). De interviews zijn begonnen met een korte introductie met daarin een uitleg over het onderzoek, waarborging van de anonimiteit en toestemming om opnameapparatuur te gebruiken. De anonimiteit is verzekerd door de informatie anoniem te verwerken en de opname van het interview te wissen na het uitwerken van de resultaten. Dit heeft de betrouwbaarheid vergroot. Vervolgens zijn een aantal persoonlijke gegevens besproken, zoals de leeftijd en het aantal maanden/jaren werkervaring als pedagogisch medewerker en binnen het kinderdagverblijf. Daarna is begonnen met het daadwerkelijke interview aan de hand van de topiclijst. In de interviews is ingegaan op de achtergrondinformatie van het kinderdagverblijf, bijvoorbeeld of er gebruik gemaakt wordt van een beleidsplan en in hoeverre er al op gezonde voeding en bewegen wordt gelet. Tevens is ingegaan op de attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit van de leidsters, bijvoorbeeld door te vragen naar de mening over de taken van een leidster en de invloed die ze denken te hebben op de leefstijl van kinderen en ouders. Voor de eigen effectiviteit is ook gevraagd naar de kennis en vaardigheden van de leidsters, bijvoorbeeld of ze zichzelf in staat achten om kinderen gezond te laten eten. Als laatste is gevraagd naar factoren die gezonde voeding en bewegen kunnen belemmeren en bevorderen en is er ingegaan op de training Beweegkriebels & Eetplezier.

Bij kwalitatief onderzoek is het doorgaans moeilijk de betrouwbaarheid van interviews te garanderen omdat de dataverzameling open en minder gestructureerd is dan andere vormen van dataverzameling. Daardoor is het niet waarschijnlijk dat twee keer dezelfde vragen worden gesteld (Boeije, Hart & Hox, 2009). Om de betrouwbaarheid te vergroten is tijdens het interview gebruik gemaakt van opname-apparatuur naast schriftelijke aantekeningen. Ook

is er een topiclijst aangehouden om enige structuur in het interview aan te houden en is er na elk topic een korte samenvatting gegeven.

Procedure

Samen met Doomijn is er een selectie gemaakt van vijf kinderdagverblijven in Zwolle. Er is gekozen voor vier verschillende wijken waarvan twee normale wijken en twee achterstandswijken waar het percentage kinderen met overgewicht en mensen met een lage SES en/of niet-Westerse achtergrond hoog is (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010; Derksen et al., 2010). Bij de resultaten zal gekeken worden naar eventuele verschillen tussen de wijken. Om alle ouders van deze vijf kinderdagverblijven te kunnen bereiken is er gebruik gemaakt van het netwerk van Doomijn. Via het interne bestand met contactgegevens is de vragenlijst digitaal verstuurd naar de e-mail adressen van alle ouders. De vragenlijst werd digitaal ingevuld door de ouders en bij voltooiing automatisch teruggestuurd naar Doomijn. De ouders hebben op vrijwillige basis meegedaan aan het onderzoek en uiteindelijk is ongeveer 25% van de vragenlijsten ingevuld teruggestuurd. Er is sprake van een hoge non-respons maar vanwege de vrij homogene groep kon er een redelijk kleine variatie aan antwoorden verwacht worden (Baarda et al., 2006).

De leidsters van kinderdagverblijven zijn allemaal werkzaam voor Doomijn en daarom ook via die weg benaderd. In samenwerking met de directeur van Doomijn is het onderzoek opgezet en zijn de betreffende kinderdagverblijven benaderd om vrijwillig mee te werken. De interviews duurden gemiddeld 40 minuten en vonden allemaal plaats op de locatie van het kinderdagverblijf waar de respondent werkzaam was. Op deze manier is geprobeerd het onderzoek zoveel mogelijk in de alledaagse situatie uit te voeren en is de ecologische validiteit vergroot (Baarda et al., 2001).

Het gebruik van dataregistratie-apparatuur is een belangrijk hulpmiddel om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen (Baarda et al., 2001). Daarom is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van opnameapparatuur waarmee de interviews achteraf nogmaals beluisterd konden worden. De interviews zijn in hun geheel uitgeschreven en voorzien van algemene gegevens van de respondent en gegevens omtrent het interview, zoals datum, tijd, locatie en duur van het interview. De gegevens zijn gecodeerd volgens de kwalitatieve methoden van Baar (2002) en Baarda et al. (2001). Deze methode bestaat uit drie analysestappen, namelijk open coderen/labelen, definiëren, ordenen en reduceren van labels tot kernlabels, en integratie en samenhang tussen kernlabels. Vanuit deze kwalitatieve analyse zijn per doelstelling kernlabels ontwikkeld via analytische inductie, het systematisch

vergelijken van uitspraken. De kernlabels geven in principe het rendement van de analyse weer. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is gebruik gemaakt van een coderingssysteem per label waarmee de werkwijze te volgen en terug te herleiden is tot op het niveau van de tekstpassages zelf. De labels zijn zo dicht mogelijk op de tekst geformuleerd om de interne validiteit zoveel mogelijk te waarborgen (Baar, 2002).

RESULTATEN

In deze resultatenbeschrijving worden de belangrijkste resultaten per doelstelling besproken. De resultaten van de twee verschillende onderzoeksinstrumenten en doelgroepen worden samen besproken omdat de onderwerpen van beide doelgroepen overlap hebben. Uit de data-analyse van de interviews met de leidsters zijn kernlabels naar voren gekomen, deze staan schuin gedrukt in de tekst. Ter illustratie van de resultaten zijn er ook citaten in de tekst opgenomen. Achter de citaten staat tussen haakjes een code. De letter L staat voor leidster, de letter O voor ouder en het cijfer achter de letter staat voor het respondentnummer. Daarnaast worden ook percentages genoemd voor het aangeven van een draagvlak. Deze percentages hebben betrekking op de analyse van de vragenlijsten.

Eerder is genoemd dat drie kinderdagverblijven uit dit onderzoek in de wijken Holtenbroek en Diezerpoort staan, namelijk Bachlaan, Obrechtstraat (beide Holtenbroek) en Beukenstraat (Diezerpoort). In deze wijken wonen relatief veel kinderen met overgewicht in vergelijking met andere wijken (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010) en er wonen veel mensen met een lage SES en/of een niet-Westerse cultuur (Derksen et al., 2010). Vanwege dit feit is er bij de resultaten ook gekeken naar verschillen tussen deze drie kinderdagverblijven in vergelijking met de resultaten van de overige twee kinderdagverblijven. Wanneer hier een verschil is gemeten zal dit worden genoemd.

Huidige situatie

De eerste doelstelling van het onderzoek was inzicht krijgen in de huidige situatie op een kinderdagverblijf wat betreft een gezonde leefstijl. Tevens is ingegaan op de thuissituatie van de kinderen. Er is gevraagd naar het aantal dagen dat de respondent en zijn/haar kind(eren) groente en fruit eten en ontbijten (vraag 36, 37), hoeveel uur per dag er televisie gekeken wordt of met een spelcomputer gespeeld wordt (vraag 38) en op welke manier de kinderen naar het kinderdagverblijf worden gebracht (vraag 39).

Allereerst is aan de leidsters gevraagd of er gebruik wordt gemaakt van een *beleid op het kinderdagverblijf*. Hieruit is gebleken dat alle kinderdagverblijven gebruik maken van het

pedagogisch beleidsplan van Doomijn. Daarin staan onder andere de *richtlijnen met betrekking tot voeding*, zoals het *voedingsaanbod* en het *voedingsbeleid* dat gevolgd wordt binnen Doomijn. Deze voedingslijsten worden regelmatig aangepast. Ook vertellen de leidsters dat er binnen Doomijn gebruik gemaakt wordt van de *BOS methode*. BOS staat voor Bewust Ontwikkelingsgebieden Stimuleren, waarbij thematisch verschillende activiteiten gedaan worden waar alle ontwikkelingsgebieden aan bod komen (Doomijn, 2012). *Richtlijnen over bewegen* worden volgens de leidsters niet specifiek genoemd in het beleidsplan.

Alle kinderdagverblijven volgen een *vast dagritme* wat elke dag hetzelfde is. Binnen dat dagritme zijn er ongeveer vier tafelmomenten, tussen die momenten worden activiteiten gedaan of wordt gespeeld of geslapen. Op alle kinderdagverblijven krijgen de kinderen eten van het kinderdagverblijf, met uitzondering van kinderen met bijzonderheden zoals een allergie. Op de kinderdagverblijven wordt voornamelijk brood geserveerd, waarbij op bijna alle kinderdagverblijven de regel is dat de eerste boterham met hartig beleg moet zijn, de tweede mag met beleg naar keuze. Op één van de kinderdagverblijven zijn deze regels ruimer geworden, hier mogen de kinderen zelf hun beleg kiezen. Tussendoor krijgen de kinderen doorgaans fruit, een cracker en biscuitjes. Drinken krijgen de kinderen in de vorm van water, diksap en tussen de middag melk.

Alle leidsters vertellen dat er veel op gezonde voeding wordt gelet. Daarnaast hebben kinderdagverblijven de voorkeur voor gezonde *traktaties*. Niet alle ouders houden zich daaraan, daarom mogen kinderen bij een snoepraktatie één ding op eten en de rest gaat mee naar huis, zodat ouders zelf kunnen beslissen wat er gedaan wordt met de traktatie.

In de interviews met de leidsters is ook ingegaan op het *contact tussen ouder en leidster*. Alle kinderdagverblijven maken gebruik van een *kindvolgsysteem* waarover elk jaar een *10-minuten gesprek* wordt gevoerd met de ouders. Daarnaast is er elke dag een *overdracht* bij de haal- en brengmomenten van de kinderen. In die overdracht komt voeding af en toe ter sprake, bij de babygroepen meer dan bij de peutergroepen. Naast deze vaste momenten is er tussendoor ook contact met de ouders, bijvoorbeeld om vragen te beantwoorden of advies te geven, en is er één of twee keer per jaar een *ouderavond* met wisselende thema's.

Aan de ouders is gevraagd of en hoe vaak hun kind(eren) groente en fruit eten en of ze elke dag ontbijten. Gemiddeld geven de ouders aan dat de kinderen ruim 6 dagen per week groente en fruit eten en op één ouder na geeft iedereen aan dat zijn of haar kind(eren) elke dag ontbijt(en). Uit de antwoorden van de ouders bleek dat de ene ouder hier meer moeite mee heeft dan de ander: "Onze kinderen vinden (gezond) eten lekker en eten met gemak" (O20)

“Onze kinderen zijn gewoon lastige eters. [...] Ze eten alle drie te weinig groente en vlees en zitten op de curve lengte-gewicht tussen de -1 en -2” (O34).

Over bewegen staat volgens de leidsters niets in het beleidsplan, maar ze vinden het allemaal belangrijk dat er minimaal één keer per dag *buiten wordt gespeeld* of bij slecht weer binnen. Daarnaast gaven de leidsters aan dat de kinderen op een gemiddelde dag al *veel bewegen*, kinderen die dat niet doen worden daartoe *gestimuleerd*. Baby's worden gestimuleerd te bewegen door ze bijvoorbeeld op een grondbox te leggen. Soms wordt er *samengewerkt met andere instellingen*. Op één van de kinderdagverblijven wordt bijvoorbeeld af en toe samengewerkt met de brede school waar ze betrokken worden bij beweegactiviteiten van de school: “We zitten ook nu hier in de brede school en de brede school doet veel aan sport. Ook de nationale sportdagen. Ze proberen ons daar ook altijd bij te betrekken, net zoals de sportdagen van de school” (L3). In de wijken Holtenbroek en Diezerpoort wordt elk jaar een Gezonde Week gehouden waaraan ook de kinderdagverblijven in deze wijken meedoen.

Ook aan de ouders is gevraagd naar het beweeggedrag van hun kind(eren). Daaruit is gebleken dat het grootste gedeelte van de ouders het beweegpatroon van hun kind(eren) beoordelen als goed en geen van de ouders geeft aan hier iets aan te willen veranderen. Ook geven de ouders aan dat de kinderen maximaal 2 uur per dag *televisie kijken* of met een spelcomputer spelen.

Attitude

De tweede doelstelling van het onderzoek was het in kaart brengen van de attitude van leidsters en ouders van kinderen tussen nul en vier jaar, ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl op een kinderdagverblijf. Hierbij is gekeken naar de *perceptie van leidsters* en is een onderscheid gemaakt tussen de taak van leidsters om te letten op de leefstijl van de kinderen en de taak om ouders aan te spreken op de leefstijl van de kinderen (vraag 19, 20, 21, 22, 23). Daarnaast is de ouders en de leidsters gevraagd naar hun mening over het *belang van een gezonde leefstijl* (vraag 18).

Vrijwel alle leidsters vinden het hun *taak om op de leefstijl van de kinderen te letten*. Slechts één pedagogisch medewerker is van mening dat het meer een *taak van het consultatiebureau* is om daar op te letten. Overigens gaf zij aan dat er wel gelet wordt op de leefstijl, echter “ik kan er niks aan veranderen wat ze thuis eten [...] Dus in hoeverre vind ik het een taak, ja het consultatiebureau doet dat eigenlijk al. Die zegt tegen ouders wat ze moeten doen en ouders geven dat door aan ons en wij doen daar wat mee” (L7).

De attitudes van ouders en leidsters over de taak van leidsters komen met elkaar overeen. In vraag 18 werd gevraagd naar de mening van ouders ten opzichte van het *belang van gezonde voeding en bewegen op een kinderdagverblijf*. Hierop antwoorden alle ouders dat ze het belangrijk vinden dat daar aandacht voor is. Vervolgens is gevraagd naar de attitude ten opzichte van de taak van pedagogisch medewerkers (vraag 20). Het grootste gedeelte van de ouders, namelijk ruim 85% vindt het een taak van leidsters om te letten op de leefstijl van de kinderen.

Over de *rol van leidsters om ouders aan te spreken over de leefstijl* waren de meningen meer verdeeld. Een aantal leidsters is van mening dat het wel hun taak is om ouders aan te spreken over de leefstijl. Het kindvolgsysteem is volgens hen dan een goede aanleiding om een gesprek met de ouders te beginnen over de leefstijl. Respondenten zeggen echter wel dat er dan gelet moet worden op de manier van benaderen en aanspreken van de ouders, er wordt doorgaans verschillend gereageerd op kritiek. Een aantal leidsters is van mening dat er wel advies gegeven kan worden, maar dat het verder de verantwoordelijkheid van ouders is. “Ik mag me daar totaal niet mee bemoeien, maar soms kun je gewoon hele positieve toegevoegde waarde hebben. Maar je mag hier nooit betweterig zijn, dat moet je ook niet willen. Het is echt de keus van de ouders” (L9).

Aan de ouders is ook gevraagd of ze vinden dat leidsters de taak hebben om, waar nodig, *ouders aan te spreken over de leefstijl*. Ruim twee-derde van de respondenten is van mening dat leidsters die taak hebben en vinden ook dat leidsters deze taak op dit moment genoeg uitvoeren. Als we kijken naar de vergelijking tussen de wijken is een verschil te zien over de houding tegenover deze taak van leidsters. Van de respondenten afkomstig uit de aandachtswijken zegt 25% het niet een taak te vinden van de leidsters om ouders aan te spreken over de leefstijl, van de respondenten afkomstig uit de overige twee wijken geeft slechts 2,4% van de ouders dit antwoord.

Aan de leidsters is gevraagd wat ze onder de *inhoud van een gezonde leefstijl* verstaan. Vrijwel iedereen had het hierbij over gezond eten met genoeg groente en fruit en weinig suiker. Verder werden termen als regelmaat, met mate en variatie veel genoemd en ook bewegen en buitenspelen wordt vaak onder een gezonde leefstijl verstaan. De *aandacht voor een gezonde leefstijl* werd door iedereen erg belangrijk gevonden, zowel voor zichzelf als voor de kinderen en iedereen is het ermee eens dat er op een kinderdagverblijf aandacht moet zijn voor gezonde voeding en bewegen. Wel geeft een respondent aan dat er tegenwoordig heel veel aandacht voor voeding en beweging is: “Maar ik vind wel dat er tegenwoordig heel veel op gefocust wordt [...] Voor mezelf kun je dat nog... Maar voor kinderen, soms vind ik

dat weleens lastig. Als een kind iets gezetter is, dat die dan al gelijk geen snoepje meer mag [...]. Tuurlijk is dat gezonder, maar het zijn ook kinderen denk ik dan” (L1).

Sociale invloed

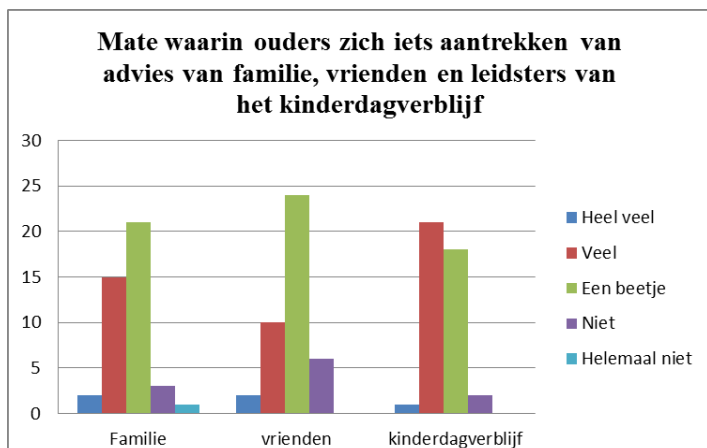
De derde doelstelling van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de sociale invloed die leidsters en ouders ervaren met betrekking tot een gezonde leefstijl. Hierbij is onderscheid gemaakt in de invloed en *verwachting van ouders* op het handelen van de leidsters en de invloed van collega's. Bij ouders is gevraagd naar de invloed van familie, vrienden en leidsters van het kinderdagverblijf (vraag 24, 25). Ook is gekeken naar het voorbeeldgedrag van zowel ouders als leidsters (vraag 36, 39).

De leidsters ervaren allemaal dat de ouders het eens zijn met de werkwijze van het kinderdagverblijf en het prettig vinden dat er op een gezonde leefstijl gelet wordt. Ze ervaren dit als *sociale steun van de ouders*. Volgens de leidsters verwachten de ouders ook van een kinderdagverblijf dat er aandacht is voor voeding en bewegen en dat medewerkers hier kennis van hebben. Leidsters ervaren ook *sociale steun van collega's* binnen het kinderdagverblijf. Bijna alle leidsters geven aan dat de collega's dezelfde mening hebben over een gezonde leefstijl en dat het belangrijk is om op één lijn te zitten. Ook worden er onderling praktijkervaringen uitgewisseld en attenderen collega's elkaar op de aandacht voor een gezonde leefstijl. Eén pedagogisch medewerker geeft aan dat de mening van collega's over een gezonde leefstijl onderling verschilt, maar dat er overleg is tussen collega's om samen op één lijn te komen. Een andere leidster geeft aan dat de collega's soms andere dingen belangrijker vinden: “Nee volgens mij zitten we niet helemaal op één lijn. Alhoewel, ja, ik denk uiteindelijk als je het er over hebt bedoelen we vaak wel hetzelfde, alleen de manier waarop we het uitvoeren is wel anders” (L5). Dit is ook afhankelijk van de interesse in het onderwerp.

Op alle kinderdagverblijven die bij dit onderzoek zijn betrokken eten de leidsters mee met de kinderen, hiermee geven ze het *goede voorbeeld* aan de kinderen. Ze eten volgens dezelfde regels als de kinderen en hetzelfde eten en drinken. Een aantal leidsters geeft aan het belangrijk te vinden om het goede voorbeeld te geven, zodat de kinderen hier aan wennen. “Als kinderen vier, vijf dagen in de week komen en ik geef vijf dagen het slechte voorbeeld zullen ze dat overnemen. Als een kind vijf dagen komt en ik geef vijf dagen een goed voorbeeld en ik zet gezonde dingen neer, dan went zo'n kind daar aan. Dus het is dubbel. Een kindje dat één dag in de week komt, daar zal ik weinig invloed op uitoefenen denk ik” (L1).

De ouders is gevraagd naar de invloed van derden ten aanzien van een gezonde leefstijl. Onder derden wordt hier directe familie, vrienden en leidsters van het kinderdagverblijf bedoeld. In figuur 3 zijn de resultaten van deze vraag in aantallen af te lezen.

Figuur 3. Mate waarin ouders zich iets aantrekken van derden

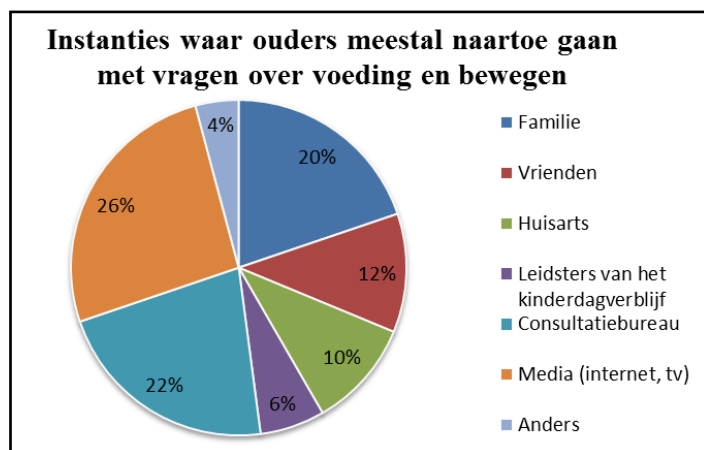


Hieruit blijkt dat ouders zich gemiddeld het meest aantrekken van het advies van leidsters van het kinderdagverblijf. De verschillen zijn echter erg klein. Ruim 95% van de respondenten geeft namelijk aan zich iets aan te trekken van het advies van leidsters van het kinderdagverblijf, variërend van een beetje tot heel veel. Een iets kleiner percentage trekt zich iets aan van het advies van familie, namelijk ruim 90%, en 86% trekt zich iets aan van het advies van vrienden. Wel blijkt dat de respondenten vaker aangeven zich veel aan te trekken van het advies van leidsters van het kinderdagverblijf en een beetje van familie en vrienden.

Daarnaast is de ouders gevraagd of de aandacht voor een gezonde leefstijl thuis wordt gestimuleerd wanneer er op een kinderdagverblijf (meer) aandacht aan wordt besteed. Bijna een kwart van de ouders geeft hierbij aan dat dit geen invloed op elkaar heeft. Ruim 40% zegt dat de aandacht wel zorgt voor een stimulering van een gezonde leefstijl thuis.

Als laatste is aan de ouders gevraagd waar ze naartoe gaan met vragen over gezonde voeding en/of beweging (Figuur 4). Hierbij geven de meeste ouders aan dat ze informatie vanuit de media, van het consultatiebureau of van familie krijgen. Slechts 6% van de respondenten gaat meestal met vragen over dit onderwerp naar het kinderdagverblijf. In de figuur is te zien waar ouders nog meer naartoe gaan met vragen.

Figuur 4. Instanties waar ouders meestal naartoe gaan met vragen over voeding en bewegen



Overigens vertellen leidsters dat ouders met *vragen en voor advies* wel naar hun toe komen, maar die vragen gaan niet altijd over voeding en bewegen. Vragen over een gezonde leefstijl worden dus eerder bij het consultatiebureau gevraagd of in de media opgezocht. Vragen over de dagelijkse verzorging en ontwikkeling van het kind worden waarschijnlijk meer aan leidsters van het kinderdagverblijf gesteld.

Eigen effectiviteit, kennis en vaardigheden

De vierde doelstelling van dit onderzoek was het in kaart brengen van de eigen effectiviteitsverwachting, kennis en vaardigheden van leidsters en ouders ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl. Aan de leidsters is gevraagd welke invloed ze denken te hebben op de leefstijl van kinderen en ouders, of ze moeite hebben met beweegactiviteiten voor de kinderen en of ze *voldoende kennis en vaardigheden* bezitten om een gezonde leefstijl te stimuleren. Aan de ouders is gevraagd of ze moeite hebben om hun kind(eren) gezond te laten eten en voldoende te laten bewegen (vraag 27) en of ze voldoende kennis en vaardigheden hebben om dit te stimuleren bij hun kinderen (vraag 14, 17).

Bij de leidsters zijn de meningen verdeeld over de mate van *invloed die ze hebben op de leefstijl van kinderen en ouders*. Enkele leidsters geven aan dat ze wel voor een deel invloed hebben op de leefstijl, maar dat dit afhankelijk is van de *frequentie dat kinderen komen* en de *thuissituatie*. Wanneer ouders thuis ook op een gezonde leefstijl letten en iets doen met de adviezen van het kinderdagverblijf, is de leefstijl van kinderen te beïnvloeden, maar als er thuis niks mee gedaan wordt zal de invloed ook minder zijn. “Soms hebben ouders thuis een hele andere leefstijl. Ja, wat voor invloed heb je daarop en moet de dat inderdaad wel doen en accepteren ouders dat wel?” (L5). “Maar ik denk niet dat ik daar echt invloed op

heb. Kijk ik kan hier elke dag netjes gezond eten geven, maar als hij iedere dag thuis patat eet dan kan ik daar vrij weinig mee” (L7). In die gevallen is er dus geen *vertrouwen* bij de leidsters dat kinderen gezonder gaan leven door hun invloed.

Tijdens de interviews met de leidsters kwam naar voren dat geen van de geïnterviewde leidsters moeite heeft met het bedenken van *beweegactiviteiten*. Ideeën voor beweegactiviteiten en spelletjes zijn er genoeg en er is meestal niet veel nodig om kinderen aan het bewegen te krijgen. Slechts één leidster gaf aan dat het *in de winter moeilijker is om beweegactiviteiten te bedenken* “In de winter is het nog weleens moeilijk, dan kun je natuurlijk niet altijd naar buiten. Dan moeten we iets anders verzinnen, dan gaan we bijvoorbeeld op de gang spelen” (L8).

Ook aan de ouders is gevraagd of ze moeite hebben met gezond eten en bewegen bij hun kinderen. Veruit het grootste gedeelte van de respondenten geeft aan hier geen moeite mee te hebben en acht zichzelf in staat om de kinderen elke dag gezond te laten eten en bewegen. Daarnaast is gevraagd naar de kennis en vaardigheden van ouders op het gebied van het stimuleren en veranderen van het eet- en beweegpatroon. Hierbij denkt bijna 90% van de respondenten voldoende kennis en vaardigheden te bezitten om het eet- en/of beweegpatroon van hun kinderen te verbeteren. Dat ouders genoeg kennis denken te hebben blijkt ook uit de antwoorden op de vraag of ouders naar een informatiebijeenkomst over voeding of bewegen zouden komen. Hierop antwoordt bijna de helft dat ze hier geen interesse in hebben met als belangrijkste reden al genoeg kennis te hebben op dit gebied. Zo geeft een ouder aan “Ik ben in alles geïnteresseerd als het mijn kind aangaat, maar ik ben voldoende op de hoogte van gezond en voedzaam eten en bewegen” (O18).

Externe factoren ten aanzien van een gezonde leefstijl

De laatste doelstelling was inzicht krijgen in de externe factoren die leidsters ervaren ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl. Hierbij is ook gekeken naar factoren die meespelen bij deelname aan Beweegkriebels & Eetplezier.

Er is een aantal omgevingsfactoren genoemd door de leidsters die het bewegen voor kinderen kunnen bevorderen of belemmeren. Vrijwel alle leidsters vinden dat er *genoeg ruimte* is om te bewegen, zowel binnen als buiten. Dit wordt gezien als een *bevorderende factor van bewegen*. Eén van de vijf kinderdagverblijven zit in het gebouw van een brede school. Hierdoor hebben ze de beschikbaarheid over een speelhal en gymzaal om binnen te bewegen en een groot buitenspeel terrein om buiten te bewegen. Dit wordt als een groot voordeel gezien: “Maar dat is puur ons geluk met deze vestiging. Dat we gewoon echt de

ruimte hebben. Ons buitenspeelplein is gewoon mega groot” (L3). Slechts één leidster geeft aan dat het ontbreken van een grote speelhal een belemmering is om te bewegen.

Wat ook door bijna alle leidsters als *bevorderende factor van bewegen* wordt gezien is de *vakleidster Muziek en Bewegen* van Doornijk. Dit is een docent die eens in de zoveel tijd bij de kinderdagverblijven langs komt om met de kinderen muziek te maken en vooral ook te bewegen. Vier leidsters zijn van mening dat meer afwisseling van *gymmateriaal en nieuwe materialen* het bewegen meer kunnen bevorderen. Eén van de leidsters vindt het jammer dat er op dit moment weinig geld is om nieuw materiaal aan te kunnen schaffen “te weinig, in mijn beleving” (L9).

Het werk van leidsters op een kinderdagverblijf bestaat voor een groot deel ook uit de verzorging van de kinderen. Dit kan er voor zorgen dat er *minder tijd* is om beweegactiviteiten te doen. “We moeten echt met elkaar gaan zeggen van nou, dit moet gebeuren en daarna gaan we echt met de kinderen spelen. Je merkt wel dat dat er eigenlijk als eerste bij inschiet” (L4). Dit wordt gezien als een *belemmerende factor van bewegen*.

Wat betreft gezonde voeding zijn er ook factoren die het kunnen belemmeren of bevorderen. Het volgen van *dagritme* en een vast *voedingsaanbod* wordt in het algemeen gezien als een *bevorderende factor van gezonde voeding*, net als het gezamenlijk eten. Een van de leidsters geeft overigens wel aan dat het beleg gevarieerder zou kunnen binnen het voedingsaanbod. “Dat mis ik nu ook wel hoor, nog steeds wel. We hebben wel verschillende soorten beleg bijvoorbeeld, maar dat zou wel gevarieerder kunnen. En je zou ook bijvoorbeeld sommige dingen even weg kunnen laten. [...] En dan kan ieder kind ook even proeven, daar leren ze ook weer een heleboel van. Wat ze wel en niet lekker vinden” (L5). Dit wordt als *belemmerende factor van voeding* gezien. Daarnaast is het praktisch en *financieel* niet altijd haalbaar om helemaal gezond te eten: “We hadden bijvoorbeeld dat we groente gingen aanbieden, [...], maar een wortel voor baby’s die geen tanden hebben is echt niet grappig. [...] Dus dat soort dingen, en bovendien hadden we zoiets van, zoveel soorten zeg maar, dan moet je weer dingen weggooien” (L9). “We zitten nu gewoon zoveel met de bezuinigingen dat je niet meer alles kunt bestellen. Vandaar de smeerkaas en de smeerworst. Het liefst had ik gewoon normale plakjes kaas gehad en worst met minder zout er in ofzo” (L3).

Aan zowel de leidsters als de ouders is gevraagd naar hun mening over de interventie *Beweegkriebels & Eetplezier* en de factoren die deelname hieraan kunnen beïnvloeden. De meeste leidsters waren nog niet bekend met deze interventie, één leidster heeft een deel van de training al eens gevolgd toen ze nog werkzaam was bij een peuterspeelzaal. Van de negen

leidsters die zijn geïnterviewd geven zes aan de interventie interessant te vinden en er aan mee zouden willen doen. De overige drie leidsters denken dat deze interventie weinig zal toevoegen aan de kennis en vaardigheden die ze op dit moment al hebben. “Ja het is wel goed, alleen of je er echt iets mee doet moet je in de praktijk zien. Spelletjes enzo natuurlijk wel, maar dan moet het wel heel vernieuwend zijn.” (L7). Of de ouders *interesse hebben in de ouderworkshop* is moeilijk te voorspellen volgens de leidsters. Een aantal leidsters geven aan dat de workshop wellicht geschikt is om tijdens een ouderavond te geven.

Uit de antwoorden van de ouders op de vraag over de interesse in een workshop Beweegkriebels & Eetplezier (vraag 32), blijkt dat 64% wel interesse heeft in deelname aan de workshop Beweegkriebels & Eetplezier. Opvallend is dat respondenten uit de wijken Holtenbroek en Diezerpoort minder vaak aangeven interesse te hebben in de workshop, namelijk 50% van de respondenten tegenover 73% van de respondenten uit de andere wijken. De verwachting vooraf was juist dat respondenten uit deze wijken meer behoefte zouden hebben aan de workshop, vanwege het hoge percentage kinderen met overgewicht. Tevens is ten behoeve van doelstelling vijf gevraagd naar externe factoren die een rol spelen bij deelname aan de workshop (vraag 33, 34). Factoren die deelname bevorderen zijn volgens de ouders de aandacht voor zowel voeding als bewegen, interesse in de onderwerpen en aandacht voor zowel informatie als praktische tips. In iets mindere mate wordt genoemd dat het uitwisselen van ervaring met andere ouders en de aanwezigheid van een externe deskundige motiverend kunnen werken. Belangrijkste reden om niet deel te nemen aan de workshop is dat ouders denken al over voldoende kennis van een gezond eet- en beweegpatroon voor de kinderen te beschikken. Gebrek aan tijd wordt ook een aantal keer genoemd.

DISCUSSIE

De algemene doelstelling van dit onderzoek was “*inzicht krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren van ouders en pedagogisch medewerkers voor de implementatie van de interventie Beweegkriebels & Eetplezier op kinderdagverblijven voor nul- tot vierjarigen in Zwolle*”. Om succesvol te implementeren is het belangrijk om te weten welke determinanten de implementatie kunnen bevorderen en belemmeren en dat is in dit onderzoek aan de hand van het ASE model onderzocht. De inhoud van de interventie Beweegkriebels & Eetplezier stond niet centraal, het ging om factoren die de implementatie kunnen beïnvloeden. Aan de hand van de vijf doelstellingen zullen de bevorderende en belemmerende factoren en de beperkingen van het onderzoek besproken. Vervolgens zal ingegaan worden op de methodische kanttekeningen en worden een aantal aandachtspunten geformuleerd.

De eerste doelstelling was inzicht verkrijgen in de huidige situatie op een kinderdagverblijf en bij de kinderen thuis wat betreft een gezonde leefstijl. Een bevorderende factor op dit gebied is dat alle kinderdagverblijven, volgens verwachting, beschikken over een pedagogisch beleidsplan van Doomijn waarin is vastgelegd wat het voedingsaanbod op het kinderdagverblijf is. Door leidsters is genoemd dat het voedingsaanbod en het vaste dagritme bevorderende factoren zijn van gezonde voeding. Echter, over bewegen staat volgens de leidsters niets in het beleidsplan. Het is gebleken dat het voor implementatie belangrijk is dat ook bewegen in het beleidsplan is opgenomen (Duesmann, 2010). De afwezigheid van het thema bewegen in het beleidsplan kan gezien worden als belemmerende factor bij implementatie van Beweegkriebels & Eetplezier. Wel is er op alle kinderdagverblijven aandacht voor bewegen.

De wijken Holtenbroek en Diezerpoort zijn aandachtswijken; er wonen veel kinderen met overgewicht en mensen met een lage SES en/of een niet-Westerse cultuur (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010; Derksen et al., 2010). Op basis van de literatuur was de verwachting dat er een verschil zou zijn tussen de wijken waar de kinderdagverblijven hun locatie hebben ten aanzien van een gezonde leefstijl. Verwacht werd dat ouders uit de aandachtswijken meer behoefte hebben aan een informatiebijeenkomst. De resultaten tonen aan dat deze ouders zeggen minder interesse te hebben in een workshop dan ouders uit de andere twee wijken. Een mogelijke oorzaak van deze onverwachte resultaten zou kunnen zijn dat ouders met een niet-Westerse cultuur in dit onderzoek niet zijn bereikt. De respondenten hebben namelijk allemaal als geboorteland Nederland ingevuld, terwijl juist ouders met een niet-Westerse cultuur wellicht behoefte hebben aan voorlichting over een gezonde leefstijl. Uit onderzoek blijkt namelijk dat ouders met een niet-Westerse achtergrond voedingsgewoonten hebben die overgewicht kunnen veroorzaken (Boere-Boonekamp et al., 2008; Hulsman, Senyurek & Oostenbrink, 2005). Een andere oorzaak van dit verschil zou kunnen zijn dat de ouders zich nog niet genoeg bewust zijn van de gevolgen van een ongezonde leefstijl en daarom geen behoefte hebben aan voorlichting. Wanneer ouders de persoonlijke relevantie missen, is het moeilijk ze te betrekken bij informatiebijeenkomsten of andere activiteiten (Anderson & Whitaker, 2010).

De tweede doelstelling van dit onderzoek was het in kaart brengen van de attitude van leidsters en ouders ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl en de interventie Beweegkriebels & Eetplezier. De verwachting was dat leidsters van de kinderdagverblijven gezonde voeding en beweging belangrijk zouden vinden en dit is ook in de resultaten gevonden. Dit is een belangrijke bevorderende factor voor de implementatie van de

interventie Beweegkriebels & Eetplezier. Hierbij kan echter de selectie van de leidsters van invloed zijn. De selectie van leidsters voor de interviews is namelijk door de kinderdagverblijven zelf gedaan. Hierdoor was niet te controleren of dit op aselechte wijze is gebeurd waardoor de kans bestaat dat de leidsters die meegewerkt hebben met de interviews een gezonde leefstijl al een belangrijk onderwerp vonden en daardoor gemotiveerd waren mee te werken aan het onderzoek. De attitude van leidsters ten aanzien van het aanspreken van ouders op de leefstijl blijkt meer verdeeld te zijn. Deze verdeeldheid kan deels verklaard worden vanuit het onderzoek van Rehorst (2010). Daarin wordt geconcludeerd dat er een taboe heerst op het onderwerp gezonde voeding waardoor professionals het moeilijk vinden ouders hier over aan te spreken. Een andere verwachting was dat er een verschil zou zijn tussen ouders uit Holtenbroek en Diezerpoort en ouders uit de andere wijken, omdat er in die wijken meer allochtone ouders wonen die vaak niet gewend zijn met buitenstaanders over de opvoeding te praten (Kreuger, 2007). De resultaten bevestigen dit verschil. Ouders uit Holtenbroek en Diezerpoort geven namelijk vaker aan het niet een taak van het kinderdagverblijf te vinden om ouders aan te spreken op de leefstijl, terwijl het grootste gedeelte van de ouders uit de andere wijken dit wel een taak van het kinderdagverblijf vinden. Opvallend is dat alle respondenten als geboorteland Nederland hebben ingevuld waardoor dit verschil niet verklaard kan worden vanuit de literatuur over allochtone ouders. Een andere verklaring is dat ouders met een lage SES het nut van preventief gedrag minder inzien en het daarom geen taak van leidsters vinden om ouders aan te spreken (Van Vree et al., 2003).

De derde doelstelling was inzicht krijgen in de sociale invloed die leidsters en ouders ervaren met betrekking tot gezond eet- en beweeggedrag van kinderen. De verwachting was dat ouders het stimuleren van een gezonde leefstijl via het kinderdagverblijf steunen. Uit de resultaten is gebleken dat ouders het inderdaad prettig vinden dat er aandacht is voor een gezonde leefstijl. De leidsters ervaren dit als steun voor de werkwijze binnen het kinderdagverblijf. Een andere verwachting ging over het advies van leidsters. Verwacht werd dat ouders zich iets aantrekken van het advies van leidsters. Uit de vragenlijsten zijn tegengestelde resultaten gevonden. Enerzijds zeggen bijna alle ouders dat ze zich iets aantrekken van het advies van leidsters, meer dan van het advies van familie en vrienden. Anderzijds geven ouders aan dat ze met vragen over voeding en bewegen meestal niet naar het kinderdagverblijf komen. Ouders doen bij vragen dus amper een beroep op de leidsters, maar als ze advies krijgen trekken ze zich hier wel iets van aan. Leidsters denken daarentegen niet altijd een grote invloed te hebben. Bij deze resultaten van de ouders kan sociale wenselijkheid een rol gespeeld hebben, wat de tegengestelde resultaten kan verklaren.

Hiervan is sprake wanneer mensen antwoord geven waarmee ze een goede indruk denken te maken. Deze sociaal wenselijke antwoorden kunnen invloed hebben op de resultaten van het onderzoek (Baarda et al., 2006). Dit gegeven moet ook bij de andere resultaten in gedachten gehouden worden.

Aan de leidsters is ook gevraagd of ze het belangrijk vinden het goede voorbeeld te geven en of dit ook gedaan wordt binnen het kinderdagverblijf. In de resultaten was te zien dat leidsters dat inderdaad belangrijk vinden en tijdens het eten het goede voorbeeld geven. Echter, tijdens het onderzoek is niet duidelijk naar voren gekomen of leidsters de kinderen ook vertellen wat gezond is en waarom, of dat ze alleen het goede voorbeeld geven en gezonde voeding aanbieden. Het is interessant om hier verder onderzoek naar te doen, zodat er ook van leidsters een zekere professionaliteit verwacht kan worden waarop ze aangesproken kunnen worden.

De vierde doelstelling was het in kaart brengen van de eigen effectiviteitsverwachting, kennis en vaardigheden van leidsters en ouders. In dit onderzoek zijn de kennis en vaardigheden van zowel ouders als leidsters niet concreet getoetst. Er is wel gevraagd naar de eigen inschatting van de kennis en vaardigheden op het gebied van voeding en beweging, maar dit zegt in principe nog niets over de ware kennis en vaardigheden. Overigens denken ouders en leidsters dat ze voldoende kennis en vaardigheden bezitten om een gezonde leefstijl te stimuleren bij de kinderen. Voor ouders was dit ook één van de redenen om niet deel te willen nemen aan een voorlichtingsbijeenkomst over voeding en/of beweging. Daarnaast was dit onderzoek ook niet gericht op de achtergrond van de leidsters, bijvoorbeeld of ze in hun privéleven sporten. Leidsters zeggen geen moeite te hebben met beweegactiviteiten, maar dit is verder niet getest. Informatie over de achtergrond van leidsters op dit gebied kan relevant zijn in verband met de kennis over beweegactiviteiten.

De vijfde en laatste doelstelling van dit onderzoek was inzicht krijgen in de externe factoren die ouders en leidsters ervaren ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl en deelname aan Beweegkriebels & Eetplezier. De verwachting was dat leidsters het speelmateriaal, de accommodatie en voorbeelden van beweegactiviteiten de belangrijkste factoren zouden vinden om bewegen meer te kunnen bevorderen. Deze factoren kwamen naar voren in het onderzoek van Gubbels et al. (2010). Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat leidsters het speelmateriaal en de accommodatie inderdaad belangrijk vinden om bewegen bij de kinderen meer te bevorderen. Daarnaast noemden ze de vakleidster Muziek en Bewegen van Doornik als belangrijke bevorderende factor van bewegen. De factoren die verwacht werden ter bevordering van gezonde voeding waren aandacht voor het belang van

gezonde voeding in de opleiding voor leidsters, en leidsters die zelf gezond eten. Ook deze factoren kwamen in eerder onderzoek naar voren (Gubbels et al., 2010). In dit onderzoek noemden de leidsters andere factoren, namelijk het vaste dagritme, een vast voedingsaanbod en het gezamenlijk eten. Een veelgenoemde belemmerende factor van bewegen was de tijd die leidsters kwijt zijn aan verzorgende taken en andere bezigheden op de groep. Hierdoor is er minder tijd voor beweegactiviteiten en schieten die er het eerst bij in.

De verwachting ten opzichte van Beweegkriebels & Eetplezier was dat ouders en leidsters de onderwerpen van de interventie vinden aansluiten bij hun interesse en dit als motiverende factor zien. Deze verwachting is gebaseerd op de pilot die in Zwolle is gehouden (Programmagroep Zwolle Gezonde Stad, 2010). Zes van de negen leidsters hebben aangegeven de interventie interessant te vinden en de belangrijkste reden om deel te nemen aan de interventie is om nieuwe inzichten op te doen. Ouders noemen naast de interessante onderwerpen van de interventie ook andere factoren die motiverend werken, namelijk aandacht voor zowel voeding als bewegen en aandacht voor informatie en praktische tips. Ook het uitwisselen van ervaringen met andere ouders wordt als motiverende factor gezien. Verwacht werd op basis van de literatuur (Winnail et al., 2000) dat ouders een gebrek aan tijd als belemmerende factor zien voor deelname aan de workshop Beweegkriebels & Eetplezier. De resultaten bevestigen deze verwachting, maar het is niet de meest genoemde belemmerende factor. Het denken te hebben van voldoende kennis en vaardigheden wordt als belangrijkste belemmerende factor gezien.

Methodische kanttekeningen

Ten aanzien van dit onderzoek kunnen een aantal methodische kanttekeningen worden gemaakt. Omdat de interviews met de leidsters redelijk kort na elkaar hebben plaatsgevonden, is het beperkt mogelijk geweest om cyclisch te werken en topics tussentijds te corrigeren op basis van de verzamelde data (Baarda et al., 2005). Tussen de interviews door zijn af en toe een paar aanpassingen gemaakt, maar pas tijdens de analyse is gebleken dat vooral op de determinanten sociale invloed en eigen effectiviteit meer doorgevraagd had kunnen worden.

Tijdens dit onderzoek zijn de vragenlijsten voor de ouders in dezelfde periode afgenomen als de interviews met de leidsters. Hierdoor waren de resultaten van de vragenlijsten nog niet bekend tijdens de interviews. Een andere volgorde van onderzoek had voor meer diepgang in de interviews kunnen zorgen. De leidsters hadden dan kunnen reageren op de uitkomsten van de vragenlijsten en daardoor kon er meer doorgevraagd worden. Ook een meer ervaren interviewer had voor meer diepgang in de interviews kunnen zorgen.

Het onderzoek is uitgevoerd op vijf kinderdagverblijven in Zwolle die onder dezelfde organisatie vallen. Er is sprake van een casestudie (Baarda et al., 2005) waardoor de resultaten verkregen uit de interviews en vragenlijsten specifiek betrekking hebben op de situatie in Zwolle. Dit heeft er voor gezorgd dat de resultaten beperkt generaliseerbaar zijn. Daarnaast was de opzet van dit onderzoek erg kleinschalig met slechts negen leidsters en 42 ouders. Door deze lage respons en het feit dat de respondenten waarschijnlijk al interesse hadden in het onderwerp en daarom bereid waren mee te werken aan het onderzoek, is de representativiteit van de groep klein. Deze selectiebias heeft tot een vertekening van de resultaten kunnen leiden (Van Lenthe, Kunst & Brug, 2007).

In de vragenlijst zijn slechts enkele open vragen gesteld waarbij de ouders een toelichting konden geven op het antwoord dat ze gegeven hadden, maar het perspectief van de leidsters staat meer centraal dan die van de ouders. Hoewel de voeding en beweging van kinderen tussen nul en twee jaar is anders dan de voeding en beweging van kinderen van drie en vier jaar oud, is in dit onderzoek toch gekeken naar de groep nul tot vier jaar in zijn geheel. Bij de interviews met de leidsters zijn af en toe de verschillen tussen de leeftijden ter sprake gekomen, maar vooral in de vragenlijst voor de ouders had meer onderscheid gemaakt kunnen worden.

Aandachtspunten

Uit de resultaten zijn een aantal bevorderende en belemmerende factoren naar voren gekomen die een rol kunnen spelen bij de implementatie van Beweegkriebels & Eetplezier. Om er voor te zorgen dat de implementatie succesvol kan verlopen is de aanbeveling om rekening te houden met deze factoren. De aandachtspunten zijn gericht op de GGD en Doomijn.

Bevorderende en belemmerende factoren gezonde voeding. De belangrijkste bevorderende factoren van gezonde voeding zijn volgens de leidsters het vaste dagritme, het voedingsaanbod en gezamenlijk eten op kinderdagverblijven. Factoren die op dit moment gezond eten belemmeren zijn de financiën en de thuissituatie van kinderen.

Bevorderende en belemmerende factoren bewegen. De belangrijkste bevorderende factoren die werden genoemd zijn genoeg ruimte om te bewegen, afwisselend materiaal en de vakleidster Muziek en Bewegen van Doomijn. De meest genoemde belemmerende factor van bewegen is het gebrek aan tijd voor beweegactiviteiten.

Kennis vermeerdering. Zowel leidsters als ouders schatten in dat ze genoeg kennis en vaardigheden bezitten om een gezonde leefstijl te stimuleren. Toch blijkt uit de resultaten dat ouders met vragen over voeding en beweging eerder naar familie gaan of het via de media

opzoeken, in plaats van naar leidsters van de kinderdagverblijven. Leidsters en ouders zien het blijkbaar in de eerste plaats niet als hun taak om advies te geven op het gebied van voeding en beweging. Door het missen van ervaring en kennis kunnen leidsters ongelofwaardig overkomen (Kuipers, 2010). Door de kennis van leidsters te vermeerderen kunnen zij gemotiveerd worden meer als adviseur voor de ouders te fungeren.

Communicatie met ouders. Uit de interviews is gebleken dat de invloed van leidsters klein is wanneer er thuis niet genoeg op een gezonde leefstijl wordt gelet. Contact tussen leidster en ouder is er vooral in de vorm van een overdracht tijdens haal- en brengmomenten. Echter, de onderwerpen voeding en bewegen komen dan maar weinig ter sprake en leidsters zijn terughoudend met het aanspreken van ouders op de leefstijl. Voor het bevorderen van een gezonde leefstijl zouden leidsters meer met ouders in gesprek kunnen gaan over voeding en bewegen. Leidsters hebben bijvoorbeeld aangegeven dat er op de kinderdagverblijven een voorkeur is voor gezonde traktaties, maar dat ouders zich hier niet altijd aan houden. Deze situatie is een goede aanleiding om in gesprek te gaan met ouders. Belangrijk is dat dit onderwerp structureel aandacht krijgt, ook bij ouders.

Vervolgonderzoek. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek kunnen een goed uitgangspunt zijn voor een grootschalig kwantitatief onderzoek. Door middel van bijvoorbeeld een gestandaardiseerde vragenlijst en een aselechte steekproef kan onderzoek worden gedaan naar een groep die representatief is voor de doelgroep leidsters van een kinderdagverblijf en ouders van kinderen tussen nul en vier jaar. Het kan daarbij ook zinvol zijn om de kennis en vaardigheden van de doelgroep concreet te toetsen. Een onderzoek waarbij het perspectief van de ouders meer expliciet centraal staat zal tevens een mooie aanvulling vormen op dit onderzoek.

LITERATUUR

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-668
- Anderson, S. E., & Whitaker, R. C. (2010). Household routines and obesity in US preschool-aged children. *Pediatrics*, 125 (3), p 420-428
- Baar, P. L. M. (2002). *Cursushandleiding kwalitatief analyseren voor pedagogen*. Utrecht: Universiteit Utrecht opleiding pedagogiek.
- Baar, P. L. M., Wubbels, T., & Vermande, M. (2007). Algemeen methodische voorwaarden voor effectiviteit en de effectiviteitspotentie van Nederlandstalige antipestprogramma's voor het primair onderwijs. *Pedagogiek*, 27 (1), 71-90.
- Baarda, D. B., & Goede, M. P. M. de (2006). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, & Teunissen, J. (2001). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Boeije, H., Hart, H. 't., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom
- Boere-Boonekamp, M. M., & L'Hoir, M. (2008). *Kansen voor preventie overgewicht bij jonge kinderen*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven
- Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P., Beltman, M., Bruil, J., Dijkstra, N., & Engelberts, A. C. (2008). Overgewicht en obesitas bij jonge kinderen (0-4 jaar): gedrag en opvattingen van ouders. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 324-330
- Bulk-Bunschoten, A. M. W., Renders, C. M., Leerdam, F. J. M. van & Hirasing, R. A. (2004). *Signaleringsprotocol overgewicht in de jeugdgezondheidszorg*. Amsterdam: VUmc
- Bulk-Bunschoten, A. M. W., Renders, C. M., Leerdam, F. J. M. van, & Hirasing, R. A. (2005). *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg*. Amsterdam: huisdrukkerij VUMC

- Busch, M. C. M., & Schrijvers, C. T. M. (2010). *Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen*. Bilthoven: RIVM
- Calsbeek, H., Morren, M., Bensing, J., & Rijken, M. (2007). Knowledge and Attitudes Towards Genetic Testing: A Two Year Follow-Up Study in Patients with Asthma, Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease. *Journal of Genetic Counseling*, 16, 493-504
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Bevolkingstrends, 1e kwartaal 2011*. Verkregen op 31 oktober 2011 via <http://www.cbs.nl/>
- Derksen, R. E., Brink-Melis, W. J., Renders, C. M., Seidell, J. C., & Visscher, T. L. S. (2010). *Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Kinderen. Eindrapport Kwalitatief Onderzoek*. Zwolle: ATW Overgewicht.
- Doomijn (2012). *Werkwijze*. Verkregen op 14 juni 2012 via <http://www.doomijn.nl>
- Duesmann, B. (2010). *Beweegkriebels: maak er maar een werkwoord van. Evaluatieonderzoek naar de interventie beweegkriebels van het NISB*. Houten: Grontmij Nederland B.V.
- Enkelaar, J. (Red.) (2009). *Fit for the Future, covenant overgewicht 2005-2010*. Convenantbureau overgewicht/Nieuwe Maan Adviseurs Maatschappelijke Vernieuwing. Verkregen op 11 oktober 2011 via http://www.convenantgezondgewicht.nl/download/12/eindverslag_convenant_overgewicht_2009.pdf
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory and research*. Addison Wesley: Reading MA.
- GGD IJsselland (2010). *Rapport kindermonitor 0 tot 12 jaar. Lichamelijke gezondheid, leefstijl en psychosociaal welbevinden*. Zwolle: GGD IJsselland
- Gubbels, J., Kremers, S., Thijs, C., Stafleu, A., Kann, D. van, Vries, S. de, & Vries, N. de (2010). Overgewicht bij jongen kinderen. De invloed van het kinderdagverblijf op voeding en beweging. *Jeugd & Co*, 4, 15-23
- Guo, S. S. & Chumlea, W. C. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70 (1), 1455-1485
- Hulsman, A. R., Senyurek, A., & Oostenbrink, R. (2005). Verschillen in voedingsgewoonten in het eerste levensjaar tussen Turkse en Nederlandse zuigelingen. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 73 (6), 6-9

- Jongeren op gezond gewicht (2011). *Stimuleer gezamenlijk gezond eten, actief spelen en recreatie*. Verkregen op 15 november 2011 via www.jongerenopgezondgewicht.nl/aanpak
- Kenniscentrum Overgewicht (2009). *Preventie bij kinderen*. Verkregen op 31 oktober 2011 via <http://www.overgewicht.org/Overovergewicht/Preventie/Kinderen>
- Koning, A. C. C. de (2010). *Een gezond gewicht voor ieder kind. Een onderzoek naar de behoefte van ouders en leerkrachten als het gaat om een gezond gewicht bij het kind en de inzet van sociale marketing door de lokale overheid*. Enschede: Universiteit Twente
- Krebs, N. F., & Jacobson, M. S. et al. (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity: American Academy of Pediatrics Policy Statement. *Pediatrics*, 112 (2), 424-430
- Kreuger, F. A. F. (2007). *Bereik van ouders met lage SES voor opvoedingsondersteuning. Beantwoording in het kader van "Klein maar fijn"*. Rotterdam: Cephir
- Kuipers, E. (2010). *Rapportage inventarisatie ouderbetrokkenheid*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Lechner, L., Kremers, R., Meertens, S., & Vries, H. de (2007). Determinanten van gedrag. In J. Brug, P. van Assema & L. Lechner (red.) (2007), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (p 75-106). Assen: Van Gorcum
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J., & Gortmaker, S. (2006). The Role of Parents in Preventing Childhood Obesity. *The Future of Children*, 16 (1), 169-186
- Linge, R. van (2006). *Innoveren in de gezondheidszorg: theorie, praktijk en onderzoek*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (2008). *Beweegkriebels. NASB kansrijke interventies 2008* (brochure)
- Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (2011). *Training Beweegkriebels*. Verkregen op 8 november 2011 via www.beweegkriebels.nl
- Nederlands Jeugdinstituut (2012). *Databank Effectieve Jeugdinterventies*. Verkregen op 15 januari 2012 via <http://www.nji.nl>
- Overbeek, K. van, Bakker, I., De Vries, S. I., & Hopman-Rock, M. (2005). *Rol kinderopvang in de preventie van bewegingsarmoede en ongezonde voeding bij 0-4 jarigen. De rol die leid(st)ers van kinderdagverblijven en peuterspeelzalen kunnen en willen spelen bij de preventie*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven

- Programmagroep Zwolle Gezonde Stad (2010). *Concept groeidocument Programma Zwolle Gezonde Stad 2010-2013*. Zwolle: GGD IJsselland, Icare, SportService Zwolle, Doornij, Sportservice Overijssel
- Programmagroep Zwolle Gezonde Stad (2010). *Tussentijdse verantwoording Pilot Bewegstimulering 0-4 jaar in Zwolle, 2009-2010*. Zwolle: GGD IJsselland, Icare, SportService Zwolle, Doornij, Sportservice Overijssel
- Programmagroep Zwolle Gezonde Stad (2012). *Eindverantwoording pilot bewegstimulering 0-4 jaar in Zwolle, 2009-2011*. Zwolle: GGD IJsselland, Icare, Sportservice Zwolle, Doornij, Sportservice Overijssel
- Rehorst, A. (2010). *Voeding en opvoeding. Explorerend onderzoek naar de mogelijkheden tot opvoedingsondersteuning in de Zwolse wijken Diezerpoort en Holtenbroek*. Ongepubliceerde Mastherthesis. Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken, Universiteit Utrecht.
- Renders, C. M., Bulk-Bunschoten, A. M. W., & Mil, E. G. A. H. van (2010). De CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'. Wat betekent dit voor de kindergeneeskunde? *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 78 (3), 100-106
- Rijksoverheid (2011). *Kinderopvang*. Verkregen op 29 november 2011 via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kinderopvang#ref-minocw>
- Schaalma, H. (1993). De analyse van gedragsdeterminanten. In V. Damoiseaux, H.T. Molen & G.J. Kok (red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (p 133-167). Assen: Van Gorcum
- TNO (2012). *Succesvol implementeren. Onderzoek, begeleiding, onderwijs en praktische instrumenten*. Verkregen op 28 februari 2012 via http://www.tno.nl/downloads/KvL-P-PZ-Succesvol_implementeren-TNO-new.pdf
- Voedingscentrum (2012). *Kinderopvang*. Verkregen op 15 januari 2012 via <http://www.voedingscentrum.nl/professionals/onderwijs-en-kinderopvang/kinderopvang.aspx>
- Vree, F. van, Kemp, S. van der, & Foets, M. (2003). *Foliumzuurgebruik en gezond gedrag bij zwangerschap. Een onderzoek naar determinanten van gedrag bij zwangere vrouwen met een verschillende culturele achtergrond en een verschillende sociaal-economische status*. Leiden: NISB

- Vries, H. de, Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intention. *Health Education Research*, 3, 273- 282
- Vries, H. de (1993). Determinanten van gedrag. In V. Damoiseaux, H.T. Molen & G.J. Kok (red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (p 109-132). Assen: Van Gorcum
- Vries, S. de, Bakker, I., Overbeek, K. van, Boer, N. D., & Hopman-Rock, M. (2005). *Kinderen in prioriteitswijken: lichamelijke (in)activiteit en overgewicht*. Leiden: TNO kwaliteit van leven
- World Health Organization (2011). *Fact sheets obesity and overweight*. Verkregen via <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- World Heart Federation, 2011. *Obesity: a growing danger*. Verkregen op 8 november 2011 van <http://www.world-heart-federation.org>