

# Fun & Health Summer Program

5 maanden durende interventie met 320 uren begeleiding voor kinderen van 9-16 jaar met obesitas

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstellingen:



## Colofon

### **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: The BootClub B.V.

E-mail: info@the-bootclub.com

Telefoon: 020-7603474

Versie: 27022017

**Website** (van de interventie): <http://www.the-bootclub.com/funandhealthsummercamp/>

### **Contactpersoon**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam: Sjoerd de Bruijn

E-mail: sjoerd@the-bootclub.com

Telefoon: 06-41400849

### **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Sjoerd de Bruijn en Marlijn van den Berg

Titel interventie: Fun & Health Summer Program

Databank(en): Loket Gezond Leven

Plaats, instituut: Amsterdam

Datum: 27-02-2018

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies.

De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

**Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.**

## Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
Beschrijving interventie .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	7
1.3 Aanpak .....	10
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>18</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>24</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	24
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	25
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>27</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>28</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>31</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

## *Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden*

De Fun & Health Summer Program (F&HSP) is een 5 maanden durende intensieve en integrale interventie van The BootClub B.V. voor kinderen van 9-16 jaar met obesitas met 320 uren begeleiding per kind, die aansluit op de bestaande ketenaanpak en zich onderscheidt met diverse kampweken met overnachtingen.

Het programma richt zich op het creëren van een keerpunt in de leefstijl.

Kenmerken van het programma zijn intensieve en integrale leefstijlbegeleiding, op maat benadering, groei, beloning en erkenning, toegespitst op de complexe doelgroep, nauwe betrokkenheid van ouders, activatie van omliggende systeemactoren, inbedding in de keten en opstap/vervolg voor langdurige zorg.

De F&HSP is geschikt als start voor leefstijlwijziging of als ondersteuning bij een traject om het kind en de familie echt in de actiefase te krijgen.

## **Doelgroep** – max 50 woorden

De doelgroep bestaat uit 9-16 jarige kinderen met obesitas en daarmee een matig tot extreem verhoogd Gewichtsgerateerd Gezondheidsrisico. De kinderen zijn veelal afkomstig uit gezinnen met multiproblematiek zoals opvoedingsproblemen, financiële beperkingen, dan wel eenoudergezinnen, et cetera. Daarnaast richt de F&HSP zich ook op de ouders als intermediaire doelgroep en spelen de verwijzers een belangrijke rol.

## **Doel** – max 50 woorden

Het hoofddoel van de F&HSP is het verhogen van de kwaliteit van leven van de doelgroep door het creëren van een keerpunt in leefstijl.

Dit keerpunt wordt bereikt met behulp van bijdragen aan de volgende 5 pijlers:

1. Stimulatie sociaal emotionele ontwikkeling en bijdragen aan zelfvertrouwen;
2. Activeren van en aansluiten op relevante actoren in het systeem met focus op ouders;
3. Verbeteren gebruik wilskracht m.b.v. groei, beloning en plezier;
4. Vermindering van voedselverslaving met het Reward Neural System;
5. Het bevorderen van gezond leefstijlgedrag.

Dit alles wordt bereikt door middel van een leuk, stimulerend en inspirerend lifestyle change programma.

## **Aanpak** – max 50 woorden

De interventie zoekt proactief aansluiting op de bestaande ketenaanpak zodat langdurige zorg en begeleiding is geborgd. De totale interventie bedraagt 5 maanden: persoonlijke intake, 2 weken zomerkamp met een ouderdag, 7 wekelijkse sportlessen, 3 ouderavonden, een terugkomweek, persoonlijk exitgesprek en een feestelijke reünie.

Gedurende het zomerkamp verblijven de deelnemers op locatie, waar zij sporten, slapen, eten en leerzame en leuke activiteiten ondernemen. Alles staat in het teken van de verandering naar een gezonde leefstijl met positieve benadering.

## **Materiaal** – max 50 woorden

Voor de uitvoering van de interventie is het volgende in ieder geval benodigd:

- Rode draadboek
- Draaiboek

- Expeditiemappen kinderen
- Expeditiekaart instructie voor teamleden
- Expeditiematerialen
- Keukenkaart (met o.a. voedselveiligheid, recepten, formulieren)
- Formulieren (o.a. voor nulmeting, weegmoment, kwaliteit van leven, et cetera).
- Themamateriaal /knutselmateriaal
- Sportmateriaal

### Onderbouwing – max 150 woorden

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

Onder de doelgroep is de prevalentie van overgewicht en obesitas erg hoog, zo ook in de regio Amsterdam. De F&HSP richt zich op 5 grote belemmerende of beschermende factoren die een rol spelen bij het ontstaan van obesitas.

De factoren waar F&HSP zich op richt zijn:

- *Gebrekkige sociaal emotionele ontwikkeling*
- *Zwakke executieve functies*
- *Voedselverslaving en ongezond eetgedrag*
- *Leefstijlgedrag*
- *Systeembetrokkenheid*

### Onderzoek – max 100 woorden

In 2016 heeft een onafhankelijke procesevaluatie plaatsgevonden. Hierin zijn vraaggesprekken gehouden, administratieve gegevens geanalyseerd, observaties gedaan en is er een documentanalyse geweest.

De uitvoering van de interventie was grotendeels volgens plan, met aandacht voor het stimuleren van groei, beloning en plezier. De deelnemende kinderen en ouders waardeerden het kamp en beoordeelden het met een ruime voldoende.

De aanbevelingen (betreffende balans leefstijl/gedragsproblematiek, teamsamenstelling en fasen van verandering) uit de procesevaluatie zijn meegenomen in de doorontwikkeling en bij de uitvoering in 2017.

De voornaamste aanpassingen zijn:

- er is extra aandacht geweest voor teamsamenstelling;
- betrokkenheid van centrale coach op kritieke momenten in het programma;
- meer begeleiding op maat;
- uitbreiding programma met een wekelijks sportmoment;
- uitbreiding van terugkomweekend naar een terugkomweek;
- ouderbetrokkenheid vergroot met ouderavonden, intake en exit;
- tijdsduur van de interventie verlengd naar 5 maanden;
- verbetering aansluiting op bestaande ketenzorg.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

*Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.*

*Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.*

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

De primaire doelgroep van de Fun & Health Summer Program (F&HSP) bestaat uit 9-16 jarige kinderen met obesitas en een matig (graad 1, overeenkomstig met BMI 30-35 bij volwassenen) tot extreem verhoogd (graad 2 en 3 overeenkomstig BMI 35 of 40 en hoger bij volwassenen) Gewichtsgerelateerd Gezondheidsrisico (GGR, *Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010*). De kinderen, zowel jongens als meisjes, zitten momenteel op de basisschool of middelbare school. Een deel van de kinderen is afkomstig uit sociaal achtergestelde, multiculturele wijken, met beperkt inkomen. Vaak is er sprake van multiproblematiek binnen de gezinnen. De deelnemers (en een van de ouders/verzorgers/begeleiders) moeten in ieder geval Nederlands kunnen praten om deel te nemen.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

Een belangrijk doel van de F&HSP is het betrekken en activeren van actoren in het systeem. We onderkennen in dat kader in ieder geval de volgende intermediaire doelgroepen:

- De ouders/verzorgers van de kinderen. Zij dragen de verantwoordelijkheid voor de zorg van de kinderen en hebben baat bij meer kennis van en ervaring met een gezondere leefstijl.
- Andere familieleden betrokken bij de interventie zoals de broertjes/zusjes maar ook opa of oma (indien zij betrokken zijn bij het gezin).
- De verwijzers vormen een intermediaire doelgroep, met wie voorafgaand de intake, halverwege de eerste overdracht en aan het eind van de interventie het exitgesprek en de tweede overdracht plaatsvinden. Bij de intake- en het exitgesprek zijn de ouders en het kind ook aanwezig. De overdracht wordt ook naar de ouders opgestuurd. De verwijzer heeft een belangrijke rol in de borging van de noodzakelijke langdurige zorg.
- Overige actoren (denk aan een mentor, interne begeleider of een coach)

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

*Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?*

Aanmelding voor de F&HSP gaat via verwijzers. De centrale zorgverlener verwijst het kind door. Dit is in de praktijk een school- of jeugdverpleegkundige, kinderarts, schoolarts of OuderKindAdviseur (OKA-JGZ). Praktische aanmelding verloopt via de website van The BootClub.

Kinderen met obesitas kunnen direct aangemeld worden. Als een kind eerder heeft deelgenomen komt het kind op de wachtlijst. Ouders en verwijzers krijgen dan nader bericht als er plekken beschikbaar komen.

Verwijzers worden ingelicht over de doelgroep door middel van het document “Verwijsinformatie voor professionals”, zie bijlage 1. De verwijzer beoordeelt onderstaande contra-indicaties, eventueel in overleg met de interventie-organisator.

Absolute contra-indicaties: Het programma is niet geschikt voor:

- Kinderen die niet in een groep kunnen functioneren;
- Kinderen met zeer heftige gedragsproblematiek op het gebied van luisteren/gehoorzaamheid, agressie, ernstige psychische ziektebeelden;
- Kinderen die op medisch advies niet deel mogen nemen aan een actief beweegprogramma (bijvoorbeeld a.g.v. van een zwak hart).

Relatieve contra-indicaties: de volgende factoren zijn van invloed op de mate waarin deelname zinvol is:

- De mate van steun aan de kinderen in de thuissetting;
- De mate waarin er niet aangepakte urgente systeemproblematiek speelt zoals uithuisplaatsingstrajecten, niet-aangepakte schuldenproblematiek, scheiding, et cetera.

Op basis van telefonisch contact met ouders en verwijzer - en indien organisatorisch haalbaar - de intake, stelt de organisator definitief vast of deelname zinvol is.

### **Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

*Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?*

De doelgroep is zelf betrokken bij de ontwikkeling van de interventie. De kinderen evalueren de interventie op verschillende momenten. Namelijk: aan het einde van het zomerkamp, bij de terugkomweek en het exitgesprek. De ouders worden telefonisch geïnterviewd na afloop van de interventie.

Kinderen vullen zelf een evaluatieformulier in na afloop van de volledige interventie.

Algemeen contact voorafgaand, tijdens en na de interventie met de kinderen en ouders levert ook feedback op die benut wordt om het programma meer op maat te maken voor de doelgroep.

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het hoofddoel van de F&HSP is het verhogen van de kwaliteit van leven van de doelgroep door het creëren van een keerpunt in leefstijl.

Dit hoofddoel wordt bereikt met behulp van bijdragen aan de volgende 5 pijlers:

1. Stimulatie sociaal emotionele ontwikkeling en bijdragen aan zelfvertrouwen;
2. Activeren van en aansluiten op relevante actoren in het systeem met focus op ouders;
3. Verbeteren gebruik wilskracht m.b.v. groei, beloning, plezier;
4. Vermindering van Voedselverslaving met het Reward Neural System\*;
5. Het bevorderen van gezond leefstijlgedrag.

Dit alles wordt bereikt door middel van een leuk, stimulerend en inspirerend lifestyle change programma.

\*Reward Neural System: Dit model van Bruce Perry (Perry 2007) beschrijft hoe lichaamsstoffen die een beloningsgevoel opwekken en verslavend kunnen werken als gevolg van onder andere zoete, zoute of vette dingen eten, ook opgewekt kunnen worden met andere factoren zoals muziek, positieve interactie met anderen, vermindering van stress, beweging, en dergelijke.

### **Subdoelen** – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?*

Het programma beoogt uiteindelijk effect te hebben op de kwaliteit van leven van deelnemende kinderen. Uit de probleemfactoren rondom kinderobesitas zijn vijf beïnvloedbare aan te pakken factoren geïnterpreteerd. Deze factoren leiden tot de vijf pijlers van het programma.

Rondom kinderobesitas speelt veelal multiproblematiek. Het doel is daarom om op een of meerdere van de meest relevante pijlers – afhankelijk van de problematiek ten aanzien van de casus - effect te behalen per kind. Dit effect beoogd er toe te leiden dat de kwaliteit van leven van het kind verhoogt. Het gaat er dus niet om dat bij elk kind een exact gelijk effect per pijler of op alle onderliggende subdoelen per pijler, wordt bereikt.

In de praktijk stelt de organisator middels een anamnese en op basis van contact met de verwijzer de huidige situatie en de kwaliteit van leven vast. Na afloop van de interventie bij het exitgesprek vindt middels vragenlijsten ook een (eerste) inventarisatie plaats van op welke pijlers en of subdoelen de interventie verschil heeft gemaakt en wat de ervaren kwaliteit van leven is. Dit effect wordt na circa 12 maanden nogmaals geïnterpreteerd.

Het hoofddoel van de F&HSP wordt bereikt door een rode draad te volgen waarin aan vijf subpijlers aandacht wordt besteed. Elk van deze pijlers leidt tot diverse subdoelen. De subdoelen zijn hieronder benoemd. De lijst met doelen in samenhang is terug te vinden in bijlage 2.

## **1. Stimulatie sociaal emotionele ontwikkeling en bijdragen aan zelfvertrouwen**

De kinderen:

- weten welke technieken er zijn om emoties (en stress) te reguleren, ze weten welke verschillende emoties er zijn. De kinderen kunnen hun eigen emoties beschrijven met woorden als boos, verdrietig, blij, bang en dergelijke en de mate waarin ze deze emotie ervaren. Daarnaast kunnen ze technieken toepassen om emoties te reguleren;
- ervaren tegenslag op het kamp in het behalen van doelen en ontvangen daarop begeleiding door het team;
- krijgen voldoende vertrouwen in de mogelijkheid om thuis gewicht te verliezen en vallen op de kampweken af in gewicht;
- ervaren tijdens de kampweken dagelijks meerdere malen kleine succesjes als gevolg van hun eigen inzet tijdens de interventie. Voorbeelden van deze succesjes zijn het behalen van doelen en ontvangen van de dagelijkse Healthy bij het Healthy loket\*. Ze worden fitter en vaardiger bij sportlessen, hun kennis wordt vergroot bij expedities en ze krijgen erkenning bij verkiezing tot Held van de Dag. Dit is een erkenning voor uitstekend gedrag en goede inzet.

De ouders:

- hebben na de eerste twee kampweken vertrouwen in het keren van gewichtstoename van hun kind.

\*Het Healthy Loket is de plek waar kinderen dagelijks een begeleidingsgesprek ontvangen, terugkijken op de dag, evalueren en beloningen ontvangen op basis van inzet en gehaalde doelen.

## **2. Activeren van en aansluiten op relevante actoren in het systeem met focus op ouders**

De kinderen:

- krijgen tijdens de kampweken inzicht in hun eigen sociale netwerk; inzicht in de mensen in de omgeving die hem/haar kunnen helpen (zijn/haar supporters) en inzicht in hoe de mensen hem/haar kunnen helpen. Tijdens de terugkomweek krijgen ze inzicht in of ze daadwerkelijk zijn geholpen.
- vervolgen hun verandertraject na de interventie in een lokaal beweeg- of interventie-aanbod.

De ouders:

- verkrijgen kennis van de tools en technieken die in de interventie worden gebruikt;
- delen ervaringen met andere ouders;
- identificeren overtuigingen die hen belemmeren bij de ondersteuning van de leefstijlverandering van hun kind en henzelf;



- ouders leren over gedragscorrectie bij kinderen en ze leren hun kind te betrekken bij beslissingen omtrent voeding en beweging.

De verwijzers:

- zijn op de hoogte van de ervaringen en bijzonderheden van het kind op het zomerkamp en gedurende de rest van de interventie. Indien nodig ontvangen de verwijzers na afloop kritieke adviespunten over ieder kind en ze ontvangen een terugkoppeling van de mini-behandelplannen opgesteld door de Centrale Coach\*\*;
- ontvangen advies vanuit de interventie om duurzame begeleiding op maat te kunnen blijven bieden;
- kunnen met het kind en het gezin voortbouwen op de gegeven adviezen en de gemaakte doelen bij het exitgesprek.

Andere systeemactoren (bijvoorbeeld naaste familie, school, et cetera)

- doel is dat het kind en familie meer inzicht verkrijgen in de actoren die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de leefstijlverandering van het kind en om deze actoren te activeren (zoals de interne begeleider of mentor op school).

\*\* De Centrale Coach is de functionaris belast met het centrale overzicht van ontwikkeling en voortgang van alle individuele kinderen en beheert het groei- en beloonstelsel.

### **3. Verbeteren gebruik wilskracht m.b.v. groei, beloning en plezier**

De kinderen:

- leren en ervaren tijdens de kampweken dat directe wensen niet altijd meteen vervuld hoeven worden. (bijvoorbeeld eten op vaste tijden, stilzitten, et cetera);
- leren en ervaren dat je voor een groter effect meer moeite moet doen (de beloning op lange termijn na het tonen van goed gedrag is groter dan de directe beloning die ongewenst gedrag oplevert);
- kunnen persoonlijke doelen voor een dag of week formuleren, deze monitoren, hierop reflecteren en daarop hun gedrag aanpassen;
- ervaren waardering, beloning en erkenning voor positief gedrag en inzet vanuit team, ouders en andere kinderen.

### **4. Vermindering van Voedselverslaving met het Reward Neural System**

De kinderen:

- kunnen benoemen waar ze van genieten, los van eten;
- leren en ervaren dat belonende of positieve gevoelens ervaren kunnen worden door andere dingen dan voeding, zoals muziek, ritmische zintuiglijke prikkeling, positieve interactie met anderen, gedrag volgens normen en waarden, fysiek contact, et cetera;
- kinderen leren en ervaren om in moeilijke situaties terug te grijpen op de leuke dingen in plaats van op voeding. De kinderen ontdekken welke belonende gevoelens thuis op te wekken zijn.

De ouders:

- ontdekken voor of met hun kind eenvoudige manieren om in de thuissituatie meer te bewegen en met plezier te bewegen;
- leren hoe ze hun kind kunnen belonen zonder dit te hoeven koppelen aan eten.

### **5. Het bevorderen van gezond leefstijlgedrag**

De kinderen:

- weten wat de risico's van een ongezonde leefstijl zijn en ze weten wat de mogelijke consequenties hiervan zijn;
- weten wat het belang van bewegen en gezonde voeding is;
- leren de basishandvatten voor een gezonde leefstijl op basis van de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG) richtlijnen;
- worden zich tijdens de kampweken bewust van hun eigen ongezonde leefstijlgedrag;
- delen ervaringen met 'lotgenoten';
- bepalen in overleg met de Centrale Coach hun eigen individuele groeiplan voor het zomerkamp, indien noodzakelijk. Ze vormen tijdens het kamp een relevant persoonlijk doel voor thuis.

De ouders:

- leren de basishandvatten voor een gezonde leefstijl op basis van AAGG richtlijnen (flyer) en hebben kennis van gezond gewicht voor hun kind;
- leren hoe ze gezond boodschappen kunnen doen;
- leren wat voor hun kind de risico's van een ongezonde leefstijl zijn en wat de mogelijke consequenties hiervan zijn. Ze leren wat gezond beweeggedrag, gezonde voeding en een gezond slaappatroon is;

Het is mogelijk dat niet ieder kind alle doelen behaalt. Met een programma *op maat* krijgt ieder kind extra aandacht voor het onderdeel waar dat nodig is.

### 1.3 Aanpak

**Opzet van de interventie** – max 200 woorden

*Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)? Voeg eventueel een schema toe als bijlage.*

Obesitas is een normale reactie van het lichaam op een abnormale omgeving. Primair ontstaat overgewicht door gedrag dat gestuurd wordt door een wisselwerking van biologische, psychologische en omgevingskenmerken. Doordat overgewicht multifactorieel is, is het vaak een symptoom van onderliggende problemen. De belemmerende en bevorderende factoren die vaak direct effect hebben op het voedings-, beweeg-, en slaappatroon zijn daarin het meest relevant om overgewicht aan te pakken.

Die aanpak is in samenhang en in samenwerking met professionals.

Het Basismodel Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas kent 6 processtappen. Van het constateren van overgewicht, vaststellen wat er speelt, het bespreken van de samenhang en aanpak, tot het maken van een plan, overgaan tot actie en zorgen dat het blijft werken (*Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht en Proeftuin Ketenaanpak Overgewicht Kinderen, 2017*).

De F&HSP zoekt aansluiting in deze ketenaanpak en met name onder de vijfde stap: 'overgaan tot actie'. De F&HSP draagt proactief bij aan deze aansluiting en geeft indien nodig (gedeelde) invulling aan delen van fasen 2 tot en met 4 van de ketenaanpak. De aansluiting op de bestaande keten zal per regio op maat plaatsvinden.

De F&HSP is geschikt als start voor leefstijlwijziging of als ondersteuning bij een traject om het kind en de familie echt in de actiefase te krijgen.

Om maximaal effect en het beoogde effect te bereiken dient een kind de volledige interventie te doorlopen. Bij uitval kunnen kinderen van de wachtlijst, vanuit het oogpunt van kostenefficiëntie, op basis van op maat afspraken, instromen.

**Inhoud van de interventie** – max 1200 woorden

*Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.*

*Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving. Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.*

De totale interventie bedraagt 5 maanden: een persoonlijk intakegesprek met het kind, de ouders en eventueel verwijzer, 2 weken zomerkamp met halverwege een familiedag, 7 wekelijkse sport- en beweeglessen en 3 ouderavonden, een terugkomweek, en tot slot een persoonlijk exitgesprek en een feestelijke reünie.

## **Vorbereidingen en Werving**

Voorafgaand aan de uitvoering vinden de projectvoorbereidingen plaats (locatie, activiteiten, inwerken, materialen, logistiek, et cetera).

Met nadruk op de periode van januari tot en met juli worden via de verwijzers (OKA-JGZ) kinderen aangemeld voor de F&HSP. Ten grondslag hieraan ligt een wervingsplan dat per regio op maat vast moet worden gesteld. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de "verwijsinformatie voor professionals" (zie bijlage 1).

## **Uitvoering in 4 fasen en 2 subgroepen**

De organisatie van de interventie heeft plaats in vier fasen waarbij de groep kinderen in twee subgroepen wordt opgedeeld: de kinderen 9-12/13 jaar en de kinderen 13/14-16 jaar.

### **FASE 1: Kickstart:**

- Met telefonische voorbespreking aanmelding;
- Intake met ouder, kind en indien mogelijk verwijzer;
- 2 weken zomerkamp, inclusief overnachtingen;
- Oudersessie 1 t/m 5 (familiedag):
  - Oudersessie 1: Opvoeding 1: Voorbereiding op verandering ;
  - Oudersessie 2: Voeding 1: Goede voeding en drank, verbeterde boodschappenlijst, zicht op normaal eetpatroon (porties, aantallen, hoeveelheden);
  - Oudersessie 3: Voeding 2: Kennis gezonde variant voeding eigen cultuur;
  - Oudersessie 4: Slaap: Effect onregelmatig slapen op overgewicht, slaapregels en richtlijnen;
  - Oudersessie 5: Beweegstation met kennismaking diverse vormen van plezier en bewegen;
  - Oudersessie 6: Kennismaking met wat de kinderen doen en leren op het kamp.

### **FASE 2: Stapjes Thuis: 7 sport- en beweglessen**

- Oudersessie 7: Opvoeding 2: Regels en ongewenst gedrag kinderen;
- Oudersessie 8: Voeding 3: Stellen en handhaven van eetregels;
- Oudersessie 9: Belonen en de genietemmer.

### **FASE 3: Boostersessie**

- Terugkomweek;
- In de terugkomweek zijn de organisatie van het kamp en de dagen vergelijkbaar als de 2 kernweken. Het groei- en beloonsysteem loopt ook door;
- De kinderen krijgen een voortgangstoets waaruit een persoonlijk profiel volgt. Op basis van dit profiel sluiten ze aan bij een selectie van herhalingsexpedities en verdiepende expedities;

### **FASE 4 Integratie thuis**

- Overdracht naar ouders/verwijzer en overige systeemactoren met eindadvies;
- Exitgesprek met ouder, kind en indien mogelijk verwijzer. De geschreven overdracht met waarnemingen en adviezen voor kind, familie, verwijzer en het lokale vervolg staat in dit exitgesprek centraal;
- Zelfstandige periode met ruimte voor vragen;
- Feestelijke reünie: mijlpaal om naar toe te werken. Demonstraties van de kinderen. Uitreiking certificaat.

Meer informatie over de 4 fasen is te vinden in bijlage 3 Rode Draadboek Team. Daarin is ook te herleiden welke onderdelen verplicht zijn als basis en wat aanvullend of op maat is.

## **Groei- en beloonsysteem**

Als rode draad door het programma loopt een groei- en beloonsysteem. Uitgangspunt hiervan is dat de groei van de individuen centraal staat. Het is dus geen competitieve prestatiesfeer waarin er slechts één de beste kan zijn. Juist iedereen kan zijn uitdagingen, beloningen en niveau halen, onafhankelijk van de inzet van een ander. De exacte uitwerking hiervan is in bijlage 3 Rode Draadboek Team te raadplegen.

### **Illustratie van een dag op het zomerkamp**

Na de vrijwillige inloop bij de ochtendsport voor de vroege vogels, start de dag met een ontbijt. Onder leiding van de Tafelleider bespreken de kinderen belangrijke aspecten van de dag. Bijvoorbeeld welke doelen (aantal stappen, soort gedrag, eetkeuzes) ze moeten halen om hun dagelijkse beloning, de zogenaamde 'Healthy' te halen en hoe ze dat moeten doen om door te kunnen groeien naar het volgende niveau.

De Tafelleider neemt ook waar welke eetkeuze de kinderen maken. Kinderen hebben keuzemogelijkheden op het gebied van kwantiteit (ontbijt/lunch/diner) en kwaliteit (tussendoortjes). Er kan groen, oranje of rood worden gekozen en dat weegt mee bij het Healthy Loket. Dit stimuleert bewustwording (wat is goed en wat niet), verantwoordelijkheidsgevoel (ik moet zelf kiezen) en wilskracht en waardering op de lange termijn (de rode keuze *nu* laten, voor een beloning aan het einde van de dag/ceremoniecyclus) en bouwt een feedbackloop in die hen confronteert met hun eigen keuzes (Healthy Loket).

Na het ontbijt starten de kinderen met een roulatieschema in de ochtend van 3 stations: spelkeuze waarbij plezier centraal staat, een intensieve sportsessie waarin doorzetten juist meespeelt en een expeditie. Tijdens de expeditie (of workshop) werken de kinderen in groepjes van circa 5-8 kinderen onder leiding van minimaal 1 groepsleider. De groepsleider volgt daarbij de instructiemap. Er zijn 11 expedities en verschillende verdiepende modules waarin o.a. voeding-, slaap-, bewegingskennis, ontspanningstechnieken en hulp zoeken aan bod komen. In het Rode Draad Boek zijn deze terug te vinden. De eerste expeditie, waarin kinderen leren dat ze 'allergisch' zijn voor energie (te veel kcal), is toegevoegd in bijlage 4, bijlage 5 bevat de teaminstructie.

Na de lunch starten de kinderen met een middagprogramma waarin educatie en plezier samenkomen. Dit kan een boerderijbezoek zijn. Hierin wordt ook aandacht besteed aan de sociaal emotionele ontwikkeling omdat de kinderen verschillende gevoelens ervaren bij het bezoek van een boerderij, het voeren of aanraken van dieren en/of het melken van een koe. Het (h)erkennen en beschrijven van de emoties is iets wat de groepsleider dan stimuleert.

Het middagprogramma is het ideale vrije moment waarbij kinderen in een gecontroleerde omgeving eigen keuzes maken en gedrag laten zien, waarbij groepsleiders hun gedrag monitoren en indien nodig corrigeren of de kinderen motiveren. Dit gedrag kan positief of minder positief zijn en daarmee al dan niet bijdragen aan het doel van de dag.

Het einde van de middag staat in het teken van chilltijd en het Healthy Loket. Bij het Healthy Loket bespreekt het kind in ca. 5-15 minuten samen met de Centrale Coach en groepsleider hoe de dag is verlopen, welke afspraken wel en niet zijn nagekomen en of ze hun doelen voor het betreffende uitdagniveau hebben gehaald. Hebben ze het juiste aantal stappen gezet, actief deelgenomen, de regels gevolgd en de genietemmer gevuld (Reward Neural System)? Tijdens het Healthy Loket komen verschillende belangrijke elementen uit de Stages of Change terug zoals 'Stimuleer reflectie op gedragsdoelen', 'Stimuleer zelfmonitoring van gedrag' en 'geef feedback op prestaties'. Op basis van het beeld van het kind, de groepsleider en de Centrale Coach ontvangt het kind wel of geen 'Healthy'.

Het Healthy Loket is tevens het moment om *custom made* afspraken met de kinderen te maken en te monitoren en zodanig aan te sluiten op de juiste Stage of Change van het kind. Het complete dossier is hierbij aanwezig zodat snel een koppeling kan worden gemaakt tussen waargenomen gedrag en de door ouder, kind en verwijzer gerapporteerde thuissituatie. Denk aan informatie uit het dagboek, de anamnese en de intake. Een kind dat in de actiefase zit kan zo bijvoorbeeld effectief werken aan het activeren van hulp in de thuisomgeving terwijl een kind in de overweging bijvoorbeeld een aparte bewustwordingsactiviteit kan krijgen.

Tweemaal in de week staat de avond in het teken van een spannende en belangrijke ceremonie. Deze avond komt het volledige groei- en beloningssysteem samen. Kinderen doorlopen verschillende stations om uiteindelijk het oordeel van de 'Koning of jury' te horen: wel of niet door naar het volgende niveau inclusief

bijbehorende privileges (ontvangst medaille, Health Coins te besteden bij Health Shop, beltijd). Op basis van de Healthies en het totaaloverzicht gaat het kind door of niet.  
Ter illustratie zijn in bijlage 6 de eisen van het niveau 'Pioneer' raad te plegen.

## 2. Uitvoering

### **Materialen** – max 200 woorden

*Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?*

Voor de uitvoering van de interventie is het volgende in ieder geval benodigd:

- Rode draadboek
- Draaiboek
- Expeditiemappen kinderen
- Expeditiekaart instructie voor teamleden
- Expeditiematerialen
- Keukenkaart (met o.a. voedselveiligheid, recepten, formulieren)
- Formulieren (o.a. voor nulmeting, weegmoment, kwaliteit van leven, et cetera).
- Themamateriaal /knutselmateriaal
- Sportmateriaal

### **Locatie en type organisatie** – max 200 woorden

*Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?*

Vereisten voor de locatie zijn:

- Groepsaccommodatie met grote groepsruimte, ruime keuken, voldoende sanitair en veel buitenspeelruimte;
- Overnachtingsmogelijkheid voor kinderen en teamleden;
- Diverse sportvelden op maximaal 5-10 minuten loopafstand;
- Natuurlijke omgeving;
- In nabije omgeving diverse outdoor activiteiten mogelijk;
- Zwembad dichtbij;
- Sporthal dichtbij.

### **Opleiding en competenties van de uitvoerders** – max 200 woorden

*Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?*

Gezien de diverse functies is hieronder een samenvattend overzicht verstrekt. Werving vindt plaats op basis van vacatures met functiebeschrijvingen met opleiding en competenties.

Er is een projectteam en uitvoerend team dat elkaar deels overlapt. Iedere functie vereist specifieke vaardigheden en opleidingsachtergrond. Daarnaast krijgt ieder teamlid een interne 3-daagse training voor het uitvoeren van deze interventie.

#### **Projectteam:**

- Projectleider (HBO+)
- Sr. Orthopedagoge (WO)
- Inhoudsdeskundige (WO)
- Secretaresse (MBO)

#### **Uitvoerend team:**

- Campmanager (1x)
- Groepsleider (5-7x)
- Kampstaf (4-6x)
- Senior, medior en junior gastinstructeurs.

De individuele profielen zijn na te lezen in bijlage 7.

Nadat het uitvoerend team is samengesteld krijgt zij 3 trainingdagen om voorbereid te worden op de werkzaamheden.

### Teamprofiel

De kracht van de uitvoering ligt in de samenstelling van het team. Diverse teamvaardigheden zijn noodzakelijk binnen de F&HSP. Deze vaardigheden worden bereikt door de som van vaardigheden van individuele teamleden die bestaat uit de functies campmanager, groepsleider en kampstaf. In het team moeten vaardigheden zitten op het gebied van leidinggeven, gesprekstechnieken, opvoeding, empathie, et cetera.

Op basis van de teamsamenstelling worden diverse (tijdelijke) functies verdeeld: assistent campmanager, materiaalfunctionaris, keukenchef, EHBO-expert, medicatie-expert, achterwacht, hoofd en assistent bestuurder, social media expert, dagleider en assistent dagleider, avonddienst, tafelleider.

In bijlage 7 zijn de functieprofielen en het teamprofiel verder toegelicht.

### **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

Om de kwaliteit van de interventie te waarborgen en te verhogen is er een intensieve evaluatiecyclus per uitvoering. De evaluatie wordt door de projectleider geleid en behelst:

- Informele evaluatie en ontwikkeling: Vindt plaats tijdens de uitvoering en leidt indien nodig tot directe aanpassingen in het programma. De leidinggevende functionarissen (projectleider, campmanager) en adviseur (orthopedagoge) hebben hier een belangrijke rol in. Zij nemen waar en passen het programma aan, onder andere op basis van de input van de uitvoerende teamleden (zoals groepsleiders) maar ook de kinderen / ouders. Voorbeeld: dagelijkse bespreking/mini-evaluatie op zomerkamp.
- Formele evaluatie en ontwikkeling. Vindt plaats op basis van de volgende systematiek:
  - Constatering van een sterk of zwak punt;
  - Beschouwing van de context van dit punt;
  - Aanbeveling hoe hiermee om te gaan in de toekomst.

Deze Constateringen, Beschouwingen en Aanbevelingen (CBA) worden onderverdeeld in hoofdaandachtsgebieden: Personeel (Doelgroep en Team), Informatiestromen, Operatie en Logistiek (PIOL).

De inventarisatie van de evaluatiepunten heeft o.a. plaats door:

- Verwerking van aantekeningen gemaakt tijdens het kamp in evaluatiedocument;
- Focussessie;
- Interviews door projectleider met key players: orthopedagoge, 2 of 3 groepsleiders en campmanager;
- Vraaggesprekken door projectleider met ouders;
- Evaluatieformulieren voor ouders/kind in te nemen bij de exit.

De formele evaluatie heeft in 2 delen plaats. De kern in september/oktober na fase 1 waarna deze wordt aangevuld met evaluatie van fase 2,3 en 4.

Voor elke aanbeveling wordt vastgesteld of deze wordt doorgevoerd in het volgende jaar. Dit resulteert in een actie- en implementatieplan.

In de zomer van 2016 heeft een procesevaluatie plaatsgevonden (zie hoofdstuk 4 Onderzoek), mede op basis hiervan is het programma verbeterd en uitgebreid waar mogelijk.

### **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

*Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?*

Randvoorwaarden zijn:

- Er is een financiële basis bij de inkoopende partij (de betreffende gemeente) om deelname aan F&HSP te financieren.
- Bij zelfstandige programma-uitvoering voor een hele groep kinderen: tijdige besluitvorming is noodzakelijk om de voorbereidingen optimaal uit te voeren.

- Er zijn binnen de Gemeente functionarissen aangewezen – bijvoorbeeld de JGZ/jeugdverpleegkundige – die de langdurige begeleiding van obese kinderen waarborgen en waarmee overdrachten voor en na de interventie plaatsvinden.
- Passende locatie: Als de locatie niet voldoet aan de eisen/wensen is het lastiger om de uitvoer van het programma naar wens te doen. De diversiteit van het programma is mede afhankelijk van de locatie en de omgeving.
- Team. Het team is divers, essentieel is de aanwezigheid van teamleden met een sportieve achtergrond, pedagogische achtergrond, voeding-/gezondheid gerelateerde achtergrond en of migratie-achtergrond. Het streven qua migratieachtergrond in het team is om deels een afspiegeling van de doelgroep in het team te hebben.
- Minimale groepsgrootte: 12 kinderen. De groep wordt opgesplitst in minimaal 2x6 kinderen. Kinderen van 9-12 / 13 jaar volgen het programma grotendeels apart van de groep 13 / 14-16 jaar.

### **Implementatie** – max 200 woorden

*Is er een systeem voor implementatie?* Geef een samenvatting.

De interventie kan ook voor andere steden dan voor Gemeente Amsterdam uitgevoerd worden door The BootClub zelf. Hiervoor kan contact worden opgenomen met The BootClub via [info@the-bootclub.com](mailto:info@the-bootclub.com) om de mogelijkheden te bespreken.

### **Kosten** – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie?* Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

#### **Personeelskosten (groep 22 kinderen) (inclusief indicatie uurtarief)**

##### Personeel Projectteam

- Circa 700 uren algemeen management, projectmanagement, casemanagement, ca. €90 / uur
- Circa 100 uren secretariële ondersteuning, ca. €45 / uur
- Circa 100 uren inhoudsdeskundige, ca. € 85 / uur
- Circa 100 uren Sr. Orthopedagoge, ca. €95 / uur
- Diverse uren overige betrokken adviseurs/specialisten

##### Uitvoerende teamleden.

- 280 uren, campmanager, o.b.v. (semi) vrijwilligersvergoeding
- 280 uren, 4-5 kampstafleden, o.b.v. (semi) vrijwilligersvergoeding
- 280 uren, 5-7 groepsleiders, o.b.v. (semi) vrijwilligersvergoeding
- 200 uren, sportinstructeurs

#### **Materiële kosten**

Naast de personeelskosten moet rekening worden gehouden met diverse andere kosten zoals:

- Huur groepsaccommodatie 3 weken
- Transport
- Inkoop voeding
- Inkoop lesmateriaal
- Activiteiten, zoals een bezoek aan de dierentuin
- Overige bijkomende kosten

#### **Totale kosten\*,\*\***

Deze interventie met 320 uren begeleiding vraagt een significante investering per kind. Daar staat tegenover dat de interventie het kind en de familie reëel perspectief biedt om uit een negatieve spiraal te komen, forse 'winsten' te behalen op het gebied van kwaliteit van leven, bij te dragen aan en te participeren in de maatschappij en enorme zorgkosten die een obees kind en familie maakt, te vermijden.

In de onderbouwing (H3) worden de kosten van de maatschappij toegelicht en hoe deze interventie in potentie kosteneffectief is.



Een indicatie van de totale kosten van de interventie zijn circa €132.000 - €165.000 per uitvoering per jaar inclusief wervingsinspanning voor een groep van 22 kinderen. Dat is €6000 - €7500 per kind of €18,75 - €22 per uur begeleiding.

Afhankelijk van de regio, wervingsinspanningen, serviceniveau naar deelnemende families, specifieke wensen opdrachtgever op o.a. gebied van vervoer, lokale karakter doelgroep en aansluiting op de keten, kunnen de kosten grofweg variëren in de gegeven bandbreedte.

Ter illustratie: het verzorgen van gratis transport voor de kinderen en families zoals bij de huidige uitvoering van het woonadres naar de verschillende kampweken en sportmomenten heeft aanzienlijk invloed op het totaal tarief. Ook de inspanning die maximale opkomst van ouders en kinderen borgt, zal per regio naar verwachting verschillen.

In de huidige opzet worden de kosten gedragen door de inkoopende Gemeente/GGD. De deelnemende gezinnen voldoen aan de organisator een borg die in stappen terug wordt verdiend.

\*.Naar mate de interventie verder groeit en ontwikkelt heeft dit positief effect op de kosten omdat het innovatieve karakter minder drukt op de personele inzet en de kosten kunnen worden geoptimaliseerd door o.a. standaardisering en procesoptimalisatie. Ter illustratie: Een vaste locatie met draaiboek dat gekoppeld is aan deze locatie voorkomt dat er jaarlijks uitgebreid op de kaart en fysiek verkend moet worden voor aanvang en dat uitvoeringsdocumenten op basis van deze verkenning moet worden doorgedacht en aangepast.

\*\* Alle tarieven zijn excl btw.

### 3. Onderbouwing

**Probleem** – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

#### **Lagere kwaliteit van leven**

De doelgroep van deze interventie heeft te kampen met obesitas en een verhoogd GGR. Dit leidt op termijn tot gezondheidsproblemen en nevenproblemen die gepaard gaan met obesitas, zoals hart- en vaatziekten (*Baker 2007, Partnerschap Overgewicht Nederland 2010; Partnerschap Overgewicht Nederland 2011*), het metabool syndroom (*Sun 2008*), maar ook is de mortaliteit hoger bij volwassenen die als kind en als volwassene te zwaar waren (*Twig 2014*). Daarnaast spelen een lagere kwaliteit van leven en een lage fitheid een grote rol bij overgewicht en obesitas. Naarmate iemand langer of ernstiger obesitas heeft is de kans op gezondheidsproblemen groter (*Baker 2007, Tirosh 2011, Partnerschap Overgewicht Nederland 2010*). Doordat veel kinderen met overgewicht gepest worden draagt dat bij aan een lagere kwaliteit van leven. (*Schwimmer 2003*). Uit ervaring is gebleken dat emotie-eten of eten uit verveling vaak voorkomt bij deze doelgroep.

#### **Amsterdam**

In de regio Amsterdam komt overgewicht bij 15,4% van de jongens en 17,6% bij de meisjes van 10 jaar voor. In totaal heeft zelfs 3,8% van de jongens obesitas en 5,0% van de meisjes. (*GGD 2015-2016*) Geschat wordt dat zelfs ongeveer 2300 kinderen in Amsterdam morbide obesitas hebben. Dit komt neer op 1,5% van alle kinderen (*GGD 2009-2015*).

Onder kinderen van allochtone afkomst komt overgewicht meer voor, met name bij kinderen van Turkse (34,2%), Marokkaanse (25,2%) en Antilliaans of Arubaanse (22,8%) afkomst. Het percentage Nederlandse Amsterdamse kinderen met overgewicht was in 2014-2015 8,6%. Voor obesitas gelden de volgende cijfers: Turks 12,9%, Marokkaans: 7,0%, Antilliaans of Arubaans: 5,7% en Nederlands 1,6%. (*GGD 2009-2015*)

#### **Kosten maatschappij**

Obesitas kost de maatschappij wereldwijd maar liefst 2000 miljard euro per jaar. Na zorgkosten als gevolg van oorlog en roken is obesitas de derde grootste kostenpost. (*Dobbs 2014*) De World Obesity Federation riep tijdens de World Obesity Day van 11-10-2016 met klem op tot *Urgent Government Action*. De gevolgen van obesitas voor de maatschappij zijn immers groot.

Ook in Nederland zijn de kosten van zorg als gevolg van overgewicht en obesitas hoog. De kosten van zorg als gevolg van overgewicht (€1,6 miljard) en inactiviteit (€1,3 miljard) bedroegen in 2010 €2,9 miljard. Andere typische zorgkosten zoals hoge bloeddruk (€2,2 miljard) zijn daarin niet meegenomen terwijl ze wel potentieel worden veroorzaakt door overgewicht of inactiviteit. (*In't Panhuis-Plasmans 2012*)

De kosten die in een volledige levenscyclus worden gemaakt als gevolg van obesitas zijn enorm. Ter illustratie, een kind met obesitas, die op middelbare leeftijd diabetes mellitus type 2 krijgt (35 jaar) en daar 35 jaar mee moet kampen waarvan hij de laatste 15 jaar hart- en vaatpatiënt is, kost de maatschappij al snel: €202.377. En deze kosteninschatting neemt de maatschappelijke kosten als gevolg van ziekteverzuim, verminderde arbeidsproductiviteit en verminderde kwaliteit van leven niet mee. (*Volksgezondheidszorg.info 2011*). Een conservatieve illustratie: sommige kinderen uit de doelgroep hebben zelfs al (pre)diabetes type 2.

De kosten van de grofweg 60 á 70 ongezonde levensjaren die een onbehandeld obees kind voor zich heeft liggen, zijn zo hoog dat het tijdig interveniëren bij deze doelgroep een zeer waardevolle investering is. Dit maakt de interventie in potentie een kosteneffectieve keuze die de maatschappij veel waarde oplevert.

## Oorzaken – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?*

Er zijn verschillende probleemfactoren en bevorderende factoren die een grote rol spelen bij het ontstaan van overgewicht en obesitas:

Als probleemfactoren zijn onderkend:

### *Gebrekkige sociaal emotionele ontwikkeling*

- Emotie-eten als gevolg van verhoogde psychische stress (*Nieuwenhuizen 2008, Strien 2006, Van Mil 2015*)
- Sociaal emotionele achterstanden op het gebied van lichaamsbewustzijn, gevoelsblindheid en emotieregulatie, (*Strien 2006, Verbeken 2013*)
- Negatief zelfbeeld, lage zelfwaarde en laag zelfvertrouwen, laag mentaliserend vermogen (*Griffiths 2010, Tsiros 2009, Buttita 2014*)
- Sociale isolatie (*Griffiths 2010, Tsiros 2009, Buttita 2014*)

### *Zwakke executieve functies*

- Zwakke executieve functies (het niet goed in staat zijn om impulsen te beheersen en om zelf controle uit te oefenen) (*Verbeken 2013, Van Mil 2015*).

### *Voedselverslaving en ongezond eetgedrag*

- Dwangmatig eetgedrag (*Keser 2015*)
- Craving (*Laurent 2015*)

### *Leefstijlgedrag*

- Sedentair gedrag, bijvoorbeeld televisie kijken. (*Hancox 2006, Hancox 2004, Kral 2010*)
- Gebrek aan kennis over een gezonde leefstijl. (*Adamo 2014*)
- Slaapttekort. Bij kinderen die twee uur minder slaap krijgen dan ze gemiddeld nodig hebben blijkt meer dan twee keer zo vaak overgewicht voor te komen dan bij kinderen die wel voldoende slapen. Dit kan verklaard worden uit veranderingen in de hormoonspiegels van ghreline en leptine en een langere duur van de dag waardoor meer eetmomenten kunnen plaatsvinden. Bovendien kan het glucosemetabolisme in negatieve zin veranderen door een slaapttekort. (*Patel 2008, Van Mil 2015*)

Naast deze factoren zijn er nog factoren die oorzaken zijn van het ontstaan van overgewicht en obesitas maar die buiten het bereik van de invloed van de interventie vallen:

*Overige factoren (moeilijk te beïnvloeden) (Weng 2012, Parsons 1999, Campbel 2014, Magary 2003, Whitaker 1997, Van Mil 2015)*

- factoren rond de zwangerschap,
- sociaal economische status
- ouders met obesitas beïnvloeden het risico op obesitas bij kinderen

Daarnaast zijn er ook beschermende factoren tegen obesitas (*Cornier 2008, De Mattia 2006*):

- Kennis: weten wat gezond is kan een goede basis vormen om een gezonder eetpatroon aan te leren. Daarnaast is kennis over emoties en het leren herkennen van emoties een belangrijk aspect voor de sociaal emotionele ontwikkeling;
- Het hebben van zelfvertrouwen;
- Leefstijl:
  - o Eetpatroon: voeding gebaseerd op complexe koolhydraten in plaats van suikers, eiwitten, onverzadigde vetten in plaats van verzadigde vetten en veel vezels, zijn belangrijk in de preventie of het bestrijden van het metabool syndroom, evenals het drinken van water;
  - o Beweging: meer beweging leidt tot een verlaagd risico op hart- en vaatziekten en Diabetes Mellitus Type 2, met name door een verlaging van de insulineresistentie en de hyperlipidemie. Dit gaat gepaard met gewichtsverlies, wat ook bekend staat als een beschermende factor voor het verkleinen van de kans op diabetes. Daarnaast kan beweging

ertoe bijdragen dat het lichaamsgewicht zich stabiliseert bij personen die succesvol afgevallen zijn.

### *Systeembetrokkenheid*

Tot slot heeft het volledige systeem rondom het kind een enorme impact op een positieve sociale ontwikkeling. Een positieve sociale ontwikkeling draagt bij aan het succes van een leefstijlverandering. De volgende 10 beschermende factoren dragen hieraan bij. (*Ince et al, 2013*)

- Sociale binding
- Kansen voor betrokkenheid
- Prosociale normen
- Erkenning en waardering voor positief gedrag
- Steun van belangrijke volwassenen in de omgeving
- Constructieve tijdsbesteding
- Competenties (sociaal, emotioneel, gedragsmatig)
- Cognitieve vaardigheden
- Schoolmotivatie ('commitment to learning')
- Positieve identiteit

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

### **Aan te pakken factoren** – max 200 woorden

*Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?*

De interventie pakt de volgende probleemfactoren en beschermende factoren (pijlers) van obesitas aan:

1. *Gebrekkige sociaal emotionele ontwikkeling* (Bevorderen lichaamssensaties, emoties herkennen, emoties reguleren, mentaliserend vermogen, zelfbeeld);
2. *Systeembetrokkenheid* (betrekken van ouders, andere naaste familie, verwijzer, eventueel school en andere interventies);
3. *Zwakke executieve functies* (Stimuleren van impulscontrole/responsinhibitie, taakinitiatie stimuleren, werkgeheugen stimuleren);
4. *Voedselverslaving/ongezond eetgedrag* (verminderen van ongezond eetgedrag, ervaren dat een beloningsgevoel ook gehaald kan worden uit andere dingen dan voeding met behulp van het Reward Neural System van Bruce D Perry);
5. *Leefstijlgedrag* (kennis vergroten, bewustwording van ongezonde leefstijl, belemmerende overtuigingen van ouders inzichtelijk krijgen, inzicht krijgen in oorzaak slaapgebrek en het slaapritme verbeteren).

De samenhang tussen probleem/beschermende factoren, aanpak per pijler en subdoel is terug te zien in bijlage 2.

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

### **Verantwoording** – max 1000 woorden

*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.*

#### **Aansluiting Keten, Opzet en Duur**

Obesitas is gekenmerkt als chronische ziekte. (*Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010*) Hierbij is een ketenaanpak zoals in Amsterdam en 's Hertogenbosch (*Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht en Proeftuin Ketenaanpak Overgewicht Kinderen, 2017*) essentieel. De F&HSP sluit zich aan bij de bestaande keten en legt de basis van een duurzame leefstijlverandering in de vijf maanden die de interventie duurt. Zodra ernstig overgewicht is geconstateerd, de thuissituatie stabiel is voor het kind en daarmee ruimte is voor verandering, komt de F&HSP in beeld.

Het betrekken van het systeem dient hierin een wezenlijke functie. Immers, door het systeem te betrekken is de kans op duurzame leefstijlverandering veel groter, met name als de ouders de juiste manier van

opvoeden toepassen (*Gerards 2015, Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht en Proeftuin Ketenaanpak Overgewicht bij Kinderen 2017*).

### **Opzet en duur**

De F&HSP is een integraal en zeer intensief traject voor elk kind en elke familie die deelneemt. Dit is gezien de complexe problematiek en onderliggende oorzaken ook noodzakelijk. Het programma bestaat daarom uit maar liefst 320 uren begeleiding, verdeeld over een periode van 5 maanden. Het betreft een intake, twee weken zomerkamp, periode in de thuissituatie met 7 sportlessen en 3 ouderavonden, de terugkomweek, een persoonlijk exitgesprek en een feestelijk einde.

Langdurige zorg is essentieel bij kinderen met obesitas. (*Rijks 2015, Appelo 2011, Partnerschap Overgewicht Nederland 2011, Makkes 2014*) In het onderzoek van Rijks (2015) naar duurzame gedragsverandering bij kinderen met obesitas werden als gedragsveranderingstechnieken, motivational interviewing, het stellen van doelen, het geven van positieve stimulans, sociale ondersteuning en preventie van terugval, gebruikt. De effectiviteit van het programma kwam voort uit: het bieden van een programma op maat, met een persoonlijke 'case manager' (zoals de verwijzer) en de combinatie tussen sport, plezier en educatie.

In de F&HSP zijn deze elementen vertegenwoordigd. Van belang is dat de gezondheidsproblemen die optreden als gevolg van een ongezonde leefstijl het beste aangepakt kunnen worden door de leefstijl als geheel aan te passen (*Cornier 2008, Oude Luttikhuis 2009*). De opzet van een leefstijlkamp faciliteert dit uitermate goed.

Bovendien is deelname aan een leefstijlkamp voor kinderen met obesitas eerder succesvol gebleken (*Cooper 2006, Makkes 2014*). Uit het onderzoek van Makkes (2014) bleek dat een periode intern effectief was om een daling in BMI te bewerkstelligen.

Het is daarnaast aanbevolen door eerder onderzoek om een 'booster sessie' op te nemen in het programma om de kennis en vaardigheden op te frissen. Dit is de reden dat in de F&HSP de kinderen een terugkomweek hebben na enkele maanden thuis. (*Gerards 2015*)

### **Verantwoording 5 pijlers**

#### **Stimulatie sociaal emotionele ontwikkeling en bijdragen aan zelfvertrouwen**

Onderzoek naar kinderen met obesitas heeft laten zien dat zij minder goed in staat zijn om emoties te reguleren dan kinderen zonder overgewicht. Tevens kan het verbeteren van de emotieherkenning en emotieregulatie bijdragen aan een vermindering van overgewicht (*Percinel et al, 2016*). Daarom bevat de F&HSP diverse elementen die zich richten op de sociaal emotionele ontwikkeling.

Tijdens het dagelijkse ritueel van het Healthy Loket is de benadering van het kind, met de ervaren moeilijkheden en strubbelingen, interactief optimistisch. Eventuele sombere en negatieve gedachten worden in het perspectief van mogelijkheden en bekwaamheden gezet (*Chansky, 2012*)

Het ervaren van beloning of straf bepaalt of veranderingen duurzaam zijn. (*Appelo 2011, Chansky 2009, Crone 2008, Ratey 2009*) Vele andere auteurs belichten in hun boeken de wederkerige invloed van brein, lichaam en beleving.

Door via oefeningen tijdens verschillende activiteiten stil te staan bij wat er in het lichaam gebeurt en hoe dit gedachten en emoties kan beïnvloeden leren de kinderen zichzelf steeds beter kennen. In de expedities krijgen de kinderen achtergrondinformatie (*Appelo 2011, Van Mil 2015*), zo veel mogelijk op hun leeftijd- en denkniveau aangepast. Tijdens de groepsmomenten horen kinderen van elkaar hoe verschillend de reacties kunnen zijn, hiermee wordt naast persoonlijke ervaringen ook aandacht besteed aan het vergroten van het metalliserend vermogen (*Verheugt-Pleiter et al. 2010*). En bij het Healthy moment denken de kinderen met de groepsleiders na hoe zij in geval van stress en frustratie het geleerde in praktijk kunnen brengen (*Berg &*

*Steiner, 2006*). Waar nodig bestaat de kans dat kinderen met de orthopedagoog in gesprek gaan om een persoonlijk plan op te stellen (*Furman, 2003*).

### **Activeren van en aansluiten op relevante actoren in het systeem met focus op ouders**

Tijdens het begeleidingstraject worden niet alleen de kinderen aangemoedigd elkaar te steunen, ook de ouders komen met elkaar in contact. Waar op de ouderdag tijdens het zomerkamp de voorzet is gegeven en ouders en kinderen samen hebben nagedacht over veranderingen, wordt de verdieping aangebracht in de ouderavonden. Zo wordt er nagedacht over opvoedingsstijlen (*Schenk, 2007*), belemmerende overtuigingen (*Van Mil, 2015*), het stellen van grenzen en leren omgaan met frustraties (*Berg & Steiner, 2006, Greene, 2014*) en communicatie met kinderen op verschillende niveaus, gedacht vanuit het brein (*Appelo, 2011, Hughes & Baylin, 2014*).

Vanuit de gelaagdheid van het brein (*Appelo, 2011*) is duidelijk dat het opgeven van automatismen regelmatig voor spanningen zorgt. Om hun kinderen te kunnen steunen op moeilijke momenten moeten ouders leren de spanningen te verdragen zodat zij hun kinderen kunnen blijven steunen en de self-monitoring niet alleen de verantwoordelijkheid van het kind is. Ook andere verzorgers moeten zich houden aan de veranderde leefstijl.

Zowel op de ouderdag als op de ouderavonden wordt aandacht besteedt aan de gezamenlijke worsteling met oude, ongezonde patronen. Waar dit van toepassing is in samenhang met de ontwikkeling van het puberbrein (*Crone, 2008*). Dit laatste niet als excuus maar als verklaring, gekoppeld aan concrete opvoedingsadviezen. Het hele gezin doet mee aan de verandering, ook als dat betekent dat er voordelen moeten worden opgeven. Door te werken aan de eigen verantwoordelijkheid, in plaats van situaties of andere personen de schuld van het probleem te geven, kan een verandering duurzaam zijn (*Appelo, 2011*). Veranderen werkt niet als de alternatieven als straf ervaren worden. Het alternatief moet de oude ongezonde beloningen vervangen, dat werkt alleen als er rekening gehouden wordt met de sterke onderliggende verlangens van de kinderen. Voedsel is geen troostmiddel maar een belangrijke brandstof om het lichaam gezond te houden. Dat vraagt om doorzetten en uithoudingsvermogen.

In de oplossingsgerichte psychologie worden problemen gezien als ontbrekende vaardigheden. Hierdoor kunnen oplossingen vertaald worden naar concrete acties waarmee de haalbaarheid overzichtelijker wordt (*Greene 2014, Berg & Steiner 2006, Furman 2003*). Door kinderen en ouders zelf mee te laten denken wordt het ook meer hun eigen plan en kunnen zij meer vanuit mogelijkheden en competenties denken (*Gerards 2015*).

### **Verbeteren gebruik wilskracht m.b.v. groei, beloning, plezier en beloning**

Het is voor kinderen moeilijk om om te gaan met voedselverleidingen als de executieve functies zoals impulscontrole, responsinhibitie en taakinitiatie onvoldoende zijn in een kind (*Verbeken et al, 2013*). Hiermee werkt de F&HSP aan de zwakke executieve functies.

Een veel gebruikte methode in de interventie is zelfmonitoring door middel van een daarvoor ontwikkeld instrument. Uit onderzoek is gebleken dat mensen die consequent zichzelf monitoren op het gebied van leefstijl succesvoller zijn in het blijvend aanpassen van hun leefstijl. (*Boutelle, 1998, De Ridder, 2012*) Daarnaast vergroten zij hun zelfcontrole door te monitoren en gemonitord te worden. (*Baumeister, 2011*). Regelmatige kleine beloningen en minder frequente grote beloningen ondersteunen dit groeiproces (*Baumeister, 2011*).

Furman (2003) staat op een praktische manier stil bij belonen, in de vorm van het maken van een plan om successen te vieren. Het gaat daarbij om een symbolische beloning waarbij het uitzicht hierop bijdraagt aan de motivatie om de vaardigheden die voor het nieuwe gedrag nodig zijn onder de knie te krijgen. Belangrijk is om het nieuw te leren gedrag te benaderen vanuit de voordelen die het oplevert. Hierdoor wordt het doel aantrekkelijker en waardevoller, wat bijdraagt aan de verhoging van de motivatie. Het betrekken van de omgeving en het benoemen van de eigen hulpbronnen helpt bij het vergroten van het vertrouwen in het welslagen van het plan.

Berg en Steiner (2006) benaderen problemen niet als vaststaand gegeven maar als veranderbaar en afhankelijk van de omgeving. Het begrip oplossingsgericht betekent dat het probleem verdwijnt als je je op mogelijke oplossingen richt. In hun aanpak ligt de focus op het dagelijks leven in plaats van de therapie-setting. Zij geloven dat er echte verandering optreedt als kinderen leren anders te interacteren met anderen. Door te focussen op eigen kracht, vaardigheden en vermogen van het kind kan het leren hier gebruik van te maken.

Al deze elementen: optimistische benadering, het ervaren van beloning, het vieren van successen en het betrekken van de omgeving worden in de F&HSP toegepast.

### **Vermindering van Voedselverslaving met o.a. het Reward Neural System**

Uit onderzoek komt steeds meer bewijs naar voren dat langdurig overeten kan leiden tot ontwenningverschijnselen, dwangmatig gedrag, en tolerantie, vergelijkbaar met drugs of een andere verslaving. Sommige kinderen kunnen in aanleg extra gevoelig zijn voor verslaving. (Van Mil 2015).

Het Reward Neural System van Bruce Perry stimuleert dat kinderen een belonend gevoel uit iets anders leren halen dan uit eten, bijvoorbeeld uit beweging of het tonen van goed gedrag (Van Mil 2015). Hiermee wordt gewerkt aan het verminderen van de voedselverslaving. Roney (2009) spreekt over pokon voor het brein als hij beschrijft welke hormonen vrij komen door bewegen. Hierdoor voelen kinderen zich niet alleen gelukkiger maar gaan ook beter presteren op school.

De kinderen ontdekken op de F&HSP waar ze van genieten. Vele diverse activiteiten stimuleren dit ontdekkingsproces door met dans, muziek, sport, et cetera bezig te zijn. Ze kunnen ook zelf bewust kiezen hoe ze de 'genietemmer' gaan invullen. Op dagelijkse basis komt dit genietaspect op diverse momenten terug en in de expedities is er meer inhoudelijke aandacht voor.

### **Het bevorderen van gezond leefstijlgedrag met Stages of Change**

De F&HSP volgt het gedragsveranderingsmodel van de Stages of Change (Prochaska, 2010). Verandering gaat in fasen. Van de ontkenningfase tot de onderhoudsfase. Door de juiste instrumenten in te zetten op het juiste moment, dus op basis van iemands bereidheid tot verandering, is de kans tot succes groter. De F&HSP kan een rol spelen voor iemand die (bijna) uit de ontkenning is tot in de actiefase.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen de 7 belangrijkste elementen om een leefstijlverandering aan te pakken, namelijk:

1. Geef informatie over link gedrag-gezondheid & stimuleer intentievorming,
2. Stimuleer identificatie van barrières & voer de moeilijkheidsgraad van taken op,
3. Stimuleer reflectie op gedragsdoelen,
4. Stimuleer zelfmonitoring van gedrag,
5. Geef instructie en geef feedback op prestaties,
6. Geef informatie over de link gedrag-gezondheid & geef informatie over de voor- en nadelen van de actie & gebruik afspraken na afloop van de interventie,
7. Betrokkenheid systeem,

Uit onderzoek onder interventies is gebleken dat deze elementen het meest effectief zijn om gedragsverandering te bewerkstelligen (Dusseldorp et al, 2014). Deze elementen zijn dan ook verweven door de F&HSP.

De vijf pijlers van de F&HSP zijn gebaseerd op de eerder gestelde probleem- of helpende factoren en benutten het systeem rondom een kind. In alle aspecten van de interventie kan een keerpunt plaatsvinden voor het kind, maar ook van het systeem.

Het kind en het gezin kunnen veranderen, waar nodig met steun van buitenaf. De ketenaanpak is er om dit proces te steunen, niet om het over te nemen.

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'*

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?*

*Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.*

*Beschrijf per onderzoek:*

- a) *De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)*
- b) *Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek*
- c) *Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.*

### Procesevaluatie iResearch 2016

Titel: Plezier en Gezondheid, dat wordt beloond! – Procesevaluatie F&HSC

Auteurs: Dr. Annemiek Visser, Geke van Dick, MSc, Malou Timmers, MSc

#### Het onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie. De onderzoeksmethoden die hierin gecombineerd zijn zijn: vraaggesprekken, analyses van administratieve gegevens, observaties en documentanalyse.

Het onderzoek heeft gedurende de gehele interventie in 2016 plaatsgevonden.

Informatie van de professionals werd verkregen door:

- Individueel interview met de projectleider en initiatiefnemer van The BootClub;
- Gesprekken (telefonisch) met 6 professionals die bij de uitvoering van de F&HSP betrokken zijn (1 campmanager, 3 groepsleiders, 2 kampstafleden);
- Focusgroep met het projectteam (initiatiefnemer, projectleider The BootClub, projectleider vanuit AAGG, inhoudsdeskundige vanuit The BootClub, senior adviseur orthopedagoge vanuit The BootClub);
- Quickscan onder verwijzers (telefonisch);
- Logboek van de campmanager;
- Afsluitend gesprek met de initiatiefnemer en de projectleider vanuit The BootClub.

Informatie over de doelgroep werd verkregen door:

- Observaties (4 maal, op verschillende kampdagen, de ouderdag tijdens het kamp en de oudermiddag);
- Interviews met de deelnemers (22 kinderen);
- Interviews met de ouders (10 ouders).

Voor verdere details, zie de procesevaluatie.

#### Samenvatting resultaten

##### Mate van uitvoering activiteiten volgens plan

“De uitvoering is grotendeels verlopen volgens plan met aandacht voor het stimuleren van groei, beloning en plezier. Dit geldt zowel voor het zomerkamp, de tussentijdse coaching op afstand als de terugkomweek.”

(Citaat uit het rapport van de procesevaluatie).

##### Bereik van de interventie

“Het merendeel van de kinderen die aan het F&HSP deelnamen behoorden tot de beoogde doelgroep.”

(Citaat uit het rapport van de procesevaluatie).



### **Waardering en ervaring van de uitvoerders**

“De teamleden zagen hun werkzaamheden voor het F&HSP als een waardevolle en bijzondere ervaring.” [...]. “De teamleden hadden er vertrouwen in dat alle inspanningen tot leefstijlveranderingen hebben geleid bij ten minste een deel van de kinderen. Het kamp heeft naar hun idee bijgedragen aan meer bewustwording en kennisontwikkeling over voeding en leefstijl en meer plezier beleven aan bewegen. Ook hebben de kinderen volgens hen hun kennis vergroot over gedrag en de omgang met anderen. De teamleden vroegen zich wel af in welke mate gezond gedrag thuis daadwerkelijk doorgezet zal worden. Hun verwachting was dat een aantal kinderen terug zal vallen in oude patronen, door een gebrek aan bewustwording en motivatie bij zowel de kinderen als de ouders. Zij verwachten dat gewoontes en culturele tradities een gezond voedingspatroon in de weg zullen staan. Intensievere ouderbetrokkenheid en langdurige begeleiding zouden volgens hen de effecten kunnen versterken.” (Citaten uit het rapport van de procesevaluatie).

### **Waardering en ervaring van de doelgroep**

“Het overgrote deel van de kinderen heeft het F&HSP beoordeeld met een zes of hoger. Op één kind na zouden ze allen het kamp aanraden aan anderen.” [...] “Kinderen gaven aan een verbeterde conditie te hebben. Naarmate het F&HSP vorderde zagen de deelnemers ook vaker de toegevoegde waarde van de expedities in.” [...]

“De ouders hebben het F&HSP beoordeeld met een ruime voldoende. De aandacht op meer dan alleen het stimuleren van beweging is volgens een van de ouders een sterk onderdeel van het F&HSP. De diversiteit aan activiteiten waardeerden meerdere ouders. De ouders waren enthousiast over de begeleiding tijdens het kamp. Volgens hen werd er goed naar de (haalbare) wensen van de kinderen geluisterd en er werd één lijn gehanteerd in de omgang met de kinderen. De meningen wisselden over de haalbaarheid van de gestelde doelen voor de thuisperiode.” (Citaten uit het rapport van de procesevaluatie).

### **Aanbevelingen**

- Goede balans tussen leefstijldoelen en aandacht voor overige (gedrags)problematiek:
  - o Verwijzers voorzien van concrete richtlijnen (in-/exclusiecriteria) voor verwijzing;
  - o Teamsamenstelling en begeleiding optimaliseren;
  - o Inhoud van de interventie afstemmen op de fasen van gedragsverandering van deelnemers.
- Intensiveren van de coachingsperiode en vergroten ouderbetrokkenheid;
- Langdurige begeleiding gewenst.

Deze aanbevelingen zijn rechtstreeks geciteerd uit het rapport van de procesevaluatie.

De aanbevelingen (betreffende balans leefstijl/gedragsproblematiek, teamsamenstelling en fasen van verandering) uit de procesevaluatie zijn meegenomen in de doorontwikkeling en bij de uitvoering in 2017.

De voornaamste aanpassingen zijn:

- Er is extra aandacht geweest voor werving van een diverser team, met meer psychologische en pedagogische achtergrond en met meer levenservaring.
- Er is een centrale coach betrokken op kritieke momenten in het programma.
- Er is meer begeleiding op maat, onder andere met Persoonlijke Behandelplannen en Verdiepende Modules.
- De begeleiding tussen het zomerkamp en de terugkomweek is uitgebreid naar een wekelijks sportmoment met de kinderen.
- Het oorspronkelijke terugkomweekend is uitgebreid naar een terugkomweek.
- De ouderbetrokkenheid is vergroot door in totaal 8 oudersessies uit te voeren waaronder 3 ouderavonden, een fysieke intake en exit.
- De interventie is in 2017 uitgebreid naar een periode van 5 maanden.
- De aansluiting op bestaande ketenzorg is verbeterd.

## **4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden**

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie? Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.*

*Beschrijf per onderzoek:*

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave*
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek*
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.*

Er heeft nog geen effectonderzoek plaatsgevonden.

*Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.*

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

*Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.*

Max 250 woorden

### **Inhoudelijke elementen:**

- Een intern verblijf, een boostersessie na afloop van het kamp, een persoonlijke benadering en langdurige zorg in de thuissetting. Ook is het essentieel om de ouders of verzorgers en overige systeemactoren rondom het kind actief te betrekken bij de interventie en de combinatie van plezier en gezondheid uit de zorgsetting te borgen. Deze elementen zijn terug te vinden in de theoretische onderbouwing (zie hoofdstuk 3).
- De 7 meest belangrijke elementen uit de stages of change zoals aangehaald in hoofdstuk 3 zijn verweven door de interventie en zijn zodanig een werkzaam element. Het eerder benoemde Healthy Loket waar kinderen aan het eind van de dag langskomen voor hun dagelijkse beloning vertaalt een deel hiervan. De interactie bij dit loket stimuleert 'reflectie op gedragsdoelen', 'zelfmonitoring van gedrag' en het geven van 'feedback op prestaties' van het kind.
- Daarnaast is ook uit het procesonderzoek (hoofdstuk 4) en de praktijkervaringen gebleken dat het een langetermijnprogramma moet zijn en dat er tijdens het kamp ruimte moet zijn om ervaringen met elkaar te delen.
- Onder hoofdstuk 1.3 Opzet staat het volgende werkzame element toegelicht: inbedding in de ketenzorg waardoor sterke lokale aansluiting en passend (extra) zorgaanbod is geborgd. Ook het groei- en beloonstelsel dat als rode draad door de hele interventie heen loopt is een werkzaam element.

### **Praktische elementen:**

- Enorm veel en intense begeleiding door uitvoerders die een speciale training hebben gevolgd (geen (para) medici).
- Een werkzaam element is de locatie-onafhankelijkheid, waardoor het programma – mits financiering is geborgd - bereikbaar is voor een opeens kind uit elke gemeente in Nederland. Voor kinderen en families die als enige in hun omgeving kampen met obesitas, kan dit programma dan in het bijzonder uitkomst bieden.

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

## 6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

1. Adamo K.B. & Brett K.E. (2014) Parental Perceptions and Childhood Dietary Quality. *Maternal and Child Health Journal*. 18, 978-995.
2. Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht & Proeftuin Ketenaanpak Overgewicht Kinderen (2017). Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas.
3. Appelo, M. (2011). *Het gelaagde brein*. Amsterdam: Boom.
4. Appelo, M. (2014). *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom.
5. Baker J.L., Olsen L.W. & T.I.A. Sørensen (2007). Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 23 (357), 2329-2337.
6. Baumeister R.F. & Tierney J. (2011) Raising strong children. *Willpower. Why Self-Control is the Secret to Success* (210). Londen. Penguin Group.
7. Berg, I.K. & Steiner, T. (2006). *Het spel van oplossingen*. Amsterdam: Pearson.
8. Boutelle K.N. & Kirschenbaum D.S. (1998) Further Support for Consistent Self-Monitoring as a Vital Component of Successful Weight Control. *Obesity Research* 6 (3) 219-224.
9. Buttita M., Iliescu C., Rousseau A. & Guerrien A. (2014) Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Quality of Life Research*, 23, 1117-1139.
10. Campbel F., Conti G., Heckman J.J., Moon S.H., Pinto R., PUnghello E. & Pan Y. (2014) Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. *Science*, 343 (6178), 1478-1485.
11. Chansky, T. (2012). *Het lukt toch niet*. Amsterdam: Hogrefe.
12. Crone, E. (2008). *Het puberende brein*. Amsterdam: Bakker.
13. Cooper C.B.S. & Sarvey S.R.N & Collier D. & Willson C. & Green I. & Pories M.L. & Rose M.A. & Escott-Stump S. & Pories W. (2006) For comparison: experience with a children's obesity camp. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2, 622-626.
14. Cornier M., Dabelea D., Hernandez T.L., Lindstrom R.C., Steig A.J., Stob N.R., Van Pelt R.E., Wang H. & Eckel R.H. (2008) The Metabolic Syndrome. *Endocrine Reviews*. 29 (7), 777-822.
15. D'Ansembourg, T. (2014). *Stop met aardig zijn*. Kampen: Ten Have.
16. De Mattia L., Lemont L. & Meurer L. (2006) Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obesity reviews*. 8, 69-81.
17. De Ridder D.T.D., Lensvelt-Mulders G., Finkenauer C., Stok F.M. & Baumeister R.F. (2012) Taking Stock of Self-Control: A Meta-Analysis of How Trait Self-Control Relates to a Wide Range of Behaviors. *Personality and Social Psychology Review*. 16 (1) 76-99.
18. Dobbs, R., Sawers, C., Thompson, Marryka, J., Woetzel, J., Child, P., McKenna, S., Spatharou, A., (2014) Overcoming obesity: An initial economic analysis. Discussion Paper. McKinsey & Company. 2014.
19. Dusseldorp E. & Van Genugten L. & Van Buuren B. & Verheijden M.W. & Van Empelen P. (2014) Combinations of Techniques That Effectively Change Health Behavior: Evidence From Meta-CART Analysis. *Health Psychology*, 33 (12), 1530-1540.
20. Furman, B. (2003). *De methode Kids Skills*. Soest: Boom/Nelissen.
21. Furman, B. & Beumer-Peeters, C. (2010). *Werkboek Mission Possible*. Huizen: Pica.
22. Gerards S.M.P.L. & Dagnelie P.C. & Gubbels J.S. & Van Buren S. & Hamers F.J.M. & Jansen M.W.J. & Van der Goot O.H.M. & De Vries N.K. & Sanders M.R. & Kremers S.P.J. (2015) The Effectiveness of Lifestyle Triple P in the Netherlands: A Randomized Controlled Trial. *Plos One*.
23. GGD. (2009-2015). *Gezondheid in Beeld*. Bezocht op 14-april 2016 van: <http://www.ggdgezondheidinbeeld.nl/>
24. GGD. (2015-2016). *Gezondheid in beeld*. Bezocht op 29-09-2017 van: <http://www.ggdgezondheidinbeeld.nl/>
25. Greene. R.W. (2014). *Het Explosieve kind*. Amsterdam: Nieuwezijds.
26. Griffiths L.J., Parsons T.J. & Hill A.J. (2010) Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*. 1-23.

27. Hancox R.J., Milne B.J. & Poulton R. (2004) Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal cohort study. *The Lancet* (364) 257-262.
28. Hancox R.J. & Poulton R. (2006) Watching television is associated with childhood obesity: but is it clinically important? *International Journal of Obesity*. 30, 171-175.
29. Hughes, D. & Baylin, J. (2014). *Opvoeden doe je met je brein*. Amsterdam: Hogrefe.
30. Ince D. & Van Yperen T. & Valkestijn M. (2013) Top tien positieve ontwikkeling jeugd, beschermende factoren in opvoeden en opgroeien. Nederlands Jeugdinstituut.
31. In't Panhuis-Plasmans, M., Luijben, G., Hoogenveen, R., (2012) Zorgkosten van ongezond gedrag. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
32. Keser A., Yüksel A., Yeşiltepe-Mutlu G., Bayhan A., Özsu E. & Hatun S. (2015) A new insight into food addiction in childhood obesity. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 57, 219-224.
33. Kral T.V.E. & Rauh E.M. (2010) Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiology and Behavior*. 100 (5), 567-573.
34. Laurent J.S. & Sibold J. (2015) Addictive-Like Eating, Body Mass Index, and Psychological Correlates in a Community Sample of Preadolescents. *Journal of Pediatric Health Care* 30 (3), 216-223.
35. Levine, P.A. & Kline, M. (2009). *Het weerbare kind*. Haarlem: Altamira.
36. Levine, P.A. (2014). *De stem van je lichaam. Trauma's helen met je lichaam als gids*. Haarlem: Altamira.
37. Long, N.J., Wood, M.M. & Fecser, F.A. (2003). *Praten met kinderen en jongeren in crisissituaties*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv.
38. Magary A.M., Daniels L.A., Boulton T.J. & Cockington R.A. (2003) Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. *International Journal of Obesity*. 27, 505-513.
39. Makkes S. & Renders C.M. & Bosmans J.E. & Van der Baan-Slootweg O.H. & Hoekstra T. & Seidell J.C. (2014) One-year effects of two intensive inpatient treatments for severely obese children and adolescents. *BMC Pediatrics*. 120 (16).
40. Michie M. & Abraham C. & Whittington C. & McAteer J. (2009) Effective techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: A Meta-Regression. *Health Psychology*, 28 (6) 690-201.
41. Nieuwenhuizen A.G. & Rutters F. (2008) The hypothalamic-pituitary-adrenal-axis in the regulation of energie balance. *Physiology and Behavior*. 94m, 169-177.
42. Oude Luttikhuis H. & Baur L. & Jansen H. & Shrewsbury V.A. & O'Malley C. & Stolk R.P. & Summerbell C.D. (2009) Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.
43. Parsons T.J., Power C., Logan S. & Summerbell C.D. (1999) Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*. 23, S1-S107
44. Partnerschap Overgewicht Nederland (2010) Zorgstandaard Obesitas.
45. Partnerschap Overgewicht Nederland. (2011) Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijnen 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'.
46. Patel S.R. & Hu F.B. (2008) Short Sleep Duration and Weight Gain: A Systematic Review. *Obesity*, 16 (3), 643-653.
47. Percinel I. & Ozbaran B. & Kose S. & Goksen Simsek D. & Darcan S. (2016) Increased deficits in emotion recognition and regulation in children and adolescents with exogenous obesity. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 1-19.
48. Perry, D. P. & Szalavitz, M. (2007). *De jongen die opgroeide als een hond*. Schiedam: Scriptum
49. Prochaska J.O., Norcross J.C. & Diclemente C.C. (2010) *Changing for good*. Harper Collins.
50. Ratey, J. (2009). *Fit. Bewegen voor een beter brein*.
51. Rijks J.M. & Plat J. & Mensink R.P. & Dorenbos E. & Buurman W.A. & Vreugdenhil A.C.E. (2015). Children With Morbid Obesity Benefit Equally as Children With Overweight and Obesity From an Ongoing Care Program. *J Clin Endocrinol Metab*. 100 (9), 3572-3580.
52. Rosenberg, M.B. (2003). *Geweldloze communicatie*. Rotterdam: Lemniscaat.
53. Schenk, C. (2007), *Hoe match ik met mijn kind*. Zwolle: Ploegsma. Amsterdam: Hogrefe.
54. Schwimmer J.B., Burwinkle T.M. & Varni J.W. (2003) Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *Journal of The American Medical Association*, 289 (14), 1813-1819.

55. Strien T. van & Ouwens M.A. (2006) Effects of Distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*. 8, 251-257.
56. Sun S.S., Liang R., T.T.K. Huang, Daniels S.R., Arslanian S., Liu K., Grave G.D. & Siervogel R.M. (2008) Childhood Obesity Predicts Adult Metabolic Syndrome: The Fels Longitudinal Study. *Journal of Pediatrics*, 152 (2), 191-200.
57. Tirosh A., Shai I., Afek A., Dubnov-Raz G., Ayalon N., Gordon B., Derazne E., Tzur D., Sharnis A., Vinker S. & Rudich A. (2011) Adolescent BMI Trajectory and Risk of Diabetes versus Coronary Disease. *The New England Journal of Medicine*. 364 (14), 1315-1325.
58. Tsiros M.D., Olds T., Buckley J.D., Grimshaw P., Brennan L., Walkley J., Hills A.P., Howe P.R.C. & Coates A.M. (2009) Health-related quality of life in obese children and adolescents.
59. Twig G., Afek A., Sharmis A., Derazne E., Rabbi M.L., Tzur D., Gordon B. & Trosh A. (2014) Adolescence BMI and Trends in Adulthood Mortality: A Study of 2.16 Million Adolescents. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 99 (6), 2095-2103.
60. Vaitkeviciute R. & Ball L.E. & Harris N. (2015) The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*. 18 (4) 649-658.
61. Van Mil E. & Struik A. (2015) *Overgewicht en obesitas bij kinderen. Verder kijken dan de kilo's*. Amsterdam, Uitgeverij Boom.
62. Verbeken S., Braet C., Goossens L. & Oord S. van der, (2013) Executive function training with game elements for obese children: A novel treatment to enhance self-regulatory abilities for weight-control. *Behaviour Research and Therapy* 51, 290-299.
63. Verheugt-Pleiter, J.E., Schmeets. M.G.J. & Zevalkink, J. (2010). *Mentaliseren in de kindtherapie*. Assen: Van Gorcum.
64. Verhoeven A.A.C. & Adriaanse M.A. & De Vet E. & Fennis B.M. & De Ridder D.T.D (2014) Identifying the 'if' for 'if-then'plans: Combining implementation intentions with cue-monitoring targeting unhealthy snacking behaviour. *Psychology & Health* 29 (12) 1476-1492.
65. Volksgezondheidszorg.nl 2011 Ranglijst ziekten op basis van zorgkosten, -  
<https://www.volksgezondheidszorg.info/ranglijst/ranglijst-ziekten-op-basis-van-zorgkosten>,  
<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-diabetes-naar-leeftijd-en-geslacht>  
<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/hart-en-vaatziekten/cijfers-context/incidentie-en-prevalentie#node-prevalentie-hart-en-vaatziekten> bekeken op 25-10-2017.  
 Het bedrag a €202.377 is gebaseerd op totale kosten van diabetes mellitus per jaar gedeeld door aantal mensen met diabetes en totale kosten hart- en vaatziekten gedeeld door het totaal aantal hart- en vaatpatiënten. De gemiddelde kosten per jaar per patiënt voor diabetes en hart- en vaatziekten zijn vervolgens vermenigvuldigd met respectievelijk 35 en 15 ziektejaren en opgeteld.
66. Weng S.F., Redsell S.A., Swift J.A., Yang M. & Glazebrook C.P. (2012) Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 1019-1026.
67. Whitaker R.C., Wright J.A., Pepe M.S., Seidel K.D. & Dietz W.H. (1997) Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*. 337 (13) 869-873.
68. Williams S.L. & French D.P. (2011) What are the most effective intervention techniques for changing physical activity self-efficacy and physical activity behaviour – and are they the same? *Health Education Research* 26 (2) 308-322.

## 7. Praktijkvoorbeeld

*Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?*

Voor veel kinderen en families uit de doelgroep is er geen passende interventie die aansluit bij de behoefte. Met de introductie van de Fun & Health Summer Program is er een intensief, integraal kwalitatief sterk aanbod om kinderen en families te 'verleiden' tot een gezonder leven.

In 2017 vond op basis van de uitgevoerde procesevaluatie in 2016, de doorontwikkelde Fun & Health Summer Program plaats. Met ondersteuning van de GGD en de AAGG verliep de werving naar tevredenheid en kon het kamp tijdig gevuld worden met deelnemende kinderen uit de doelgroep. Er namen 25 kinderen met graad 1 tot graad 3 obesitas deel aan de F&HSP. 13 meisjes en 12 jongens van 9-16 jaar met vertegenwoordiging van diverse culturele achtergronden zoals Surinaams, Marokkaans, Turks, Ghanees en Nederlands.

Op de intake voorafgaand aan het kamp kwam de anamnese, dagboek, doelen en motivatie ter sprake. De centrale zorgverlener (veelal de OKA/JGZ jeugdverpleegkundige) die idealiter langtermijn zorg borgt, was in de meeste gevallen aanwezig om de situatie toe te lichten.

Het geselecteerde team werd in een trainingsweekend door specialisten getraind met o.a. diverse workshops, rollenspellen en teambuildingsactiviteiten. Zo werden zij voorbereid op aspecten als de doelgroep, de complexe gedragsproblematiek en de organisatie, inhoud en vorm van het zomerkamp.

Op 18 augustus stond het team in Alphen (locatie 2017) gereed voor actie: een campmanager, 8 groepsleiders, 6 kampstafleden, gastinstructeurs en het projectteam. De 2 weken zomerkamp verliepen zoals gepland waarin onder andere de expedities, sport, activiteiten, het Healthy Loket en de ceremonies aan bod kwamen. Elk kind werd gestimuleerd te groeien op basis van zijn persoonlijke profiel.

Op 26 augustus kwam de familie van de kinderen. Meestal waren dat vader, moeder en broertjes en of zusjes en soms ook een grootmoeder, tante of een betrokken neef. Het was een dag waarin ze hun kinderen weer zagen. De ouders kregen informatie over opvoeding, slaap en voeding. In het spelstation kwamen alle ouders in beweging.

Het kamp vervolgde na de ouderdag in het zelfde ritme als ervoor met ook veel plezier, zoals een bezoek aan de 'stormbaan', de boerderij, vlot bouwen, dans en muziekavonden, et cetera.

Na 2 intensieve weken keerden de kinderen met onvergetelijke herinneringen weer terug naar families en ging het team voldaan naar huis.

Op het gebied van dieperliggende problematiek die bij enkele kinderen speelde, was er nauw contact met ouders en centrale zorgverlener. Vanwege de intensieve begeleiding komt het team veel meer te weten over de kinderen, dan wat vaak bekend is. Op basis van de observaties kon passende begeleiding worden geadviseerd en opgestart.

Na het zomerkamp volgden kort na thuiskomst de 7 sportlessen in Amsterdam. De participatiegraad voor de sportlessen was verrassend goed. Het groei- en beloonstelsel loopt - als motivator - door na het kamp. Op basis van deelname en inzet ontvangen de kinderen dan wekelijks een Healthy.

De terugkomweek in de herfstvakantie die volgde, verliep als gepland. Het systeem was duidelijk en de meeste kinderen die nog niet met 'actie' bezig waren, waren langzamerhand in de actiefase gekomen. Motivatie, inzet en deelname aan de activiteiten was dan ook hoger dan in de zomer. De kinderen verlieten het kamp allen met een expliciet doel voor de reünie in december. Na de terugkomweek vinden de exitgesprekken en verdere overdracht met expliciete adviezen aan de centrale zorgverleners plaats.

Voor alle kinderen is er een passend advies voor het traject na het zomerkamp dat wordt besproken met ouders en centrale zorgverlener. Enkele voorbeelden van vervolg: deel van de kinderen vervolgt met wekelijkse sportlessen bij een op obesitasgerichte leefstijlinterventie, deel van de kinderen vervolgt bij een passende sportvereniging in de thuisomgeving (synchroonzwemmen, dans, turnen), voor een deel van de ouders van de kinderen is de oudercursus Triple P Positief Opvoeden geadviseerd. Bij een klein deel van de

kinderen is intensieve op maat vervolfbegeleiding noodzakelijk op basis van opgedane waarnemingen die zich niet primair richt op leefstijl. Denk aan ondersteuning op het gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling, ouder-kindrelatie, potentiële PTSS of depressiviteit.

Alle kinderen zijn de interventie met een lager gewicht en gezondere BMI uitgekomen en er met een beter of passend perspectief uitgekomen. Veel kinderen voelen zich beter en scoren 'hun leven' na het kamp op een schaal van 1 tot 10 hoger dan er voor.