

# Gewichtige Gezinnen Mini

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Datum: 3 april 2018

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



# Colofon

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

Naam organisatie: Avant sanare

E-mail: [secretariaat@avantsanare.nl](mailto:secretariaat@avantsanare.nl)

Telefoon: 085 – 04 99 100

**Website:** [www.avantsanare.nl](http://www.avantsanare.nl)

## **Contactpersoon 1**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Domien Theuvenet

E-mail : [d.theuvenet@avantsanare.nl](mailto:d.theuvenet@avantsanare.nl)

Telefoon : 085 – 04 99 106

## **Contactpersoon 2 (indien van toepassing)**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Nadia Anemaat

E-mail : [n.anemaat@avantsanare.nl](mailto:n.anemaat@avantsanare.nl)

Telefoon : 085 – 04 99 104

## **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Nadia Anemaat

Titel interventie : Gewichtige Gezinnen Mini

Databank(en) :

Plaats, instituut : Rotterdam, Avant sanare

Datum : 3 april 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.

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</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 .....	8
1.3 Aanpak .....	9
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>17</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>19</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	19
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>20</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>21</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>23</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

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

Mini gewichtige gezinnen is een interventie die zich richt op kinderen van twee tot vier jaar met (een risico op) overgewicht of obesitas en hun ouders of verzorgers. Het doel van de interventie is om een gedragsverandering bij de ouders en het kind te bewerkstelligen op het gebied van voeding, beweging en opvoeding.

## **Doelgroep** – max 50 woorden

De interventie 'Mini Gewichtige Gezinnen' richt zich op kinderen van twee tot vier jaar met (een risico op) overgewicht of obesitas en hun ouders of verzorgers.

## **Doel** – max 50 woorden

Het hoofddoel van Mini Gewichtige Gezinnen is dat meer kinderen tussen de twee en vier jaar een gezond gewicht hebben, ter voorkoming van de gevolgen van overgewicht voor de gezondheid.

## **Aanpak** – max 50 woorden

Mini Gewichtige Gezinnen is een preventieve interventie methode. Deze heeft een doorlooptijd van zes maanden. De interventie bestaat uit:

- Zes groepsbijeenkomsten van elk twee uur voor de ouders;
- Twee kookworkshops voor de ouders;
- Zes beweegbijeenkomsten voor de ouders en kinderen;
- Drie huisbezoeken voor de ouders en kinderen door de uitvoerende gedragspecialist.

Er wordt samengewerkt met lokale partners, zoals jeugdgezondheidsprofessionals, beweeg- en voedingsdeskundigen (Avant sanare, 2012).

De interventie wordt uitgevoerd in een gesloten groep. Dat houdt in dat het een groep is met een vast aantal personen gedurende een afgesproken periode. Het aantal gezinnen dat aan de interventie kan deelnemen ligt tussen de vijf en tien gezinnen per keer (Avant sanare, 2012).

Avant sanare traint externe organisaties om de interventie Mini Gewichtige Gezinnen uit te voeren. Wanneer Avant sanare een externe organisatie heeft getraind, voert deze organisatie de interventie twee keer uit aan de hand van het draaiboek. Nadat de interventie twee keer is uitgevoerd, moet er opnieuw licentie bij Avant sanare worden aangevraagd door de externe organisatie (Avant sanare, 2012).

## **Materiaal** – max 50 woorden

Voor de werving zijn er posters, flyers en contactpersonen nodig. Er zijn voor de intake, individuele gesprekken en outtake meetinstrumenten nodig. Hieronder vallen vragenlijsten van de NVE, WHO, BOFT, een voedings-/beweegdagboekje, evaluatieformulieren en een weegschaal. Overige materialen: koffie, thee, boodschappen kookworkshops, werkboeken, kosten t.b.v. relatiebeheer (portokosten e.d.).de groepsbijeenkomsten wordt er naar behoefte gebruik gemaakt van een flip-over en post-its.

## Onderbouwing – max 150 woorden

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

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

## Onderzoek – max 100 woorden

Om de kwaliteit van de interventie Mini Gewichtige Gezinnen te verbeteren, zal er gebruik gemaakt worden van kwalitatief onderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

Als eerste zullen er interviews en enquêtes gehouden worden, met als doel om inzicht te krijgen in de succes- en faalfactoren en mogelijke verbeterpunten van de interventie.

De uitkomsten van alle zes locaties die Mini Gewichtige Gezinnen hebben uitgevoerd zijn verwerkt in een procesverslag en aan de hand hiervan zijn de veranderingen doorgevoerd. De belangrijkste hierbij waren de leeftijd, meer gericht op multiculturele doelgroep en uitgebreidere beschrijving van de beweegbijeekkomsten.

# 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?*

Kinderen van twee tot vier jaar met (een risico op) overgewicht en/ of obesitas.

Dit zijn:

- Kinderen van ouders met overgewicht;
- Kinderen uit gezinnen met lage inkomens;
- Niet-westerse allochtone kinderen (CBS, 2016).

Voor deze doelgroep is afstemmen op hun belevingswereld, plezier en samen met de ouders actief zijn erg belangrijk.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

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

De ouders/ verzorgers van de einddoelgroep vormen de eerste intermediaire doelgroep van de interventie 'Mini Gewichtige Gezinnen'.

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

De kinderen en hun ouders worden aangemeld door verwijzers, zoals het Centrum Jeugd en Gezin, de diëtist of de school. Tevens kunnen de ouders van de kinderen zichzelf aanmelden.

Alle ouders van aangemelde kinderen van 2 tot 4 jaar krijgen een intakegesprek met de cursusbegeleider waarin motivatie, cognitieve vaardigheden en de BMI gemeten en besproken wordt, op basis van leeftijds- en geslacht specifieke afkappunten voor BMI zoals aangegeven in de tabel van het Voedingscentrum (2018).

De ouders beschikken over de (basis) Nederlandse taalvaardigheid of een tolk, welke bereid is om te ondersteunen gedurende de interventie.

Een kind komt in aanmerking voor deelname aan de interventie als het kind (een risico op) overgewicht heeft en de ouder van het kind deel kan nemen aan ouderbijeenkomsten (Avant sanare, 2012).

De doelen en de in- en exclusiecriteria van de interventie zijn gebaseerd op basis van de richtlijn Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2012), onderzoek van GGD GHOR (2013) en de zorgstandaard van Partnerschap Overgewicht Nederland (2012).

Een ouder komt in aanmerking voor deelname aan ouderbijeenkomsten als hij/zij voldoet aan de twee volgende inclusiecriteria:

- De ouder functioneert cognitief op een volwassen leeftijd. Ouders met een licht verstandelijke beperking kunnen in principe meedoen wanneer zij wel als gelijke kunnen worden gezien door de andere deelnemers en andersom. Om deze reden wordt tijdens de screening gelet op de sociaal-emotionele ontwikkeling en het lichamelijk voorkomen.

- De thuissituatie is op het moment van de start van de interventie stabiel en veilig (Avant sanare, 2012).

En daarnaast:

- De ouder is betrokken geweest bij het ontstaan van het (risico op) overgewicht, dat wil zeggen dat hij/zij onderdeel uitmaakt van de ongezonde opvoedings- en/of gezinsleefstijl;  
of;
- De ouder/opvoeder is niet betrokken bij het ontstaan van het (risico op) overgewicht (bijvoorbeeld nieuwe partner van moeder of grootouder(s)), maar maakt een intensief onderdeel uit van het huidige en toekomstige (gezin)leven/ thuissituatie van het kind;

De interventie heeft de volgende exclusiecriteria:

- Het kind is niet in staat om in een groep te kunnen functioneren, vanwege ernstige sociale, psychiatrische of persoonlijkheidsproblematiek (Avant sanare, 2012).
- De ouders hebben onvoldoende tijd om mee te doen aan de interventie of zijn niet in staat of bereid alle bijeenkomsten te volgen.

**Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

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

Voordat de interventie was ontwikkeld, bestond er geen sport-/beweeginterventie voor kinderen onder de 4 jaar, dat zich richt op het vlak van bewegen, voeding en opvoeding. Mini Gewichtige Gezinnen is ontwikkeld om ook deze jonge kinderen een sport-/beweeginterventie te kunnen bieden. Om rekening te houden met andere etniciteiten zijn er meer recepten toegevoegd, is het taalgebruik versimpeld en wordt er gebruik gemaakt van beeldmateriaal via Powerpoint.

Op dit moment wordt de interventie op zes verschillende plaatsen in Nederland uitgevoerd. Per locatie wordt de interventie twee keer uitgevoerd. In totaal wordt de interventie verspreid door Nederland daarom twaalf keer uitgevoerd. Na het uitvoeren worden de evaluaties, die de ouders en cursusleiders hebben ingevuld aan het einde van de cursus, gedeeld met de interventie eigenaar. Naar aanleiding hiervan kan de interventie worden aangepast.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het hoofddoel van Mini Gewichtige Gezinnen is dat meer kinderen tussen de twee en vier jaar een gezond gewicht hebben, ter voorkoming van de gevolgen van overgewicht voor de gezondheid.

### Subdoelen – max 350 woorden

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

Subdoelen van de interventie voor de kinderen zijn:

- De BMI, op basis van leeftijds- en geslacht specifieke afkappunten voor BMI zoals aangegeven in de tabel van het Voedingscentrum (2018) is gestabiliseerd of verminderd, dit valt te concluderen door de begin- en eindmeting te vergelijken;
- De deelnemende kinderen eten gezonder, doordat de ouders de recepten van de kookworkshop thuis gebruiken, gemeten volgens het voedingsdagboek van de ouders;
- Kinderen bewegen meer en hebben ervaren dat dit (samen met hun gezinsleden) plezierig is, door actief deel te nemen aan de beweegbijeekkomsten en hier na de interventie mee door te gaan (Avant sanare, 2012).

Subdoelen van de interventie voor de ouders zijn:

- De ouders kunnen minimaal drie ernstige gevolgen van overgewicht op hun kind benoemen;
- De ouders zijn in staat om minimaal drie beweegspelletjes met hun kinderen te doen;
- De ouders hebben ervaren dat bewegen (samen met hun kinderen) plezierig is, door actief deel te nemen aan de beweegbijeekkomsten;
- De ouders kunnen gezonde keuzes maken wat betreft voedingsmiddelen, door actief deel te nemen aan de kookworkshop;
- De ouders bezitten de volgende opvoedcompetenties, door actief deel te nemen aan de groepsbijeekkomsten:
  - Complimenteren en belonen;
  - Structuur en begrenzing bieden;
  - Interne versus externe prikkels beheersen.
- De ouders weten hoe een gezonde gezinsleefstijl eruitziet en hebben vaardigheden ontwikkeld om dit in hun eigen gezinsleven te realiseren, gemeten door een toename in gezonde voeding en beweging in hun voedings- en beweegdagboek;
- De ouders zijn in staat om tijdig hulp te vragen, doordat zij minimaal twee steunpersonen hebben geïdentificeerd in hun omgeving (Avant sanare, 2012).

In hoeverre de subdoelen behaald zijn wordt beoordeeld door middel van een vergelijking tussen de begin- en eindsituatie. Tijdens het in- en outtake-gesprek vindt een meting plaats met betrekking tot de domeinen: voeding, beweging, opvoeding en sociale steun. Daarnaast doet de ouder een zelfevaluatie over zijn/ haar proces, zijn/haar persoonlijke doelen en de algemene leerdoelen van de cursus (onder andere met betrekking tot opvoedingscompetenties). Dit gebeurt zowel mondeling in gesprek met de cursusleider als schriftelijk middels het voedings- en beweegdagboek en de BOFT vragenlijst (TNO, 2009). Ook de cursusleider en indien mogelijk de verwijzer vullen de BOFT vragenlijst in.



## 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.

Mini Gewichtige Gezinnen is een preventieve interventie methode. Deze heeft een doorlooptijd van zes maanden. De interventie bestaat uit:

- Zes groepsbijeenkomsten van elk twee uur voor de ouders;
- Twee kookworkshops voor de ouders;
- Zes beweegbijeenkomsten voor de ouders en kinderen;
- Drie huisbezoeken voor de ouders en kinderen door de uitvoerende cursusleider.

Er wordt samengewerkt met lokale partners, zoals jeugdgezondheidsprofessionals, beweeg- en voedingsdeskundigen (Avant sanare, 2012).

De interventie wordt uitgevoerd in een gesloten groep. Dat houdt in dat het een groep is met een vast aantal personen gedurende een afgesproken periode. Het aantal gezinnen dat aan de interventie kan deelnemen ligt tussen de vijf en tien gezinnen per keer (Avant sanare, 2012)

11	Bijeenkomst	Thema	Voor wie	Door wie	Duur
Vanaf 3 maanden voor intakes tot aan de intakes	Werving deelnemers	Werving middels: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorlichtingen aan ouders</li> <li>- Folders en social media</li> <li>- Via verwijzers in de jeugdgezondheidszorg</li> </ul>	Ouders en kinderen en jeugdgezondheidszorgprofessionals	Cursusleider, lokale uitvoerders, gezondheidsprofessionals, verwijzer	8 uur
0	Intake	In- en exclusiecriteria checken Persoonlijk gezinsleefstijlplan opstellen Beginmeting uitvoeren	Ouders en kinderen	Cursusleider en verwijzer	1 uur
1	Groepsbijeenkomst 1	Kennismaking: introductie interventie en ervaringen uitwisselen	Ouders	Cursusleider	2 uur
2	Beweegbijeenkomst 1	Plezierig bewegen ouders en kinderen	Ouders en kinderen	Lokale beweeg-aanbieder	1 uur
3	Groepsbijeenkomst 2	Voeding en bewegen: basis en oefenen met etiketten lezen	Ouders	Cursusleider	2 uur
4	Kookworkshop 1 + huisbezoek 1	Thema kookworkshop: in overleg met ouders (bijv. gezonde traktaties en snacks) Thema huisbezoek: in overleg met ouders (in ieder geval intrinsieke motivatie aanspreken)	Ouders + ouders en kinderen	Voedings-specialist en cursusleider	2 uur + 1 uur
5	Groepsbijeenkomst 3	Opvoeding: stijlen, doelen en beloningen	Ouders	Cursusleider	2 uur
6	Beweegbijeenkomst 2	Plezierig bewegen ouders en kinderen	Ouders en kinderen	Lokale beweeg-aanbieder	1 uur
7	Groepsbijeenkomst 4	Voeding en opvoeding: verdieping en oefenen met eigen casussen/ situaties	Ouders	Cursusleider	2 uur
8	Beweegbijeenkomst 3	Plezierig bewegen ouders en kinderen	Ouders en kinderen	Lokale beweeg-aanbieder	1 uur
9	Groepsbijeenkomst 5	Opvoeding: stimuleren, steunen en sturen	Ouders	Cursusleider	2 uur
10	Beweegbijeenkomst 4	Plezierig bewegen ouders en kinderen	Ouders en kinderen	Lokale beweeg-aanbieder	1 uur
11	Beweegbijeenkomst 5	Plezierig bewegen ouders en kinderen	Ouders en kinderen	Lokale beweeg-aanbieder	1 uur

12	Groepsbijeenkomst 6	Afsluiting: gezinsleefstijlplan, steun vragen en toekomst	Ouders	Cursusleider	2 uur
13	Beweegbijeenkomst 6	Plezierig bewegen ouders en kinderen	Ouders en kinderen	Lokale beweeg-aanbieder	1 uur
14	Kookworkshop 2	In overleg met ouders (bijv. gezonde avondmaaltijd)	Ouders	Voedings-specialist	2 uur
16	Huisbezoek 2	In overleg met ouders	Ouders en kinderen	Cursusleider en voedingspecialist	1 uur
20 – 22	Huisbezoek 3	In overleg met ouders (in ieder geval toekomstplan bespreken)	Ouders en kinderen	Cursusleider en voedingspecialist	1 uur
24	Outtake	Evaluatie, effectmetingen en toekomstbespreking	Ouders en kinderen	Cursusleider en verwijzer	1 uur
24 - 52	Follow up	Door verwijzer	Ouders en kinderen	Verwijzer	1 uur

### 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.*

#### Werving:

In de drie maanden voordat de intakes plaatsvinden worden de deelnemers geworven. Hiertoe worden voorlichtingen gegeven door de cursusleider op zogenaamde vindplekken, plekken waar de eind- en intermediaire doelgroep zich bevinden (denk aan scholen, buurthuizen, gezondheidscentra e.d.). Ook worden folders verspreid op en rondom deze plekken en wordt social media ingezet. Maar het allerbelangrijkste is het inzetten van jeugdgezondheidszorgprofessionals die in direct contact staan met de ouders en kinderen. Gebleken is dat ouders veelal worden verwezen via verwijzers uit het onderwijs- of hulpverleningscircuit, zoals schoolmaatschappelijk werk, schooldiëtiste, Centra voor Jeugd en Gezin en/ of Jeugdgezondheidszorg. Ouders hebben echter niet perse een verwijzing nodig, zij kunnen ook zichzelf inschrijven. In dit geval wordt wel aan de ouders toestemming gevraagd om betrokken professionals (zoals huisarts en CJG) (inhoudelijk) te mogen informeren over hun deelname.

Het thema 'overgewicht' is voor veel ouders een taboeonderwerp. De volgende tips kunnen helpen in de gespreksvoering met ouders:

- Zorg voor empathie door goed te luisteren en het gevoel van het kind of de ouder te benoemen;
- Benadruk wat er goed gaat;
- Begin met positieve en sterke punten;
- Communiceer begrijpelijk en gebruik zoveel mogelijk neutrale of positieve termen;
- Goede termen om te gebruiken zijn:
  - Qua groei iets boven je gezond gewicht;
  - Je gewicht past minder goed bij je lengte/leeftijd;
  - Het is belangrijk om te werken aan een gezonder gewicht en een gezondere leefstijl;
  - Het is belangrijk om gezond te groeien
- Termen die beter vermeden kunnen worden zijn:
  - Dik, zwaar, slap, vet;
  - Dun, mager, slank;
  - Ideaal gewicht;
  - Normaal gewicht;
  - Een obese kind.

#### Vasthouden van de doelgroep:

Er kan door de trainer worden gekozen om een financiële prikkel of een prijstelling aan de interventie toe te voegen. Dit verlaagt het aantal deelnemers dat de interventie vroegtijdig afbreekt. Voorbeelden van een prijsstelling of een financiële prikkel zijn:

- Een vrijwillige bijdrage, welke de deelnemers terugkrijgen na afronding van de interventie;

- Een prijs, zoals een sporttas of een (tijdelijk) lidmaatschap bij een sportvereniging voor kinderen.
- Een Whatsapp groep aanmaken met de deelnemers en hierin de ouders motiveren en attenderen op de bijeenkomsten.

#### *Intake:*

Na de aanmelding (en vaak een informatieoverdracht van de verwijzer) volgt een intakegesprek door de cursusleider en de verwijzer. Tijdens deze intake wordt gevraagd naar de motivatie om deel te nemen, vragen/problemen rondom een gezonde leefstijl, gezinssamenstelling en overgewicht van het kind/de kinderen. De interventie wordt toegelicht en de wensen ten aanzien van de interventie worden geïnventariseerd. Tevens wordt gepeild of het kind en de ouder/verzorger voldoet aan de inclusiecriteria en kan worden toegelaten tot de interventie. Vervolgens wordt er met de ouders een gezinsleefstijlplan opgesteld, hierin worden persoonlijke doelen vanuit de ouders meegenomen. Tijdens de intake vindt ook het meetmoment van het kind plaats. Deze uitkomsten kunnen later worden vergeleken met de verzamelde gegevens tijdens de outtake, waar de verwijzer ook weer bij aanwezig is.

#### *Groepsbijeenkomsten:*

De interventie bestaat uit zes groepsbijeenkomsten van elk twee uur (voor thema's zie bovenstaand schema). Elke groepsbijeenkomst kent een vaste opbouw:

1. Opening en introductie
2. Rondje: positief nieuws
3. Thema: theorie
4. Thema: oefening
5. Thuisopdracht(en)
6. Evaluatie en afsluiting

Tijdens iedere bijeenkomst wordt er gewerkt met en ingespeeld op hetgeen de ouders zelf inbrengen. Om rekening te houden met andere etniciteiten zijn er meer recepten toegevoegd, is het taalgebruik versimpeld en wordt er gebruik gemaakt van beeldmateriaal via Powerpoint. Actieve participatie wordt sterk gestimuleerd door het creëren van een veilige omgeving, het stellen van persoonlijke vragen en actief te luisteren (onder andere door middel van doorvragen). Het actieve gezinsleefstijlplan staat centraal in de bijeenkomsten en ouders krijgen oefeningen aangeleerd die zij thuis met hun kinderen kunnen doen tijdens en na afloop van de interventie. Ook wordt er gewerkt aan probleemoplossende vaardigheden. Integratie in het dagelijks leven wordt gestimuleerd door de thuisopdrachten en huisbezoeken.

#### *Kookworkshops:*

Tijdens de kookworkshops gaan de ouders op informele manier oefenen in het bereiden van gezonde maaltijden. Doelen van deze bijeenkomsten zijn:

- het stimuleren van onderlinge steun doordat de ouders elkaar in informelere setting treffen en samen koken
- het aanleren van gezonde bereidingstechnieken en in de praktijk brengen van hun voedingskennis en vaardigheden
- het ontdekken dat gezond koken leuk, lekker en makkelijk kan zijn.

#### *Bewegingsbijeenkomsten:*

Het hoofddoel van de bewegingsbijeenkomsten is dat ouders en kinderen plezierig met elkaar bewegen en dat ouders ontdekken dat bewegen met jonge kinderen leuk, ontspannend en makkelijk is. Door deze ervaring wordt de doelgroep gestimuleerd door te gaan met bewegen na afloop van de interventie. De bewegingsbijeenkomsten worden op maat ingevuld, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de ouders en kinderen. Spelenderwijs worden ouders en kinderen geactiveerd en ouders krijgen hand-outs mee met verschillende beweegspelletjes die zij thuis met de kinderen kunnen doen. Ook tijdens deze bijeenkomsten komt het actieve gezinsleefstijl plan terug en leren ouders oefeningen die zij ook in hun dagelijks leven kunnen toepassen op en met hun kinderen. De bewegingsbijeenkomsten worden bij voorkeur gegeven door een lokale beweegaanbieder die ook na afloop door kan gaan met het beweegaanbod voor de kinderen en/ of ouders en/ of de gezinnen kan laten doorstromen naar regulier beweegaanbod.

#### *Huisbezoeken:*

Tijdens de interventie worden er drie huisbezoeken afgelegd door de cursusleider en de voedingspecialist. Het doel hiervan is het verlagen van emotionele, cognitieve of sociale drempels tot integratie van de aangeleerde kennis en vaardigheden tijdens de interventie en het verbeteren van de gezinssituatie. Een

huisbezoek duurt maximaal één uur. Tijdens een huisbezoek wordt veelal op maat gewerkt omdat de inhoud van de problematiek wisselt, maar het kent wel een vaste opbouw, namelijk:

1. Opening en opbouwen veiligheid en vertrouwensrelatie
2. Positief nieuws
3. Kern huisbezoek
  - a. Praten over 'probleem'
  - b. Praten over 'oplossingen'
  - c. Zoveel mogelijk uitproberen 'oplossingen'
  - d. Evalueren en plan van aanpak maken
4. Huiswerkopdrachten bespreken
5. Positief rondje en eventueel nieuwe afspraak maken

*Outtake:*

In hoeverre de subdoelen behaald zijn wordt beoordeeld door middel van een vergelijking tussen de begin- en eindsituatie. Tijdens het outtakegesprek doet de ouder een zelfevaluatie over zijn/ haar proces, zijn/haar persoonlijke doelen en de algemene leerdoelen van de interventie. Dit gebeurt zowel mondeling in gesprek met de cursusleider als schriftelijk middels de BOFT vragenlijst. Ook de cursusleider en indien mogelijk de verwijzer vullen de BOFT vragenlijst in.

Tijdens de outtake vindt ook het meetmoment van het kind plaats (BMI). Deze uitkomsten worden vergeleken met de BMI tijdens de intake.

*Follow-up:*

Na afloop van de interventie is de verwijzer de aangewezen persoon om het kind en de ouders te volgen. Wanneer blijkt dat het gezin onvoldoende in staat is om de gedragsverandering vol te houden kan hij/ zij dit signaleren en het gezin verder begeleiden en/of indien nodig doorverwijzen naar verdere hulpverlening. Aangeraden wordt dat er tussen 3 en 6 maanden na afloop van het programma een follow-up plaatsvindt door de verwijzer.

## 2. Uitvoering

### **Materialen** – max 200 woorden

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

De interventie bestaat uit een draaiboek voor trainers en een werkboek voor ouders. In het draaiboek voor de uitvoerende trainers staan alle beweeg-, voedings- en pedagogische bijeenkomsten uitgewerkt. De uitvoerende trainers voeren aan de hand van dit draaiboek de bijeenkomsten uit. Tijdens de bijeenkomsten ontvangen de ouders van de deelnemers een werkboek. In dit werkboek staat een samenvatting van de theorie uit elke bijeenkomst. Daarnaast bevinden zich een aantal thuisopdrachten in het werkboek. De thuisopdrachten worden ook benoemd in het draaiboek, zodat deze opdrachten onderdeel zijn in de bijeenkomsten. Ook worden er evaluatieformulieren en folders beschikbaar gesteld door de interventie eigenaar. De specifieke materialen die nodig zijn voor de kookworkshops en beweegbijeenkomsten staan vermeld in het draaiboek, maar worden niet beschikbaar gesteld door de interventie eigenaar.

### **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?*

De zes groepsbijeenkomsten vinden plaats zo dicht bij het gezin als mogelijk, zodat reisafstand geen belemmering vormt en de omgeving vertrouwd is. Vaak vinden deze bijeenkomsten plaats in een (vergader)zaaltje in Centra voor Jeugd en Gezin, scholen, buurthuizen, gezondheidscentra en dergelijke. Er wordt naar gestreefd dat de kookworkshops en bewegingsbijeenkomsten in hetzelfde gebouw plaatsvinden (indien de benodigde faciliteiten, keuken en beweegruimte, aanwezig zijn). De huisbezoeken vinden bij de gezinnen thuis plaats.

De kookworkshops kunnen plaatsvinden in buurthuizen, kookstudio's of horecagelegenheden in de buurt. Vaak is maandag een dag waarop horecagelegenheden gesloten zijn en er wellicht gebruik gemaakt kan worden van de keuken, materialen en restaurant. Kookworkshops vinden bij voorkeur aan het einde van middag plaats.

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

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

Uitvoerders zijn: (ortho)pedagoog/ontwikkelingspsycholoog, beweegprofessional (bijvoorbeeld een sportinstructeur of een fysiotherapeut) en een diëtist/voedingsdeskundige.

#### De pedagoog/ontwikkelingspsycholoog ook cursusleider:

De pedagoog/ontwikkelingspsycholoog heeft vanuit diens relevante opleiding, zoals bijvoorbeeld Social Work, HBO/master ontwikkelingspsychologie of vergelijkbaar, voldoende kennis. Ervaring van tenminste drie jaar met het verlenen van hulp aan kinderen en/of ouders met overgewicht is vereist.

De pedagoog/ontwikkelingspsycholoog dient over ruime groepservaring met kinderen en/of ouders te beschikken.

De pedagoog/ontwikkelingspsycholoog is degene die als contactpersoon voor de deelnemers fungeert en de themabijeenkomsten verzorgd.

#### De beweegprofessional en de diëtist/voedingsdeskundige:

De beweegprofessional en de diëtist/voedingsdeskundige dienen hun vakterrein goed te kennen en ervaring te hebben met kinderen en/of ouders met overgewicht. Er dient een relevante opleiding gevolgd te zijn, zoals bijvoorbeeld HBO Voeding en Diëtik, de HBO Lerarenopleiding tot Lichamelijke Opvoeding of vergelijkbaar. Ook zij dienen te beschikken over de vaardigheid om motiverende gesprekken te voeren. De beweegprofessional voert de beweeglessen uit. De diëtist/voedingsdeskundige voert de kookworkshops uit.

### Train-de-trainer-traject

Voorafgaand aan de interventie, krijgen degene die de training inkopen een train-de-trainer-traject aangeboden door Avant sanare. Deelname aan dit traject is een voorwaarde om de interventie uit te voeren. Het traject bestaat uit 2 dagen, waarin alle onderdelen van de interventie worden besproken. Aan het einde van het train-de-trainer-traject, ontvangen de lokale uitvoerders een hardcopy van het draaiboek.

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

Deskundigheidsbevordering: nieuwe uitvoerders zijn verplicht een train-de-trainer-traject en supervisie bij Avant sanare te volgen. Deze training bestaat uit twee cursusdagen, één groepsintervisie en minimaal één keer persoonlijke intervisie met de verantwoordelijke van Avant sanare. Tijdens dit train-de-trainer-traject wordt de externe organisatie geschoold in de benodigde kennis en vaardigheden om het programma uit te voeren, maar ook ontvangen zij hulp en advies met betrekking tot de implementatievoorwaarden, zoals invulling van de fysieke ruimte en collegiaal overleg. Het train-de-trainer-traject wordt bij goed gevolg afgesloten met een certificaat en licentie voor twee jaar. Tijdens de implementatie en uitvoering door de externe organisatie blijft Avant sanare beschikbaar voor ondersteuning middels intervisie.

#### Advisering, coaching en monitoring:

Avant sanare zal nieuwe uitvoerders adviseren en ondersteunen in de uitrol van deze interventie, onder andere door het assisteren bij de opzet van de werving, meebepalen inhoudelijke trainers, implementatievoorwaarden realiseren en verbindingen leggen. Daarnaast hebben wij kennis van het monitoren van het succes van de interventie (op zowel individueel als groepsniveau), denk aan de inzet van evaluatie- en vragenlijsten, metingen, etc. Vanuit de GGZ en leefstijlexpertise van Avant sanare kan er tussentijds geëvalueerd worden hoe het programma ervoor staat en adviseren/ondersteunen om bepaalde knelpunten te herkennen en verhelpen en succesfactoren te vergroten (procesevaluaties). Avant sanare zal verder ook als vraagbaak voor de uitvoerders en coördinatoren fungeren.

Na het tweede jaar zal ieder jaar de licentie verlengd moeten worden, dit zal tijdens de intervisiemomenten gebeuren.

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

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

Algemene voorwaarden:

- Draagvlak bij (uitvoerende) professionals (geloof in en overtuigd zijn van belang van interventie, gemotiveerd zijn en pro-activiteit tonen).
- Sociaal economisch draagvlak (verzekering van financiën en borging financiën voor uitvoering interventie).

Organisatorische voorwaarden:

- Beschikbaarheid van opgeleide begeleiders voor uitvoering.
- Voortgangsoverleg tussen uitvoerders.
- Samenwerkingspartners en verwijzers activeren.

Fysieke voorwaarden:

- Locatie moet zo centraal mogelijk (vaak binnen een bepaalde wijk) zijn en makkelijk bereikbaar met OV, fiets en auto.
- De cursusruimte moet afgesloten zijn met een deur van andere ruimtes.
- Grootte van de ruimte: deze moet voldoende groot zijn om ook in subgroepen aan het werk te kunnen gaan.
- De ruimte moet een rustige uitstraling hebben en beschikken over stoelen en tafels.
- De beweegruimte moet groot genoeg zijn en beschikken over sport- en/of beweegmaterialen.
- De ruimte van de kookworkshops moet beschikken over een keuken en keukenbenodigdheden (minimaal 10 kookpitten en ruime werkbladen/tafels waarop 6 tot 12 personen voedsel kunnen bereiden). Daarnaast moet er een grote tafel of meerdere kleine tafels aanwezig zijn zodat de groep gezamenlijk kan eten.

Uitgebreidere fysieke voorwaarden staan beschreven in het draaiboek.

**Implementatie** – max 200 woorden

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

Avant sanare is aangesloten bij verschillende beroepsverenigingen en heeft een breed bereik met de maandelijkse nieuwsbrief, waarin ook de interventies regelmatig worden opgenomen. Ook staat de interventie in de databank van het Kenniscentrum Sport en NJI. Na het uitvoeren van interventies publiceert Avant sanare of de uitvoerders een artikel hierover. Dit wordt gedeeld via social media.

Als er lokale partners geïnteresseerd zijn in de interventie kan er bij Avant Sanare een train-de-trainertraject worden gevolgd.

Bij interesse kan er eerst een aantal keer meegelopen worden om te kijken of ze het een geschikte interventie vinden.

**Kosten** – max 200 woorden

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

Directe kosten: personeel	Rol	Structureel
Uren cursusleider	Intakes en outtakes	20 uur
Uren cursusleider	Uitvoering	12 uur
Uren cursusleider	Huisbezoeken	30 uur
Uren voedingsdeskundige	Huisbezoeken	30 uur
Uren voedingsdeskundige	Uitvoering	12 uur
Uren voedingsdeskundige	Kookworkshops	6 uur
Uren beweegaanbieder	Beweeglessen	6 uur

  

Directe kosten: materieel	Structureel	Eenmalig
Kosten voor materialen	€ 500 per interventie	€
Kosten voor de locatie (huur)	€ 1300 per interventie	€

**Algemeen:**

Er kan een kleine bijdrage van de deelnemers worden gevraagd. Aan de deelnemers wordt een borg gevraagd van 25,00 euro. Bij 80% aanwezigheid of meer krijgen zij 30,00 euro terug en anders krijgen zij niets terug.

**Directe kosten:**

De bewegingsdocent geeft in 6 bijeenkomsten beweeglessen van 1 uur.

De voedingsdeskundige geeft 2 kookworkshops van elk 3 uur.

De cursusleider en de voedingsdeskundige voeren gezamenlijk 6 bijeenkomsten van 1,5 uur uit.

De cursusleider doet de in- en outtake (2 gesprekken dus) van elk 1 uur (gebaseerd op 10 gezinnen)

De cursusleider en de voedingsdeskundige doen gezamenlijk 30 huisbezoeken van 1 uur.

Kosten voor materialen: €500- per cursus, gebaseerd op 10 deelnemers. Materialen: koffie, thee, boodschappen kookworkshops, werkboeken, kosten t.b.v. relatiebeheer (portokosten e.d.).

Kosten voor gebruik locatie inclusief gebruik beweegruimte (gymzaal of zoiets dergelijks) en keuken voor de kookworkshops en thee en koffie: €1500- per cursus. Voor de cursusruimte 6 x 100 = 600,00 euro , beweegruimte 6x50 = 300,00 euro en keuken 6x100= 600.

#### Organisatie

Kosten voor PR/ Communicatie en werving: website, flyers/ posters, kosten t.b.v. relatiebeheer (portokosten e.d.), etc.: €1000,-

Advisering, coaching en monitoring door eigenaar, deskundigheidsbevordering (train-de-trainer, jaarlijkse intervisie) en 2 jarige licentiekosten voor 8 personen kost eenmalig €5000,- excl BTW. Per extra persoon vanaf 9 personen komt er €365,- excl BTW bij. Vanaf het derde jaar betalen de uitvoerders jaarlijks €125,- excl. BTW om de licentie geldig te houden. De train-de-trainer cursus, supervisie en de twee overlegmomenten vinden op de locatie van Avant sanare in Rotterdam plaats, tenzij anders is afgesproken. In het laatste geval dienen aan Avant sanare de reiskosten (€0,36 cent per kilometer of OV kosten) en reistijd (€87,50 per uur) worden vergoed.

Voor een uitgebreid kostenoverzicht zie bijlage "kosten en uren MGG".



### 3. Onderbouwing

**Probleem** – max 400 woorden

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

Overgewicht is één van de meest ernstige bedreigingen van de volksgezondheid. Overgewicht en obesitas komen wereldwijd en in Nederland steeds vaker voor. In 2009 tot 2011 hebben ongeveer 6,5 miljoen mensen in Nederland matig of ernstig overgewicht. Dit is ongeveer 41 procent. Begin jaren tachtig was dit nog maar 27 procent. In de periode 2009 tot 2011 is er bij ongeveer tien procent van de bevolking sprake van ernstig overgewicht (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012).

Om overgewicht bij kinderen tegen te gaan, heeft de directeur van Avant sanare, de interventie Mini Gewichtige Gezinnen ontwikkeld voor kinderen van twee tot vier jaar. De interventie richt zich op het vlak van bewegen, voeding en opvoeding. Onderzoek heeft aangetoond dat deze drie componenten de (langdurige) effectiviteit om overgewicht bij kinderen tegen te gaan, vergroten (Care for obesity, 2017). De interventie Mini Gewichtige Gezinnen is ontwikkeld, omdat er nog geen sport-/beweeginterventie voor kinderen onder de vier jaar bestond dat zich richt op het vlak van bewegen, voeding en opvoeding.

Van de 2-jarigen in Rotterdam heeft 8% overgewicht (GGD Rijnmond, 2014). Van de kinderen van 4 tot en met 17 jaar oud had 13,6% in 2016 overgewicht, waarvan 2,7% obesitas. (Volksgezondheid en zorg, 2018). De interventie is gericht op twee tot vier jarigen, zodat het probleem tijdig aangepakt kan worden.

Ernstig overgewicht komt onder kinderen en jongeren in de laagste inkomensklasse drie keer zo vaak voor als onder leeftijdsgenoten in de hoogste inkomensklasse (Visscher, Van Bakel en Zantinge, 2013).

Veelal is het overgewicht/ obesitas bij jongeren een gezinsprobleem (> 50%) en is de oorzaak te vinden in psychische factoren, sociale achterstand en/ of culturele achtergrond (59% heeft niet westers allochtone ouders en 21% heeft westers allochtone ouders) (Visscher, Van Bakel en Zantinge, 2013).

Kinderen met overgewicht hebben later meer kans op:

- Diabetes type 2, ook wel suikerziekte genoemd: een toename in lichaamsgewicht leidt al binnen enkele maanden tot een grote kans op diabetes type 2;
- Hoge bloeddruk;
- Hart- en vaatziekten;
- Metabool syndroom: dit betekent dat er tenminste drie van de volgende klachten aanwezig zijn:
  - Veel vet in de buikholte;
  - Verhoogde bloeddruk;
  - Verhoogd bloedsuikergehalte;
  - Verhoogd bloedvetgehalte;
  - Verlaagd HDL-cholesterolgehalte.
- Verschillende vormen van kanker, waaronder slokdarm-, dikke darm-, alvleesklier-, nier-, borst-, baarmoeder- en eierstokkanker;
- Galstenen;
- Gewrichtsontstekingen en -slijtage;
- Ademhalingsproblemen, waaronder kortademigheid en apneu (Voedingscentrum, z.d).

Daarnaast vergroot overgewicht het risico op depressie, angst, een laag zelfbeeld, sociale afwijzing (pesten) en stigmatisering (Noordam, Halberstadt & Seidell, 2016). Hierdoor kunnen kinderen geïsoleerd raken en emotionele- of gedragsproblemen ontwikkelen. Dit kan gevolgen hebben voor de competentieontwikkeling en de sociale ontwikkeling (Braet, Moens&Mels, 2014).

Uit onderzoek van Cooper (2003) blijkt dat een cognitief-gedragsmatige aanpak van obesitas belangrijk is voor lange termijn effecten. Daarnaast komt uit dit onderzoek naar voren dat sociale steun een belangrijke factor is om gedragsveranderingen aan te gaan en vast te houden. In het programma Mini Gewichtige Gezinnen worden daarom de drie componenten voeding, bewegen en opvoeding/ gedrag samen gepakt en aangeboden aan het gezin als systeem. Uit onderzoek van Kane, Wood en Barlow (2007) wordt geconcludeerd dat ouders weer de controle krijgen in de opvoeding door onder anderen de sociale steun van andere ouders uit een cursusgroep. Sociale steun van een professional, die een niet-veroordelende houding heeft, maar ook steun van leeftijdsgenoten en van de partner of echtgenoot zijn erg van belang.

**Oorzaken** – max 400 woorden

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

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

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

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

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

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

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

**Verantwoording** – max 1000 woorden

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

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

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

## 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.

Uit de procesevaluatie met de externe trainers en deelnemers is naar voren gekomen dat de combinatie van de drie componenten voeding, beweging en opvoeding goed werkt. Het gezin wordt hierdoor 'op alle fronten' geholpen. Daarnaast geven de externe trainers in de interviews aan dat de deelnemers, zowel de kinderen als de ouders, de interventie erg leuk vinden. Er zijn verschillende verbeterpunten verwerkt, zoals de leeftijd aanpassen van de kinderen, meer richten op multiculturele samenleving, meer tips en handvaten voor de externe trainers en er zal meer nadruk komen op evaluaties.

Zie bijlage Procesevaluatie

### 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?*

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

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.

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

## 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

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

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

## 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).

Anemaat, N. (2018). *Afstudeeronderzoek ter kwaliteitsverbetering van de interventie Mini Gewichtige Gezinnen*. Interne Nomadesk

Avant sanare (2012). *Mini Gewichtige Gezinnen*. Draaiboek. Interne Nomadesk

Braet, C., Moens, E., Mels, S. (2014). *Multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht*. Geraadpleegd op 8 oktober, via <https://biblio.ugent.be/publication/5830219/file/5841785>

Care for Obesity (2017). *Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas*. Geraadpleegd op 3 december 2017, via [file:///C:/Users/ASLOO4/Downloads/e-book\\_basismodel\\_ketenaanpak.pdf](file:///C:/Users/ASLOO4/Downloads/e-book_basismodel_ketenaanpak.pdf)

Care for Obesity (2017). *Hoe praat je respectvol met kinderen en hun ouders overgewicht en leefstijl?* Geraadpleegd op 1 januari 2018, via [http://www.partnerschapovergewicht.nl/images/Tipsheet\\_-\\_Hoe\\_praat\\_je\\_respectvol\\_over\\_gewicht\\_en\\_leefstijl\\_v2017.11.01\\_def.pdf](http://www.partnerschapovergewicht.nl/images/Tipsheet_-_Hoe_praat_je_respectvol_over_gewicht_en_leefstijl_v2017.11.01_def.pdf)

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*. Geraadpleegd op 4 december 2017, via <https://jongerenopgezondgewicht.nl/het-doel>

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Overgewicht ouders en kind gaat vaak samen*. Geraadpleegd op 1 januari 2018, via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/32/overgewicht-ouders-en-kinderen-gaat-vaak-samen>

Centraal Bureau voor de statistiek (2012). *Steeds meer overgewicht*. Geraadpleegd op 7 april 2017, via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2012/27/steeds-meer-overgewicht>

Cooper, Z., Fairburn, C.G., & Hawker, D.M. (2003). *Cognitive behavioural treatment of obesity*. New York/London: Guilford Press.

GGD GHOR (2013). *Support van sociale omgeving noodzakelijk in strijd tegen overgewicht*. Geraadpleegd op 5 oktober 2017, via <http://www.ggdghor.nl/nieuws/2013/01/29/support-van-sociale-omgeving-noodzakelijk-strijd-t/>

GGD Rotterdam-Rijnmond (2014). *Gezondheid in kaart 2014*. Geraadpleegd op 17 oktober 2018, via [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwjwofeQ4I3eAhXLJVAKHeF\\_CeoQFjADegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Frotterdam.buurtmonitor.nl%2Fhandlers%2Fballroom.ashx%3Ffunction%3Ddownload%26id%3D278&usg=AOvVaw3ZbGLCkjPZcQdrKXkiUBD1](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwjwofeQ4I3eAhXLJVAKHeF_CeoQFjADegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Frotterdam.buurtmonitor.nl%2Fhandlers%2Fballroom.ashx%3Ffunction%3Ddownload%26id%3D278&usg=AOvVaw3ZbGLCkjPZcQdrKXkiUBD1)

Kane, G.A., Wood, V.A., & Barlow, J. (2007). *Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research*. Child Care, Health and Development

NCJ (2012). *Overgewicht*. Geraadpleegd op 5 oktober 2017, via [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/JGZ-richtlijn\\_overgewicht\\_def11.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/JGZ-richtlijn_overgewicht_def11.pdf)

Noordam, H., Halberstadt, J., Seidell, J. (2016). *Kwaliteit van leven als uitkomstmaat in de zorg voor kinderen (4-19 jaar) met obesitas*. Geraadpleegd op 25 september 2016, via <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-016-0107-1>

TNO (2009). *Factsheet nulmeting pilot-onderzoek B-Fit bij kinderen, jongeren en volwassenen*. Geraadpleegd op 23 augustus 2018, via [publications.tno.nl/publication/100884/cFlhcb/schokker-2011-factsheet.pdf](http://publications.tno.nl/publication/100884/cFlhcb/schokker-2011-factsheet.pdf)

Van der Donk, C. & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Voedingscentrum (2018). BMI jongens en meisjes. Geraadpleegd op 9 oktober 2018, via: <https://www.voedingscentrum.nl/professionals/kindervoeding-0-4-jaar/babyenkindervoeding/bmi-jongens-en-meisjes.aspx>

Volksgezondheid en zorg (2018). *Overgewicht kinderen*. Geraadpleegd op 5 maart 2018, via <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-kinderen>

Visscher, T., Bakel, A. van, Zantinge, E. (2013). *Overgewicht samengevat*, Geraadpleegd op 5 maart 2018, via <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas

## 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?*

Klik hier als u tekst wilt invoeren.