

# Interventie

## Kids in Action

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Sport en Bewegen

Datum: 08 april 2020

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Mulder (maart 2019).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Kids In Action'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

<b>Inhoud</b> .....	3
<b>Samenvatting</b> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	5
Onderbouwing .....	5
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	8
1.3 Aanpak.....	10
<b>2. Uitvoering</b> .....	17
<b>3. Onderbouwing</b> .....	24
<b>4. Onderzoek</b> .....	36
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	39
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	40

# Samenvatting

Van belang bij het lezen van de interventie is:

- In de tekst worden vaak het kind en de ouders benoemd. Ook de overige gezinsleden hebben een grote rol in het slagen van de interventie.
- In de tekst worden de rol, taken en verantwoordelijkheden van de kinderfysiotherapeut binnen de interventie toegelicht. Daar waar kinderfysiotherapeut genoemd staat zou ook overwogen kunnen worden om de rol of verantwoordelijkheid toe te wijzen aan een kinderergotherapeut of Beweeg- en leefstijladviseur. Of om binnen een samenwerkingsverband een taakverdeling te maken tussen deze 3 zorgprofessionals. Verdeling van de taken en verantwoordelijkheden zal ook afhangen van de vergoedingsstructuur van de interventie.

Kids in Action is een leefstijlinterventie gericht op kinderen in de leeftijd van 6-16 jaar met overgewicht/obesitas en hun directe familie. Er staat een multidisciplinair team klaar om ervoor te zorgen dat de ouders en kinderen op het gebied van hun leefstijl gericht op voeding en beweging worden ondersteund. Dit team bestaat uit een kinderarts, orthopedagoog generalist, kinderfysiotherapeut en diëtiste. Gedurende de interventie gaan de deelnemers meer bewegen en gezonder eten wat een afname of stabilisatie van hun overgewicht bewerkstelligd. De interventie is gericht op gedragsverandering. De ingezette leefstijlveranderingen houden de deelnemers na afloop van de interventie vol. De deelnemers worden hiervoor nog 18 maanden na afloop van de interventie periodiek opgevolgd en waar nodig extra begeleid.

## Doelgroep

Kids in Action richt zich op kinderen met overgewicht/obesitas in de leeftijd van 6 t/m 16 jaar.

De ouders/verzorgers van de deelnemers worden gezien als intermediaire doelgroep.

## Doel

Het hoofddoel van Kids in Action is dat deelnemers met overgewicht of obesitas in de leeftijd van 6 tot 16 jaar door deelname aan de interventie binnen 6 maanden na aanvang van de interventie gaan voldoen aan de normen van de beweegrichtlijnen (Gezondheidsraad 2017). Er wordt gewichtsbehoud gerealiseerd vanaf het eerste jaar van de interventie. In het tweede jaar van de interventie wordt er gestreefd naar een verdere afname van de BMI-SDS richting het afkappunt van 25. Doordat de deelnemers blijven groeien in de lengte met behoud van het huidige lichaamsgewicht (of gewicht verliezen) en de ingezette leefstijlverandering op lange termijn volhouden komen ze in het 2<sup>e</sup> jaar van de interventie steeds dichterbij een BMI-SDS < 25.

## Aanpak

De interventie Kids In Action bestaat uit 3 fasen. De eerste fase betreft de fase voor aanvang van de interventie, de tweede fase betreft de fase waarin het intensieve deel van de interventie plaatsvindt en de derde fase betreft de fase na het intensieve deel van de interventie waarin de deelnemers worden opgevolgd. In de eerste fase van de interventie worden potentiële deelnemers aan Kids in Action door de kinderarts, huisarts of jeugdarts geselecteerd en verwezen voor de interventie.

De tweede fase start met een intake en T0 meting bij de kinderfysiotherapeut en wordt na 6 maanden afgesloten met een evaluatie en T2 meting. In de tweede fase wordt er

gewerkt aan het in beweging krijgen van de deelnemers door het volgen van de beweegmodule. Dit zijn beweeglessen voor de kinderen onder begeleiding van een kinderfysiotherapeut waarin positieve beweegervaringen opdoen en zelfvertrouwen creëren tijdens bewegen op een voldoende intensief niveau voor het bereiken van fysiologische trainingseffecten belangrijk zijn. Naast het volgen van de beweeglessen wordt er ook in deze fase aandacht besteed aan voedings- en gedragsverandering. De derde fase betreft de fase na interventie waarin de deelnemers periodiek worden opgevolgd.

Elke 3 maanden vindt er een evaluatie incl meetmoment plaats, uitgevoerd door de kinderfysiotherapeut.

## **Materiaal**

- Werving
  - Brief huisarts
  - Posters
  - Folders
  - Website
- Uitvoering
  - Protocol Kids in Action
  - Testformulier
- Evaluatie
  - Vragenlijst

## **Onderbouwing**

In de afgelopen dertig jaar is het aandeel jongeren in de leeftijd van 2-20 jaar met overgewicht in Nederland fors toegenomen. Onder jongeren van 12-18 jaar is een stijging van 40% te zien. Van de kinderen van 4 tot en met 17 jaar oud had 13,5% in 2017 overgewicht, waarvan 10,7% matig overgewicht en 2,8% ernstig overgewicht (obesitas) (Volksgezondheidszorg.info, 2019). Het WHO stelt dat de preventie van kinderobesitas met hoge prioriteit behandeld moet worden (Van Binsbergen JJ, 2010) (World Health organization, 2019). Bij kinderen in de groei kan gewicht stabilisatie al voldoende zijn om gezondheidseffecten te behalen (Van Binsbergen JJ, 2010). De multidisciplinaire interventie Kids In Action zet in op een leefstijlverandering voor zowel de deelnemer als de ouders/verzorgers door het bevorderen van gezonde voedingsgewoontes middels voedingsadvies, het stimuleren van beweging in de 40 beweeglessen en er wordt in de 6 groepslessen aandacht besteed aan de gedragsaspecten die van invloed is op het veranderen van eet- en beweeggedrag als effectieve strategie om een duurzame leefstijlverandering te bewerkstelligen. De deelnemers worden na afloop van de 6 maanden durende interventie met afbouwende frequentie, begeleid in de doorstroom naar regulier sportaanbod en daarna nog 18 maanden periodiek opgevolgd. Hiermee voldoet Kids In Action aan de PON richtlijn en de Richtlijn overgewicht van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

## **Onderzoek**

De interventie Kids In Action is ontwikkeld in 2010 en in de periode 2014-2019 zijn er 2 procesevaluaties geweest. De resultaten uit deze evaluaties hebben geleid tot aanpassingen in de interventie.

We zijn op dit moment bezig met het maken van plannen voor het gebruiken van de gegevens van Kids In Action voor effectonderzoek.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### **Uiteindelijke doelgroep**

De uiteindelijke doelgroep voor de interventie Kids in Action bestaat uit kinderen met overgewicht/obesitas in de leeftijd van 6 t/m 16 jaar met een BMI die valt binnen de categorieën overgewicht of obesitas graad 1, 2 of 3 volgens de internationaal geldende richtlijnen (World Health organization, 2019), waarbij het kind en zijn/haar naaste familie gemotiveerd zijn om de interventie te volgen en waarbij het kind kan functioneren in een groep.

### **Intermediaire doelgroep**

De intermediaire doelgroepen zijn de ouders/verzorgers van de deelnemers. De ouders kunnen met de kennis die ze door middel van de interventie aangeleerd krijgen de leefstijl van de kinderen beïnvloeden. De leefstijl van alle kinderen binnen het gezin wordt hierdoor beïnvloed waardoor broers en/of zussen ook bereikt worden.

### **Selectie van doelgroepen**

Kinderen die deelnemen aan Kids in Action hebben een doorverwijzing nodig van de kinderarts of de huisarts. Er zijn een aantal verschillende manieren waarop kinderen bij de kinderarts of de huisarts terecht kunnen komen:

1: Wanneer kinderen bij de huisarts komen voor welke klacht dan ook, is het mogelijk dat de oorzaak van deze klacht overgewicht is. Wanneer de huisarts dit bespreekbaar maakt kan hij het kind meteen doorverwijzen naar de uitvoerder van het Kids In Action traject. Dit is meestal de kinderfysiotherapeut. Een doorverwijzing van de huisarts naar de kinderarts met de diagnose overgewicht is ook mogelijk waarna de kinderarts indiceert voor het programma.

2: Het komt ook voor dat ouders een afspraak maken bij de huisarts, omdat ze zich zelf zorgen maken over het gewicht van hun kind. De huisarts kan hen dan doorverwijzen volgens de procedure van stap 1.

3: De schoolartsen (jeugdartsen) van de GGD kunnen tijdens een meting op school zien dat een kind overgewicht heeft. De artsen zullen de ouders informeren en geven de mogelijkheid deel te nemen aan het programma. De ouders gaan op advies van de GGD een afspraak maken bij de huisarts of kinderarts.

4: In sommige gevallen zijn de kinderen onder behandeling bij de kinderarts voor een andere diagnose. Wanneer er ook sprake is van overgewicht brengt de kinderarts Kids in Action onder de aandacht van de kinderen en ouders. In dit geval is geen verwijzing van een huisarts nodig. De huisarts wordt door de kinderarts op de hoogte gebracht.

Bij de kinderarts of huisarts wordt voorafgaand bekeken of er relatieve of absolute contra indicaties aanwezig zijn voor deelname aan de interventie. Te denken valt hierbij aan:

- overgewicht door een medische oorzaak,
- medische aandoeningen waardoor het kind zich niet mag inspannen,
- cognitieve of psychische problematiek waardoor het kind niet in staat is het groepsprogramma te volgen,
- onvoldoende motivatie bij kind of directe familie

Bij de kinderarts vindt ook een bloedonderzoek plaats. Het bloedonderzoek behoort tot de standaardonderzoeken bij de kinderarts. Tijdens dit bloedonderzoek wordt een secundaire vorm van obesitas t.g.v. een monogenetisch defect, een hormonale stoornis, een letsel aan het centraal zenuwstelsel of medicatie uitgesloten (Milne S., 2002). Deze aandoeningen vormen contra indicaties voor het deelnemen aan de interventie. De kinderarts volgt het protocol Obesitas, leidraad voor kinderartsen (Akker E.L.T. van den, 2018).

Indien er geen contra indicaties aanwezig zijn en het gezin is voldoende gemotiveerd, dan wordt het aangemeld voor Kids in Action.

Kinderen met gedragsproblematiek worden ook toegelaten, mits ze in staat zijn het groepsprogramma te volgen. Hierover wordt eerst gecommuniceerd met de leefstijladviseur/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut zodat er kan worden gekeken of er een geschikte groep is voor deze deelnemer. Kinderen met gedragsproblematiek worden gezien in kleinere groepen (max 3 a 4 kinderen) en afhankelijk van de aard van de gedragsproblematiek zal het beweegaanbod enigszins aangepast zijn.

Het eerste bezoek aan de kinderfysiotherapeut of ergotherapeut bestaat uit een intake. Er wordt gekeken of het gezin gemotiveerd is om de leefstijl te veranderen. Wat het gezin zelf allemaal heeft ondernomen om tot veranderingen te komen en of het gezin bekend is en instemt met begeleiding voor de duur van het traject. Bij het eerste consult is in ieder geval de toekomstige deelnemer aanwezig samen met minimaal 1 van de verzorgers .

### **Betrokkenheid doelgroep**

De interventie Kids in Action is ontwikkeld in 2010 door twee beweeg- en leefstijladviseurs in samenwerking met praktijk voor fysiotherapie Beweegcentrum Winschoten en de Hanzehogeschool van Groningen. Door Beweegcentrum Winschoten zijn in 2010 de afdeling kindergeneeskunde van de Ommelander Ziekenhuis Groep en een diëtiste benaderd om deel te nemen aan een pilot met het programma. Bij het ontwikkelen van de interventie Kids In Action hebben we gebruik gemaakt van Intervention Mapping. Intervention Mapping is een model dat helpt bij het planmatig ontwikkelen van theoretisch en empirisch onderbouwde interventies. Intervention Mapping beschrijft het proces van planning van gezondheidspromotieprogramma's in zes stappen.

De pilot met een looptijd van ruim twee jaar is in 2013 afgesloten en vanwege positieve resultaten doorontwikkeld. In 2013 is contact gezocht met de Gemeente Oldambt en diverse lokale sportaanbieders met als doel de drempel naar het lokale sportaanbod lager te maken.

In 2013 zijn we eveneens gestart met het goed beschrijven van de interventie, op dat moment hebben we alle betrokken partijen om input gevraagd om het programma te verbeteren inclusief deelnemers en ouders. We zijn gestart met het vragen van de betrokken kinderartsen, dit gebeurde tijdens het maandelijkse multidisciplinaire overleg. Daarna hebben we middels enquêtes onder de deelnemers geïnventariseerd welke verbeterpunten zij hadden, dit deden we aan het eind van het intensieve traject en aan het eind van het programma. Sinds 2014 is ook een orthopedagoog generalist betrokken bij de interventie om de gedragsverandering nog beter te kunnen begeleiden.

Sinds 2016 zijn er meerdere uitvoerders van de interventie, ook deze uitvoerders benaderen we periodiek met het verzoek feedback te geven. Eens per 5 jaar wordt een procesevaluatie uitgevoerd onder de deelnemers en uitvoerders. Er worden dus op regelmatige basis evaluatiegegevens verzameld onder alle betrokkenen bij de interventie en de interventie wordt op basis van de evaluatiegegevens waar nodig en mogelijk aangepast.

In 2017 hebben we groepslessen in samenwerking met de orthopedagoog generalist geschreven voor Kids In Action. De aanleiding voor toevoegen van deze groepslessen is om deze groep in hun kracht te zetten, om deze kwetsbare groep sterker te maken. Door deze groepslessen leren deze kinderen dat ze invloed kunnen hebben op hun eigen handelen en invloed kunnen hebben op gedachtes en gevoelens m.b.t. een gezonde leefstijl. Deze 6 groepslessen zijn twee keer gegeven. Deze zijn geëvalueerd met de groep. Na de eerste keer zijn aanpassingen op basis van de ervaringen van de deelnemers verwerkt, daarbij is het tempo en de hoeveelheid informatie verminderd. Daarna zijn de groepslessen voor de tweede keer aangeboden. Ook deze zijn geëvalueerd en is de invulling "bijgeschaafd". Vervolgens zijn de groepslessen opgenomen in deze interventie.

Ook zijn er o.b.v. beschikbaarheid van nieuwe inzichten een aantal wijzigingen geweest in de vragenlijsten en meetinstrumenten waar binnen de interventie gebruik van wordt gemaakt en is de Nederlandse Norm Gezond Bewegen begin 2018 vervangen door de Beweegrichtlijnen 2017.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het hoofddoel van Kids in Action is dat deelnemers met overgewicht of obesitas in de leeftijd van 6 tot 16 jaar door deelname aan de interventie meer gaan bewegen, gezonder gaan eten en een afname van hun BMI realiseren. Een goede indicatie voor het behalen van deze doelen is het gewichtsbehoud. Er wordt gestreefd naar het voldoen aan de beweegrichtlijnen (gezondheidsraad 2017) binnen 6 maanden na de start van de interventie. Er wordt gewichtsbehoud gerealiseerd vanaf het eerste jaar van de interventie. In het tweede jaar van de interventie wordt er gestreefd naar een verdere afname van de BMI-SDS richting het afkappunt van 25. Doordat de deelnemers blijven groeien in de lengte met behoud van het huidige lichaamsgewicht (of gewicht verliezen) en de ingezette leefstijlverandering op lange termijn volhouden komen ze in het 2<sup>e</sup> jaar van de interventie steeds dichterbij een BMI-SDS < 25.

### Subdoelen

Om te meten in hoeverre onderstaande subdoelen bij de deelnemer bereikt zijn, wordt gemeten met behulp van:

- VAS plezier,
- VAS zelfvertrouwen,
- BMI + groeidiagram,
- Fitkids treadmill test,
- BOT-2 krachttest,
- Kidscreen – kwaliteit van leven vragenlijst vanaf 8 jaar /
- Hoe ik vind dat ik het doe – motorische competentievragenlijst <8 jaar,
- Squash vragenlijst met criteria Beweegrichtlijn 2017.
- Voedingsdagboek

Per discipline worden deze vragenlijsten en meetinstrumenten eventueel nog aangevuld met andere relevante klinimetrie.

Subdoelen:

Deelnemende kinderen:



## **0<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> maand van het programma:**

### Gedrag

1. Toename van plezier in bewegen op VAS plezier naar score van 7 of minimaal 40% toename t.o.v. de T0, door het verhogen van het vertrouwen in eigen kunnen (eigen effectiviteit) op de VAS zelfvertrouwen naar score 7 of minimaal 30% toename t.o.v. de TO
2. zijn zich bewust van het eigen voedings- en beweeggedrag,
3. voldoet aan de beweegerichtlijn na 6 maanden gemeten met de squash vragenlijst
4. verminderen inactief gedrag: maximaal 2 uur per dag tv, tablet, laptop gebruik
5. schuiven op naar stap 3-4 van het I-Change model  
de kwaliteit van leven gemeten met de KIDSCREEN-27 (>8 jr) of de motorische competentie vragenlijst (<8 jr) voldoet aan de gestelde norm of verbeterd met minimaal 20%.

### Voeding

6. ontbijten dagelijks
7. eten dagelijks minstens 2 stuks fruit
8. matigen inname van zoete dranken naar maximaal 1 glas per dag
9. hebben een inname van maximaal 3 tussendoortjes per dag, waarbij de energie inhoud van de tussendoortjes gematigd wordt

### Beweging

10. voldoet aan de norm voor aerobe inspanningscapaciteit volgens de treadmill test
11. de deelnemer scoort leeftijdsconform op de BOT-2
12. doen minstens driemaal per week spier- en botversterkende activiteiten

## **6<sup>e</sup> -24<sup>e</sup> maand van het programma**

### Gedrag:

13. behouden van ingezette gedrags- en leefstijlveranderingen, blijft voldoen aan de beweegerichtlijn
14. kwaliteit van leven blijft binnen norm Kidscreen-27 of verbeterd verder tot norm is bereikt.
15. Schuiven op naar stap 4-5 van het I change model

### Voeding

16. behoud van ingezet gedrag

### Beweging

17. deelnemer blijft voldoen aan de gestelde normen van de treadmill test en BOT-2 of verbeterd verder tot deze norm wordt bereikt
18. behoud ingezet gedrag

### Gekoppeld aan hoofddoel:

Na 12 maanden verdere vermindering van BMI-SDS richting afkappunt van 25 doordat de kinderen groeien in de lengte met behoud van hun huidige gewicht of verder afvallen.

### Ouders/verzorgers:

De doelen van de ouders worden niet gemeten met meetinstrumenten. Deze worden mondeling besproken in de evaluatiegesprekken.

## **0<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> maand van het programma**

### Gedrag

19. hebben kennis van de oorzaken van overgewicht
20. hebben kennis van de risico's van overgewicht

21. bezitten kennis van de stappen die van belang zijn om gedragsverandering teweeg te brengen bij de deelnemer.
22. zijn zich bewust van hun voorbeeldfunctie en handelen hiernaar
23. stellen regels t.a.v. de screen-time van de deelnemer tot maximaal 2 uur per dag en handhaven deze voor het hele gezin.
24. hebben kennis van de verschillende manieren waarop ze de deelnemer kunnen ondersteunen en stimuleren in het ontwikkelen van gezonde eet- en drinkgewoontes, en kunnen deze toepassen
25. hebben kennis van de verschillende manieren waarop ze de deelnemer kunnen ondersteunen in het leren omgaan met moeilijke situaties en kunnen deze toepassen
26. hebben kennis van de verschillende manieren waarop ze de deelnemer kunnen ondersteunen en stimuleren in het ontwikkelen van sociale vaardigheden en kunnen deze toepassen

#### Voeding

27. kopen gezonde voeding in zoals groente, fruit, tussendoortjes met een matige energie inhoud
28. serveren gezonde maaltijden aan het hele gezin.
29. stellen regels t.a.v. ongezonde voeding en dranken en handhaven deze voor het hele gezin

#### Bewegen

30. motiveren en steunen de deelnemer bij het inbouwen van meer bewegen in het dagelijks leven
31. melden kind aan voor een sport en stimuleren kind om te gaan sporten

### **6<sup>e</sup> -24<sup>e</sup> maand van het programma**

#### Gedrag

32. handelen naar hun voorbeeldfunctie
33. handhaven de regels t.a.v. de screen-time van het hele gezind tot maximaal 2 uur per dag
34. blijven de deelnemer stimuleren in het behoud en verder ontwikkelen van gezonde eet- en drinkgewoontes en sociale vaardigheden.
35. blijven de deelnemer ondersteunen bij omgaan met moeilijke situaties

#### Voeding

36. behoud en verdere ontwikkelen van ingezette gedragsverandering

#### Bewegen

37. behoud en verdere ontwikkeling ingezette gedragsverandering

## **1.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

De interventie Kids In Action bestaat uit 3 fasen. De eerste fase betreft de fase voor aanvang van de interventie, de tweede fase betreft de fase waarin de interventie plaatsvindt en de derde fase betreft de fase na interventie waarin de deelnemers worden gevolgd.

Potentiele deelnemers aan Kids in Action worden door de kinderarts of huisarts geselecteerd en verwezen voor de interventie. Vervolgens start de 6 maanden durende interventie met een intake en T0 meting bij de kinderfysiotherapeut en wordt deze afgesloten met een evaluatie en T2 meting, na de interventie wordt de deelnemer nog tot

24 maanden gevolgd. Elke 3 maanden vindt er een evaluatie plaats, uitgevoerd door de kinderfysiotherapeut. Ook is er op dat moment weer een meetmoment.

Kids In Action bestaat uit:

Fase 1:

- opstart interventie

Fase 2:

- Een intake gesprek met meetmoment (t0-meting) bij kinderfysiotherapeut en apart nog bij de diëtiste en de orthopedagoog generalist.
- Na 4 weken voedingsadviesgesprek bij de diëtiste
- 4 maanden 2x per week bewegen onder begeleiding van de kinderfysiotherapeut.
- 2 maanden 1x per week bewegen onder begeleiding van de kinderfysiotherapeut,
- 6 Groepsbijeenkomsten gedrag met orthopedagoog generalist
- 2 Ouderbijeenkomsten bij orthopedagoog generalist
- 1 huisbezoek door kinderfysiotherapeut

Gedurende het gehele programma 6-8 wekelijks multidisciplinair overleg waar kinderarts, kinderfysiotherapeut, diëtiste en orthopedagoog bij aanwezig zijn.

Fase 3:

- Opvolging en meting na 6, 9, 12, 15, 18, 21 maanden door kinderfysiotherapeut (Na 4 maanden alleen een gesprek, nog geen meting)
- Evaluatiemomenten van de kinderarts 4, 8, 12, 18 en 24 maanden
- Evaluaties door de diëtiste 4, 8, 12, 18 en 24 maanden

De groepsgrootte van de groepslessen is 6-8 deelnemers. De beweeglessen worden gegeven in een sporthal met sport- en spelmateriaal en buiten op het sportveld. Bij deelname wordt de deelnemer ingedeeld naar leeftijd. We hebben hierin 3 subdoelgroepen gemaakt;

- 6-9 jaar
- 9-13 jaar
- 13 jaar en ouder

Deze leeftijdsgroepen zijn gemaakt zodat het spelaanbod kan worden aangepast naar de leeftijd/ontwikkeling. Door deze indeling wordt de intensiteit aangepast per les. Bij de jongere groep worden veel teamspelletjes gespeeld zodat ze elkaar motiveren. Bij de leeftijd van 9 t/m 13 jaar worden meer competitieve spelletjes gespeeld om elkaar uit te dagen zodat de deelnemers moe worden tijdens de les. De groep van 13 jaar ouder worden meer individuele oefeningen uitgevoerd zodat zij wel samen in een groep maar ieder op eigen niveau sporten.

Deze groepen zijn gemaakt zodat kinderen gaan bewegen met kinderen van hun leeftijdsgenoten. Er wordt per leeftijdsgroep nauw gekeken naar hun emotionele, sociale en motorische ontwikkeling. Er wordt geen verschil gemaakt tussen kinderen met overgewicht en obesitas.

	<b>Voor aanvang Kids In Action</b>	<b>Tijdens Kids in Action</b>	<b>Na Kids in Action</b>
	<i>inclusie</i>	<i>Intensieve begeleiding</i>	<i>opvolging</i>
<b>Inclusie bij kinderarts of huisarts</b>	In week 0		

<b>Individueel consult Kinderfysiotherapeut (intake)</b>		Week 1(intake) Week 20 (huisbezoek)	
<b>Individueel consult diëtiste (intake en daarna individuele begeleiding)</b>		Week 1, 4, 16, 28, 52, 74, 104	
<b>Intake orthopedagoog generalist</b>		Week 4	
<b>Groepslessen met orthopedagoog generalist</b>		Week 8,12,16,18,20,22,	
<b>Beweeglessen 2 x per week</b>		Week 2 t/m 16	
<b>Beweeglessen 1 x per week</b>		Week 17 t/m 29	
<b>Ouderbijeenkomst met orthopedagoog</b>		Week 14 en 24	
<b>Meetmomenten</b>		Week 1,14,29	Week 41,53,65,77,90,104

### Inhoud van de interventie

De interventie Kids in Action bestaat uit verschillende onderdelen:

- Intake:  
Bestaat uit: meerdere contactmomenten
  - Kinderarts
    - Totale screening kind
    - Screening medisch gebied
    - Familiaire geschiedenis
    - Vraagt beweeg- en eetgedrag uit
  - Kinderfysiotherapeut
    - Intakegesprek met ouders en kind
    - Fysieke testen (zie protocol voor de gehele uitwerking).
    - Overleg met kinderarts indien er zich bijzonderheden voordoen.
  
- Beweegmodule 2x per week  
Duur: 4 maanden; 32 groepscontactmomenten, in een groepsgrootte van 6-8 deelnemers.  
De beweeglessen duren 60 minuten per les.  
De inhoud van de lessen van Kids in Action zijn afwisselend. De kinderen die deelnemen aan de interventie Kids in Action hebben over het algemeen moeite met bewegen en met name met sportieve activiteiten. De oorzaak daarvan ligt vaak op meerdere vlakken; overgewicht, motorisch onhandig, verminderde conditie, angst om in te spannen, faalangst, weinig zelfvertrouwen enz. De kinderen blinken niet uit in een sport.  
De kracht van Kids in Action is dat het beweegaanbod dusdanig varieert en laagdrempelig aangeboden wordt dat kinderen gemotiveerd blijven om meer te bewegen. Iedere les heeft als doel dat de deelnemers succeservaringen opdoen, dit heeft effect op het zelfvertrouwen en op het plezier in bewegen. In de beweegmodule wordt in elke les een combinatie

gemaakt van diverse spelvormen en individuele oefeningen waarbij de kinderen op hun eigen niveau worden uitgedaagd.

De les is opgedeeld in 3 delen; een warming up, kern en cooling down. De warming up duurt 15 min en bestaat veelal uit een gevarieerd tikspel met als doel het lichaam voor te bereiden op inspanning.

De kern duurt 30 minuten hierin komen de volgende motorische vaardigheden aan bod: kracht, stabiliteit, coördinatie en souplesse, middels het verbeteren van het loop/renpatroon (in tempo, duur, wendbaarheid en met gebruik van oefenmaterialen zoals egeltjes, kegels of de speedfootladder etc). Dit wordt gerealiseerd door de spellen aan te passen aan het individuele niveau van de kinderen. Conditie wordt getraind op zowel aerob als anaerob niveau (korte estafettes en/ of beweegspellen met een langere tijds- en traingsduur. De kracht wordt verbeterd middels spelvormen waarvan klimmen en springen o.a. onderdeel zijn. Daarnaast wordt kracht geoefend middels circuitvormen met specifieke oefeningen gericht op alle grote spiergroepen (bijvoorbeeld squats, opdrukken of lunges)

Andere voorbeelden zijn: estafette spelletjes, apekooi, parcours met attributen, trefbal met opdrachten, anna maria koekoek met opdrachten of pionvoetbal. Bij pionvoetbal wordt er een rondje gerend wanneer de pion omvalt. Daarna mogen ze direct weer deelnemen. Bij tikspelen gaat degene die af is, niet aan de kant zitten. Hij/zij krijgt een opdracht, bijvoorbeeld rondje hinkelen/ huppelen/ rennen, en mag daarna weer mee doen. Op deze manier zitten de kinderen de niet stil, zijn ze de gehele les actief en worden ze gestimuleerd hun best te doen. Hierbij doen ze geen faalervaringen op, maar krijgen ze steeds een nieuwe kans het opnieuw te proberen tot dat het lukt.

Door gebruik te maken van de spel ideeën van de kinderen zelf en deze per kind aan te passen doet het kind positieve ervaringen op met bewegen en wordt het zelfvertrouwen en zelfbewustzijn vergroot

Geduld, volharding en doorzettingsvermogen, veerkracht en emotieregulatie komen ook aan bod in de spelvormen. De intensiteit van de lessen speelt een belangrijke rol. De lessen zijn voldoende intensief voor ieder kind om conditieverbetering te bewerkstelligen.

De cooling down duurt 15 minuten en heeft als doel het lichaam na afloop van de inspanning naar rustniveau te brengen. De cooling down bestaat uit een rustige spelvormen en rustige loopoefeningen waarbij ook aandacht besteed wordt aan ademhalings- en ontspanningsoefeningen.

In de laatste weken van de beweegmodule wordt er al kennis gemaakt met het reguliere sportaanbod door middel van een sportproeverij. De begeleiders van het reguliere sportaanbod zijn hier al bij aanwezig. Op deze manier kunnen ouders en kinderen zich al oriënteren op een geschikte/interessante sport voor het kind.

Naast het sporten bij een lokale sportaanbieder hebben kinderen ook de mogelijkheid om door te stromen in de jeugd beweggroepen van Bewegencentrum Winschoten, we noemen dit het Kids In Action abonnement. Deze zijn ontwikkeld voor kinderen die de stap naar regulier sportaanbod niet kunnen of willen maken

omdat ze bijvoorbeeld de beweglessen van Kids In Action veel leuker vinden dan een andere sport. Zij kunnen dan op eigen kosten deelnemen aan de jeugd bewegsgroepen. Voor de gezinnen met kinderen (lage SES) is er in de gemeente Oldambt via het participatiefonds financiële ondersteuning beschikbaar om deelname aan een sport toch haalbaar te maken.

- Multidisciplinair overleg met de specialisten is 1 keer per 8 weken gedurende het hele programma; dit overleg gaat over de deelnemer. De deelnemer wordt, gedurende de looptijd van het programma minimaal 4 x besproken in het MDO.

- Bezoeken aan diëtiste

Bij de diëtiste komen de doelen dagelijks ontbijten, dagelijks minimaal 2 stuks fruit eten, maximaal 1 glas zoete dranken per dag en maximaal 3 tussendoortjes per dag met beperkte energie inhoud aan bod.

De deelnemer krijgt bij het eerste bezoek een eetdagboek mee. Daarin schrijft de deelnemer op wat hij de hele dag eet. Dit doet hij voor 3 dagen, waarvan 1 minimaal een weekenddag is. De diëtiste gaat dit analyseren. In kleine stapjes wordt het voedingspatroon verbeterd. Als een stap goed is doorgevoerd, dan wordt er een nieuw verbeterpunt opgestart.

- Het tweede gesprek gaat over het voedingsadvies dat op maat wordt gemaakt voor het kind, passend binnen de mogelijkheden van het gezin.
- Er worden samen met het kind doelen opgesteld passend bij het voedingsadvies.
- Ieder bezoek worden de doelen geëvalueerd

De verstrekte informatie en afspraken m.b.t. het gebruik van zoete frisdranken en voeding worden herhaald en geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

- Huisbezoek

Om de thuissituatie van de deelnemers in kaart te brengen, wordt een huisbezoek uitgevoerd. De kinderfysiotherapeut legt dit huisbezoek af. Dit bezoek geeft de kinderfysiotherapeut veel informatie over de thuissituatie, het pedagogisch handelen van de ouders en de stimulans die de kinderen vanuit huis meekrijgen. Middels een brief worden de ouders/verzorgers op de hoogte gesteld, deze wordt meegegeven aan de kinderen.

- 4 maanden evaluatie

Er wordt een voortgangsgesprek gehouden met de ouders. Er wordt besproken hoe de deelnemer het bewegen gaat voortzetten. Meldt de deelnemer zich aan bij een vereniging? Of gaat hij/zij meer bewegen in ADL.

- Beweegmodule 1x per week

Duur: 2 maanden, 1x per week bewegen bij de kinderfysiotherapeut en bij voorkeur 1x per week sporten bij regulier sportaanbod De deelnemer blijft sporten in dezelfde groep. Dit is het moment voor ouders om hun zoon/dochter bijvoorbeeld lid te maken bij een vereniging. Tijdens de evaluatiemomenten en in de groepslessen wordt geïnventariseerd of het sporten bij regulier sportaanbod ook plaatsvindt en hoe dat bevalt. Er kan bijvoorbeeld ook als verandering worden doorgezet dat hun zoon/dochter iedere dag op de fiets naar school gaat.

- 6 maanden evaluatie

Deze evaluatie is gericht op het afsluiten van de beweegmodule. In dit gesprek wordt besproken hoe de leefstijl veranderd is en wordt advies gegeven hoe de

verandering volgehouden kan worden. De fysieke testen worden afgenomen. Aan de hand van deze testen kan de conclusie worden getrokken of deelnemer zijn fysieke fitheid heeft verbeterd.

Er wordt bekeken of de kinderen hun dagelijkse beweging is toegenomen  
Wanneer er nog niet voldoende voortgang is geboekt wordt gezocht naar de oorzaak en wordt hierin begeleiding gegeven.

- Uiteindelijk volledige doorstroming regulier sportaanbod  
Het doel is dat ouders dit zelf gaan oppakken. Dit wordt gestimuleerd door dit bij de evaluaties te bespreken met ouders. Kinderen kunnen proeflessen volgen en sporten proberen.
- Groepslessen met orthopedagoog  
Er wordt gewerkt in 6 bijeenkomsten aan het bewust worden van eet- en drinkgewoontes, het verkrijgen van meer zelfvertrouwen en het leren omgaan met moeilijke situaties (zoals nee zeggen tegen eten, bewuste keuzes durven maken). Deze thema's dragen bij aan het ontwikkelen van een gezonde leefstijl.
- Ouderbijeenkomsten  
Er zijn 2 ouder bijeenkomsten, waarbij de informatie die gegeven is aan de kinderen over gezonde voeding, zelfvertrouwen, het leren omgaan met moeilijke situaties wordt gedeeld met de ouders. Hierin is ook ruimte voor het stellen van vragen en de ouders kunnen onderling ervaringen uitwisselen.
- Meetmomenten/ Evaluatiemomenten
  - *Evaluatie door de kinderarts: op 4, 8,12,18,24 maanden*  
Het kind wordt opnieuw gescreend. Dit gebeurt na de evaluatiemomenten van de kinderfysiotherapeut. Dit om het kind, zo nauwkeurig mogelijk in de gaten te houden. Er wordt gekeken of er zich problemen hebben voorgedaan.

Na een evaluatie rapporteert de kinderarts zijn/haar bevinden over de voortgang per brief naar de kinderfysiotherapeut en de diëtiste. Indien de kinderen (dreigen) terug te vallen wordt gekeken wat de oorzaak hiervan is (multidisciplinair) (gedrag/voeding/beweging/externe factoren) en afhankelijk hiervan wordt de juiste interventie hiertegen bepaald. Soms is het nodig dat de deelnemer of de verzorgers toch weer een aantal consulten krijgen bij de orthopedagoog generalist, diëtiste of weer een aantal beweeglessen volgt. Soms is de oorzaak buiten de doelstellingen van de interventie gelegen.

- *Evaluatie door kinderfysiotherapeut: op 9,12,18,24 maanden*  
In deze evaluaties worden opnieuw de fysieke testen uitgevoerd. Er wordt een voortgangsgesprek gehouden met de ouders. Er wordt gekeken of de nieuw aangeleerde leefstijl wordt voorgezet en of er nog verbeterpunten zijn en hoe deze in de praktijk kunnen worden gebracht en of er problemen zijn geweest. Is het dagelijks activiteitsniveau toegenomen of juist afgenomen? Is er sprake van gedragsbehoud. Bij een terugval wordt gekeken of er tijdelijk extra begeleiding nodig is en door wie.

Na een evaluatie rapporteert de kinderfysiotherapeut de testgegevens, opgestelde doelen en zijn/haar bevindingen per brief naar de kinderarts en diëtiste.

- *Evaluatie door de diëtiste: op 8, 12, 18, 24 maanden*

De diëtiste bespreekt met het gezin het voedingspatroon. Er wordt ingezet op gedragsbehoud, het volhouden van het nieuwe gezonde voedingspatroon. Is het gelukt om dit vol te houden. Is het voldoende om deze zo door te zetten of moeten er nog meer aanpassingen worden gedaan. Moeilijkheden worden besproken.



## 2. Uitvoering

### Materialen

#### Werving

- Brief huisarts. Deze brieven zijn bedoeld om huisartsen op de hoogte te brengen van het project zodat de huisarts weet wat het project inhoudt en weet waar hij de deelnemers naar toe kan verwijzen.
- Posters. Deze posters zijn ter promotie van het project. Deze hangen bijvoorbeeld in de wachtkamer bij de huisarts/ openbare gelegenheden/ scholen.
- Folders Deze folder krijgen de deelnemers van de kinderarts mee. Hierin staat alle informatie over het project.
- Website: <https://www.bc-winschoten.nl/project/kids-in-action/> Hier staat informatie voor de deelnemers en de verzorgers over het programma.

#### Uitvoering

- Protocol Kids In Action. Voor de uitvoering van het project is een protocol voor alle uitvoerders aanwezig.
- Testmaterialen; Voor het uitvoeren van de fysieke testen is een testformulier gemaakt. Hierin kunnen de uitslagen overzichtelijk worden genoteerd.

#### Evaluatie

- Voor de evaluatie van het programma is een vragenlijst aanwezig waarin kinderen en ouders hun mening kunnen geven over het programma aan het einde van het traject.

### Locatie en type organisatie

De interventie kan uitgevoerd worden in een sporthal of gymzaal. Van belang is dat er naast een enthousiast en competent team genoeg materialen aanwezig zijn om de lessen aan te laten sluiten bij de doelgroep en ook om voldoende afwisseling in de lesinhoud te kunnen zorgen. Te denken valt hierbij aan bijvoorbeeld: kasten, een bok, trampoline, springplank, ringen, touwen, matten en klein materiaal zoals een bal, badmintonracket, pionnen, net, stokken, honkbalknuppel etc. Van belang is dat de lessen op niveau worden aangeboden in groepsverband zodat de individuele deelnemers allemaal op hun eigen niveau succeservaringen hebben m.b.t. bewegen. Met deze materialen kunnen vele spellen worden aangeboden om kinderen iedere les een nieuw aanbod te geven en plezier te laten beleven. Er zijn zoveel materialen nodig om dat te kunnen bieden. Want wanneer een les niet leuk is, is het de volgende keer een nieuw aanbod en vinden ze het wellicht wel leuk! Variatie en differentiatie zijn erg belangrijk!

Voor de gesprekken bij de professionals is een geschikte ruimte nodig (afgescheiden ruimte met voldoende daglicht waarbij in een ontspannen sfeer gesprekken gevoerd kunnen worden). Er is voor het uitvoeren van de fysieke meting een loopband nodig, bijvoorbeeld in de praktijk van de kinderfysiotherapeut. Verder is er een ruimte nodig waar de groepslessen van de orthopedagoog gegeven kunnen worden, dit zal in de sporthal kunnen of in een (grote) gespreksruimte.

Een samenwerkingsverband van een kinderarts, huisarts, fysiotherapiepraktijk met kinderfysiotherapeut met beschikking over een sporthal met bovenstaande beschreven

materialen (kan veelal via gemeente gehuurd worden), diëtiste en orthopedagoog generalist of GZ psycholoog is een vereiste voor uitvoering van de interventie. Er zal 1 centrale zorgverlener aangewezen worden die als aanspreekpunt voor kind, ouders en overige professionals in zowel 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, (3<sup>e</sup>) lijn als in het sociale domein fungeert. De interventie kan daardoor uitgevoerd worden door organisaties in de 1<sup>e</sup> lijn die deel uitmaken van een dergelijk samenwerkingsverband.

Wat prettig werkt is er 1 a 2 projectleiders zijn die het overzicht hebben over zowel de organisatie als de deelnemers. De coördinatie van de deelnemers is erg belangrijk en is daarmee gewaarborgd. Er is daarmee 1 aanspreekpunt voor de deelnemers en 1 aanspreekpunt voor de professionals.

## **Opleiding en competenties van de uitvoerders**

*Introductiedag Kids in Action voor de uitvoerders*

- *Uitleg protocol incl. oefenen afnemen klinimetrie.*
- *Uitleg opbouw programma*

De introductiedag is een verplicht onderdeel om Kids In Action uit te kunnen voeren.

### Beweeg & leefstijladviseur:

Opleiding: Sportgezondheid en management (SGM), bachelor

Competenties/ vaardigheden:

- Begeleiden van beweegprogramma's en testen van cliënten met als doel het in kaart brengen en verbeteren van gezondheid
- Adviseren en counselen
- Ontwerpen en organiseren van doelgerichte en goed onderbouwde bewegingsprogramma's
- Vergaren, ontwikkelen en delen van kennis
- Ontwikkelen en in stand houden van sportbewustzijn
- Samenwerken
- Communiceren
- Affiniteit met kinderen
- Interpersoonlijk competent
- Pedagogisch competent
- Empathisch vermogen
- Effectief communiceren met anderen in de gezondheidszorg
- Motivational interviewing

### Kinderfysiotherapeut:

Opleiding: Fysiotherapie, bachelor opleiding; Kinderfysiotherapie, master.

Competentie/ vaardigheden:

- Deskundigheidsbevordering
- Screening
- Diagnostiseren
- Communiceren
- Adviseren
- Samenwerken
- Affiniteit met kinderen
- Effectief communiceren met anderen in de gezondheidszorg

### Kinderergotherapeut

opleiding: bachelor ergotherapie met vervolgopleiding kinderergotherapie.

competentie/vaardigheden

- Deskundigheidsbevordering

- Screening
- Diagnosticeren
- Communiceren
- Adviseren
- Samenwerken
- Affiniteit met kinderen
- Effectief communiceren met anderen in de gezondheidszorg

#### Diëtiste:

Opleiding: diëtetiek; 4-jarige HBO bachelor opleiding

Competenties/ vaardigheden:

- Diëtistische diagnose
- Behandelplan
- Voedings- of dieetadvies
- Begeleiding/coaching
- Rapportage/evaluatie
- Protocol/richtlijn
- Voedingskundig advies
- Voorlichtingsplan
- Met anderen effectieve zorg waarborgen
- Effectief communiceren met cliënten
- Effectief communiceren met anderen in de gezondheidszorg

#### Kinderarts:

Opleiding: geneeskunde WO waarna specialisatie kindergeneeskunde

Competenties/vaardigheden:

- Deskundigheidsbevordering
- Screening
- Diagnosticeren
- Communiceren
- Adviseren
- Samenwerken
- Affiniteit met kinderen
- Effectief communiceren met anderen in de gezondheidszorg

#### Orthopedagoog generalist of GZ psycholoog

Opleiding: Master pedagogische wetenschappen waarna de opleiding Orthopedagoog generalist gevolgd wordt.

- Deskundigheidsbevordering
- Screening
- Diagnosticeren
- Communiceren
- Adviseren
- Samenwerken
- Affiniteit met kinderen
- Effectief communiceren met anderen in de gezondheidszorg

## **Kwaliteitsbewaking**

De kwaliteit van de uitvoering van het programma wordt gecontroleerd door tweejaarlijks met de uitvoerders bijeen te komen, georganiseerd door de interventie-eigenaar. Tijdens deze bijeenkomst wordt de gehele uitvoering doorgenomen. Knelpunten die zich voordoen worden besproken en een oplossing wordt besproken. Ook is het mogelijk dat er een planning wordt gemaakt om het knelpunt op termijn op te lossen.

Indien de uitvoerders tegen knelpunten aan lopen kunnen ze tussentijds contact opnemen met de interventie-eigenaar. Er wordt op dat moment besloten of er direct actie nodig is of dat het op termijn wordt opgelost.

De resultaten worden op dit moment niet centraal geregistreerd. Iedere praktijk registreert de uitslagen en evaluatie per kind. Op dit moment wordt er gekeken naar de mogelijkheden om deze resultaten in een centrale database te kunnen registreren zodat ze makkelijker beschikbaar gemaakt kunnen worden voor effectonderzoek.

Ook vinden er periodiek procesevaluaties plaats onder deelnemers, zorgverleners betrokken bij de interventie op alle locaties. Deze gegevens worden gebruikt bij het verbeteren van de interventie. Tijdens de procesevaluaties met de betrokken zorgverleners worden er nieuwe inzichten besproken en nieuwe kennis uitgewisseld wat gebruikt wordt om het programma aan te passen.

## **Randvoorwaarden**

Voor een goede uitvoering van de interventie is het van belang dat er een team staat dat het programma omarmt en zich met 100% inzet. Deze inzet is nodig om de ouders te blijven motiveren de leefstijlverandering door te zetten. De ouders die minder gemotiveerd zijn, hebben meer aandacht nodig. Wanneer kinderen afwezig zijn zonder kennisgeving bij de beweeglessen, zal de leefstijladviseur contact opnemen. De kinderfysiotherapeut houdt de planning bij van de deelnemende kinderen en zorgt ervoor dat zij tijdig worden ingepland voor de evaluatiemomenten.

Het team zal voldoende tijd moeten hebben om de overhead van het programma te kunnen coördineren. Dit gaat om de planning van de kinderen bijhouden, mdo's plannen en uitvoeren.

De betrokken professionals moeten korte lijnen met elkaar hebben. Overleg is dan snel mogelijk. Er kan snel worden gereageerd bij dreigende uitval of problemen.

De lessen van kids in action vinden plaats in een sporthal waar spelmateriaal voor kinderen beschikbaar is, het is van belang dat deze in de buurt zit. Verder is het van belang dat er een ruimte beschikbaar is voor de diëtiste.

De begeleiding door kinderarts, diëtiste en kinderfysiotherapeut worden vergoed door de zorgverzekering. Deze worden afzonderlijk van elkaar gedeclareerd. Hier zijn geen overhead kosten in meegenomen. De overheadkosten worden gefinancierd uit projectgelden.

## **Implementatie**

Er is een protocol aanwezig voor de implementatie en uitvoering, deze is toegevoegd.

In het protocol staat beschreven wat de interventie inhoudt. Er wordt per onderdeel uitgelegd hoe het er inhoudelijk uit ziet. Van aanmelding tot afsluiten staan de stappen beschreven voor de uitvoerders.

In de opstartfase zal de interventie-eigenaar één uur per week beschikbaar zijn voor vragen. Dit kan worden uitgebreid in overleg.

Zoals eerder vermeld vindt er een introductiemiddag voor alle uitvoerders plaats. Hierin wordt het gehele programma besproken en uitgelegd hoe de interventie elders is opgezet en uitgevoerd wordt. De benodigde materialen worden op die middag uitgedeeld. Ook vindt er dan training plaats op het gebied van het interpreteren van de vragenlijsten en afnemen van de fysieke testen.

Om de kwaliteit van Kids in Action te waarborgen, is de noodzaak om de methodieken beschreven in het protocol te hanteren. In de tabel hieronder staat een planning van de opstartfase beschreven.

Duur	Actie		Uitvoerende
0-2 maanden	Team bijeen brengen, draagvlak creëren.		Kinderarts, kinderfysiotherapeut, diëtiste
2-2.5 maanden	Locatie zoeken voor uitvoering (sporthal)		
2-3 maanden	Contact opnemen met Gemeente voor mogelijkheden co – financiering (bijvoorbeeld bij lage SES)		
2.5-4 maanden	Draagvlak creëren voor doorverwijzing. Overleg met huisartsen voor bekendmaking programma		
4 maanden	Scholing uitvoerders		Kinderfysiotherapeut
4-6 maanden	Financiering zorgverzekering afspreken		Kinderfysiotherapeut, kinderarts, diëtiste (pakket of los; afhankelijk van zorgverzekering)
6 maanden	Publiciteit geven aan start van de interventie.		GGD en scholen informeren (brieven). Mogelijke deelnemers informeren (krantenartikel)

## Kosten

### Uren per discipline

Kinderfysiotherapeut/ Kinderergotherapeut

Individuele momenten per kind	14 uur
Groepsmomenten per traject	45 uur

Overhead per traject	15 uur
Overhead eenmalig (schatting)	24 uur

Diëtiste	
Individuele momenten maximaal 3 uur per kind per jaar	3 uur

(er wordt maximaal 3 uur vergoed vanuit de basisverzekering)

Kinderarts op indicatie 7 uur  
Individuele momenten.

Huisarts. Individuele momenten. Op indicatie 2 uur

Coaching orthopedagoog generalist 10 uur

Bovenstaande kosten met uitzondering van de overheadkosten worden allen vergoed vanuit de basisverzekering.

Onder overheadkosten per traject vallen de multidisciplinaire overlegmomenten, en lesvoorbereidingen.

Onder eenmalige overheadkosten valt de acquisitie om het programma op te kunnen starten en de uren voor scholing personeel.

De overheadkosten worden betaald vanuit projectgelden.

Uitgaande van een gemiddeld uurtarief van €85,- incl. btw zullen de overheadkosten per traject rond de €1275,- euro uitkomen. Hierbij gaat van 1 groep bestaande uit 8 kinderen.

De eenmalige overheadkosten komen dan uit op €2040,-

### **Accommodatie**

Kosten voor de accommodatie, er vanuit gaande dat de accommodatie €6,- per uur kost zal het voor het gehele traject €246,- bedragen (voor 40 groepsmomenten + voorlichting).

Overige kosten, zoals het handboek en het communicatiepakket.

Kosten voor materialen (eenmalige kosten aanschaf, zie onderstaande lijst)	€ 2000,- (specifieke materialen motoriek)
protocol	€ 250,-
Communicatiepakket	€ 600,-
Advisering, coaching en monitoring door eigenaar (op afspraak beschikbaar)	€ 500,-
Deskundigheidsbevordering (training van uitvoerder, inclusief uren) (introductiedag)	€ 750,-

De materiaalkosten zijn een schatting, dit is afhankelijk wat er aanwezig is bij de betreffende uitvoerende partij. Je zou hierbij kunnen denken aan:

- Trampoline
- Kast
- Hoepels
- Ballen
- Klimtouw
- Rackets
- Net
- Springtouw
- Matten
- Kast klein spelmateriaal
- Klein spelmateriaal

**Gemeente**

De aanpak is voor de regio Oldambt aangepast voor de doelgroep lage SES. Dit doordat ouders en kinderen via een participatiefonds van de Gemeente Oldambt financiële ondersteuning kunnen krijgen voor het financieren van sportactiviteiten en soms ook sportkleding van hun kinderen

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

*Een probleem dat steeds groter wordt in Nederland is het probleem overgewicht. Op steeds jongere leeftijd ontwikkelen kinderen overgewicht met alle gevolgen van dien. In de afgelopen dertig jaar is het aandeel jongeren (2-20 jaar) met overgewicht in Nederland fors toegenomen. Onder jongeren van 12-18 jaar is een stijging van 40% te zien. De helft van deze toename kwam door de toename van obesitas (Hildebrand V.H., 2013) (Volksgezondheidszorg.info, 2019). Van de kinderen van 4 tot en met 17 jaar oud had 13,5% in 2017 overgewicht, waarvan 10,7% matig overgewicht en 2,8% ernstig overgewicht (obesitas) (Volksgezondheidszorg.info, 2019). Jongens van 4 tot en met 11 jaar hebben vaker overgewicht dan meisjes. Bij obesitas is dat andersom. In de leeftijdsgroep 12 tot en met 17 jaar komt zowel overgewicht als obesitas meer voor bij meisjes dan bij jongens (Ajzen I., 1987) (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2009) (Volksgezondheidszorg.info, 2019). Overgewicht in deze leeftijdsgroep vormt een wereldwijd probleem, en treft vooral lage- en midden-inkomenslanden, vooral in stedelijke omgeving (Van Binsbergen JJ, 2010) (Niesten L., 2008).*

Jonge kinderen met overgewicht of obesitas hebben een grote kans om obees te blijven gedurende de kindertijd, de adolescentie, en het volwassen leven (Naets T., 2018) (Van Binsbergen JJ, 2010) (Skelton J.A., 2011). Het risico op het behouden van obesitas op volwassen leeftijd wordt door Singh et al. geschat tussen 22 en 90% (Singh A.S., 2008). In de wetenschap dat obesitas op volwassen leeftijd geassocieerd is met een aantal ernstige gezondheidscomplicaties, is dit een alarmerend gegeven. Deze goed bekende, veelal chronische, aandoeningen zijn onder andere cardiovasculaire aandoeningen, insulineresistentie en diabetes mellitus, PCOS, slaapapnoe, musculoskeletale aandoeningen zoals osteoarthritis en sommige kankers (Van Binsbergen JJ, 2010). Ook wordt er gezien dat deze aandoeningen, normaal voorkomend op volwassen leeftijd, vroeger optreden. Zo kunnen diabetes mellitus type 2, hartaandoeningen, slaapapnoe en pseudotumor cerebri zich al in de kinderleeftijd ontwikkelen. Obese kinderen hebben een verhoogd risico op overlijden op een relatief jonge leeftijd (Ajzen I., 1987) (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2019) (Milne S., 2002) (Van Binsbergen JJ, 2010) (Singh A.S., 2008).

Het WHO stelt daarom dat de preventie van kinderobesitas met hoge prioriteit behandeld moet worden (Van Binsbergen JJ, 2010) (World Health Organisation, 2019). Zo zijn niet enkel overgewicht en obesitas te voorkomen, maar ook de daarmee verbonden aandoeningen. Ook door vroegtijdige interventies en behandeling kunnen gevolgen van obesitas vermeden worden.

Ook de impact op de levenskwaliteit van kinderen en jongeren met overgewicht of obesitas moet niet worden onderschat. Obese kinderen hebben vaak minder vrienden, en hebben meer kans op sociale isolatie (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2019) (Singh A.S., 2008). Bovendien zijn zij vaak het slachtoffer van pesten.

Verder is gebleken dat overgewicht en psychische problemen zich tegelijkertijd kunnen voordoen.

Bij kinderen is een duidelijk rechtlijnig verband te zien tussen lichaamsgewicht en psychische problemen: hoe zwaarder ze zijn, hoe vaker ze deze problemen ervaren. Ter illustratie, van de obese kinderen heeft 19 tot 29 procent psychische problemen ten opzichte van 6 tot 19 procent onder kinderen met matig overgewicht en 5-15 procent onder kinderen met een gezond gewicht (RIVM, 2011).

De oorzaak van de zwaarlijvigheid wordt door hun omgeving vaak gelegd bij gebrek aan controle over zichzelf (Van Binsbergen JJ, 2010). Ook van ouders of leerkrachten uit wordt stigmatisering gezien, de sfeer thuis is negatiever. Obese adolescenten



ondervinden ontevredenheid met het eigen lichaam. Dit negatief zelfbeeld en lager zelfwaardegevoel kunnen leiden tot droefheid, eenzaamheid of depressie. Ze geven zichzelf de schuld van hun overgewicht. Een deel van hen zal ook een eetstoornis ontwikkelen. Zwaarlijvige jongeren gebruiken vaker alcohol en tabak. School- en werkcarrière verlopen vaak moeizamer (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2019) (Milne S., 2002).

Bij kinderen in de groei kan gewicht stabilisatie al voldoende zijn om gezondheidseffecten te behalen (Van Binsbergen JJ, 2010) (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2009).

## Oorzaken

Hoewel de oorzaak van overgewicht bij kinderen veelal niet bekend is, zijn er de laatste jaren wel veel onderzoek gedaan naar risicofactoren voor het ontwikkelen van overgewicht (Hildebrand V.H., 2013) (Milne S., 2002) (Van Binsbergen JJ, 2010) (Singh A.S., 2008) (Kulik N., 2015).

Overgewicht ontstaat door een disbalans tussen energie-inname (voeding) en energieverbruik (lichamelijke activiteit). De oorzaak van overgewicht ligt primair in gedrag dat gestuurd wordt door een wisselwerking tussen biologische, psychologische en omgevingsfactoren. Deze factoren hangen met elkaar samen en ontstaan meestal in de kinderjaren. Ze zijn nauw verweven met het welzijn van het kind, de ouders en andere belangrijke personen in de directe omgeving van het kind zoals het gezin en het sociale netwerk van het kind.

Tijdens het opgroeien van een jong kind is het kiezen voor gezonde voeding van groot belang, omdat voedingsvoorkeur al vroeg in het leven wordt bepaald (Van Binsbergen JJ, 2010). Voeding, met hoge vet-, suiker- en zoutgehaltes verhoogt het risico op obesitas in belangrijke mate. Gebrekkige informatie over en rond goede omgang met voeding en weinig beschikbare en betaalbare gezonde voeding dragen bij aan het probleem. Kennis over gezonde voeding wordt daarnaast overstemd door marketing van voeding met een hoge energiebalans en zoete dranken, gericht op kinderen en families. Ook bepaalde culturele normen stimuleren het overvoeden van zuigelingen en kinderen. Naast overmatige voeding is een sedentaire levensstijl een logische oorzaak van een disbalans tussen energie-inname en -verbruik. Er is sprake van een toenemende lichamelijkinactieve leefstijl die mogelijk wordt veroorzaakt door een groeiende passieve vrijetijdsbesteding zoals televisie kijken en computeren. Daarnaast wordt er tegenwoordig steeds minder buiten gespeeld en worden kinderen steeds vaker met de auto naar school gebracht. Dit heeft eveneens een vermindering van de fysieke activiteit tot gevolg (Van Binsbergen JJ, 2010). Bij kinderen die al overgewicht hebben neemt dit nog verder toe (Van Binsbergen JJ, 2010). Mede doordat sedentariteit toeneemt met de leeftijd: het activiteitsniveau daalt gedurende de kindertijd en de adolescentie (Baere S. de, 2015).

Kwetsbare kinderen zoals kinderen die in armoede leven (lage sociaal economische status) en/ of in een problematische gezinssituatie opgroeien, hebben vaker overgewicht. Anno 2015 groeien 323.000 minderjarige kinderen op in een huishouden met een laag inkomen, in Oldambt was dat in 2015 8,1% (Volksgezondheidszorg.info, 2019). Mensen met een relatief lage sociaaleconomische status (SES) hebben gemiddeld een slechtere gezondheid en lagere levensverwachting dan mensen met een hoge SES (Verplanken B., 1999). Dikwijls wordt hierbij gewezen op een ongezonde levensstijl. Gewoonten zoals roken, overmatig alcoholgebruik, (te veel) ongezond eten, gecombineerd met te weinig lichaamsbeweging en te weinig slaap zijn inderdaad aantoonbare risicofactoren voor het ontstaan van gezondheidsproblemen en deze

factoren worden vaak in verband gebracht met verminderde algehele vitaliteit bij een lage SES. Daarnaast spelen belemmeringen voor een achterblijvende sportdeelname van kinderen uit lage SES- gezinnen zoals een tekort aan financiële middelen voor lidmaatschap, kleding, passend vervoer. Zowel binnen de lage SES en de niet lage SES gezinnen spelen ouders spelen een belangrijke rol in het ontstaan en in stand houden van overgewicht bij het kind. Niet alleen bepalen zij vaak wat kinderen eten en hoe zij bewegen, ook fungeren ze hierin als rolmodel: kinderen nemen gemakkelijk de eet- en bewegegewoonten van hun ouders over. Tevens speelt de opvoedstijl die ouders hanteren een grote rol hierin (Kist-van Holthe, 2012) (Mil, 2015).

Om overgewicht effectief aan te pakken moeten al deze factoren meegenomen worden in de aanpak. Niet alle aanwezige knelpunten kunnen worden opgelost maar het is wel van belang om in kaart te brengen welke factoren van invloed zijn.

---

### **Aan te pakken factoren**

De multidisciplinaire interventie Kids In Action zet in op een afname of stabilisatie van overgewicht/obesitas bij jongeren door blijvend meer gaan bewegen, gezonder te gaan eten en een duurzame gedragsverandering wat een (relatieve) daling van de BMI bewerkstelligt. Om gedragsverandering te bereiken richt de interventie zich op het beweeg- en voedingsgedrag waar de aspecten zelfeffectiviteit, attitude, bewustwording, sociale invloed en kennis in meegenomen worden. In de beweglessen komen de gezondheidseffecten van meer bewegen aan bod en doordat de deelnemers plezier gaan ervaren in meer bewegen verminderen ze hun inactieve gedrag. Door de gerichte voedingsadviezen zullen ze het voedingspatroon verbeteren. Ouders/verzorgers krijgen dezelfde informatie t.a.v. gezonde voeding en beweging, krijgen advies t.a.v. het kopen van gezonde producten in de supermarkt en het klaarmaken van een gezonde maaltijd. Ook worden zowel de deelnemers als de ouders ondersteund in het leren omgaan met invloeden uit hun omgeving als het gaat om het maken van keuzes voor gezonde voeding, eet- en bewegegedrag. De deelnemers krijgen handvaten hoe ze om kunnen met hun gedachten en gevoelens en hoe ze hierop invloed kunnen uitoefenen (Atkinson, 1981). Ouders krijgen daarnaast handvaten aan gereikt om hun kind beter te kunnen ondersteunen in moeilijke situaties en stimuleren bij het ontwikkelen en behouden van een gezonde leefstijl. Ook in de periode na de interventie waarbij de deelnemer nog langere tijd gevolgd wordt blijven deze factoren aandacht krijgen.

### **Verantwoording**

Vroege interventie bij kinderen en jongeren is erg belangrijk omdat hiermee overgewicht op volwassen leeftijd kan worden voorkomen. Het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) stelt in haar meest recente richtlijn voor de behandeling van obesitas bij kinderen, dat de behandeling bij voorkeur bestaat uit een gecombineerde leefstijlinterventie (Zorgstandaard Obesitas Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010). De eerste keus van behandeling bestaat uit een verlaging van de energie intake d.m.v. een verbetering in het eetgedrag, het verhogen van lichamelijke activiteit, en de toevoeging van een psychologische interventie gericht op gedragsverandering. De aanbeveling is dat de begeleiding minimaal één jaar duurt en is gericht op verlaging van de BMI, gekoppeld aan het gewicht gerelateerd gezondheidsrisico en gezondheidswinst bij kinderen (World Health Organisation, 2019) (Zorgstandaard Obesitas Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010).

De interventie Kids In Action heeft een multidisciplinaire opzet waarin een combinatie gemaakt wordt van beweeglessen, individuele begeleiding voor het verbeteren van het voedingspatroon en groepslessen, waarin aandacht is voor meer bewegen, gezonder eten, met begeleiding omtrent gedragsverandering. De informatie en opdrachten die de kinderen tijdens de verschillende lessen en bijeenkomsten krijgen zijn geïntegreerd en komen dus in de verschillende lessen bij de verschillende zorgverleners aan bod. Doel van de interventie is een leefstijlverandering voor zowel de deelnemer als de ouders/verzorgers door meer te gaan bewegen en gezonder te gaan eten waarbij de orthopedagoog generalist ondersteuning biedt aan deelnemer en ouders op het gebied van gedragsverandering. De begeleiding van de orthopedagoog richt zich op het veranderen van de gedachten en zodat kinderen hierop invloed kunnen uitoefenen, deelnemers krijgen hiermee meer controle op het eigen (gezonde) gedrag. Hiervoor wordt o.a. het 4g model ingezet (Braet C., 2010).

De deelnemers worden na afloop van de 6 maanden durende interventie met afbouwende frequentie, begeleid in hun doorstroom naar regulier sportaanbod en daarna nog 18 maanden periodiek opgevolgd. Hiermee voldoet Kids In Action aan de PON richtlijn en de Richtlijn overgewicht van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Voor kinderen met overgewicht zijn plezier en nieuwe vrienden maken de belangrijkste redenen om te gaan en blijven bewegen (Kelleher E., 2017). Het vertrouwen in eigen kunnen om (meer) te gaan bewegen, oftewel de 'eigen-effectiviteit', is erg belangrijk om daadwerkelijk dit gedrag te gaan vertonen. Kinderen met overgewicht hebben echter een lagere eigen-effectiviteit dan kinderen zonder overgewicht (Stankov, 2017). Wij brengen dit in kaart door deze subjectieve beleving te meten met de visueel analoge schaal (VAS) ingezet. Dit is lijnstuk van 10 cm lengte met aan de ene zijde cijfers van 0 tot en met 10 en op de achterzijde staan deze uitgedrukt in smileys. Hierop geeft de deelnemer zijn/haar subjectief gevoel of een mening. Deze wordt van oorsprong gebruikt om pijn/angst te meten (Engelen E.I.S.M., 2014).

De body mass index (BMI) is bij kinderen van 2-19 jaar de beste maat om het gewicht te interpreteren, met internationaal geaccepteerde leeftijds- en geslacht specifieke afkapwaarden (Cole T. J., 2000). In de BMI-diagrammen zijn de internationale afkapwaarden voor normaal gewicht, overgewicht en obesitas weergegeven. Het BMI-diagram is normatief. Dit betekent dat het diagram niet de gewichtsverdeling van de huidige Nederlandse jeugd weergeeft, maar aangeeft wat gezond gewicht is.

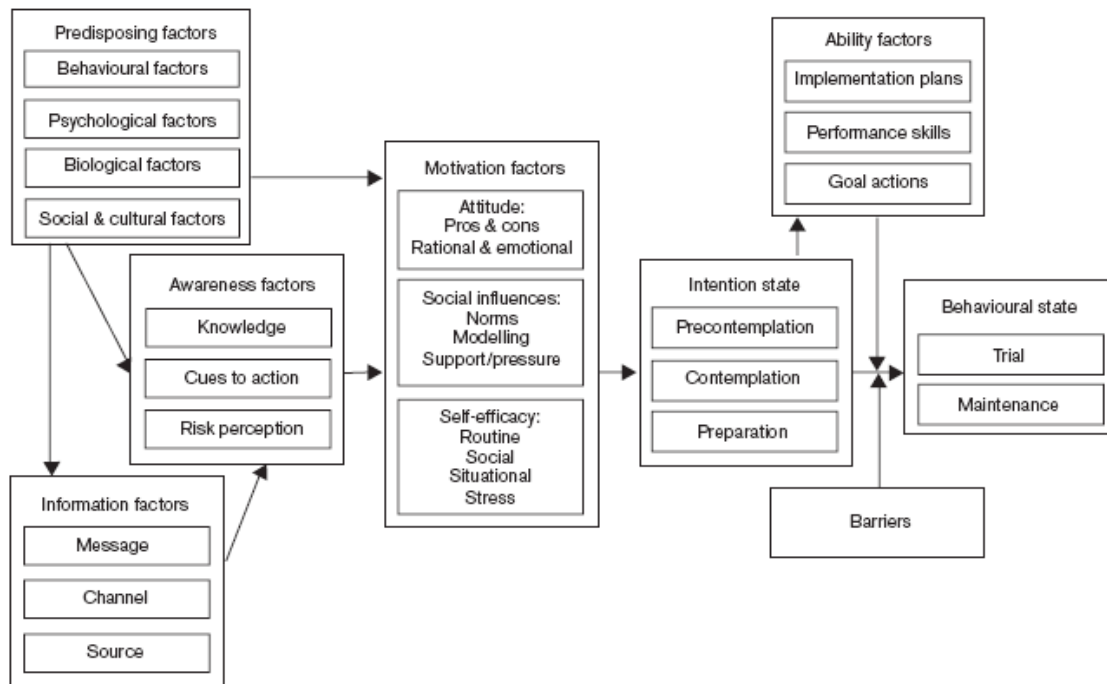
Het streven is om te voldoen aan de beweegnorm. Deze norm heeft betrekking op de lichamelijke fitheid van de kinderen, waarom kracht en conditie. Deze twee elementen meten wij met de Fitkids treadmill test en de krachttest Bot-2 (Kotte E.M.W., 2016) (Bruininks R.H., 2013).

Overgewicht brengt een verminderde kwaliteit van leven met zich mee (Kist-van Holthe, 2012). De KIDSCREEN-27 brengt de kwaliteit van leven in kaart bij kinderen en adolescenten op basis van het fysiek welzijn, mentaal welzijn, autonomie en ouderrelatie, vriendschappen en functioneren op school (The Kidscreen Group Europe, 2006). Voor het in kaart brengen van de beweegrichtlijn is nog geen gevalideerde en betrouwbaar meetinstrument beschikbaar. Hiervoor wordt de SQUASH vragenlijst gebruikt en deze wordt geanalyseerd. Het voedingsdagboek wordt ingezet om de het voedingspatroon te analyseren en persoonlijk advies te kunnen geven.

I Change Model

Er zijn verschillende sociaal- cognitieve modellen ontwikkeld om gezondheidsgedrag, te verklaren. De Integrated Model for Behavioural Change (I Change model) bevat elementen van verschillende andere sociaalpsychologische theorieën. Het stelt dat gedrag het resultaat is van de intenties, mogelijkheden en beperkingen van het individu. Het I Change model is het theoretisch kader waarop Kids In Action is gebaseerd.

*Figuur 1: The Integrated Model for Behavioural Change (I- Change Model) (De Vries*



2005).

Het I Change model kent de volgende fasen van gedragsverandering: de precontemplatiefase, de contemplatiefase, verkenningsfase, actiefase en de onderhoudsfase.

Helemaal aan de rechterkant van het I- Change model staat gedrag. Voordat we nieuw gedrag uitvoeren (en op lange termijn behouden), moet eerst de intentie hiertoe ontwikkeld worden. Intentie kan verschillende fases bevatten: je hebt nog geen echte intentie (precontemplatie), je denkt na over nieuw gedrag, maar onderneemt nog geen actie (contemplatie), of je maakt plannen voor je nieuwe gedrag (preparatie). Kids in Action speelt hierop in door in te zetten op kennisvergroting op het gebied van gedragsverandering, gezonde voeding, genoeg beweging en de risico's van overgewicht bij kinderen en ouders/verzorgers. Daarnaast door kinderen en ouders/verzorgers het belang van gezond eten en genoeg bewegen in te laten zien. Het intentieniveau bepaalt voor een groot deel of het kind het gedrag uit gaat voeren of niet. Toch stelt het I-Change Model dat er twee andere factoren zijn die de overgang van intentie tot gedrag beïnvloeden, namelijk de vaardigheidsfactoren en barrières. Van de vaardigheidsfactoren blijken vooral implementatieplannen een belangrijke rol te spelen in gezondheidsgedragingen (Fishbein M., 1975) (Kulik N., 2015) (Niesten L., 2008). Barrières behoren tot de tweede factor die een rol speelt bij de overgang van de intentie tot leefstijlverandering naar het daadwerkelijke gedrag meer bewegen en gezond eten. Barrières reflecteren de moeilijkheden die het kind zal tegenkomen op weg naar het

gedragsdoel. Er wordt verondersteld dat het daadwerkelijke gedrag het snelst wordt bereikt en het langst wordt volgehouden als er zo min mogelijk barrières zijn voor het kind (Fishbein M., 1975) (Wilfley D.E., 2017). Kids In Action speelt hierop in door het kind en de ouders/verzorgers in de groepslessen inzicht te geven in welke (onbewuste of automatische) gedachten ertoe leiden dat een bepaalde gebeurtenis bepaalde gevoelens bij het kind wakker roept. Deze gevoelens leiden tot bepaald gedrag en dat gedrag leidt weer tot bepaalde gevolgen. Meer inzicht in de individuele onbewuste of automatische gedachten die een rol spelen bij het ontstaan van bepaald gedrag (barrières en vaardigheidsfactoren), zowel bij het kind als bij de direct familieleden, lijkt mogelijk tot een duurzame verandering van gedragingen m.b.t voedingen en beweging en daarmee tot een daling van de BMI. Bij de groepslessen worden er aan zowel kind als ouders/verzorger handvaten te geven om beter om te gaan met invloeden vanuit de omgeving als het gaat om het maken van keuzes voor gezonde voeding, eetgedrag en voldoende beweging. Tevens krijgen ouders/verzorgers informatie en adviezen hoe ze hun kind het best kunnen stimuleren meer te gaan bewegen en kunnen ondersteunen bij het omgaan met moeilijke situaties.

De motivationele factoren attitude, sociale invloed en zelfeffectiviteit uit het I- Change model spelen een centrale rol in het KIA programma. Het I- Change model stelt dat deze factoren een directe invloed hebben op de intentie wel of niet het gedrag t.a.v. voeding en beweging te gaan veranderen. Uit het I- Change model volgt logischerwijs dat wanneer men wil dat kinderen gemotiveerd worden om meer te gaan bewegen, men de attitudes tegenover meer gaan bewegen positief moet beïnvloeden. De attitude is dus een voorspeller van het gedrag. Om de attitude ten aanzien van gezond eten en bewegen te verbeteren zet Kids In Action in op het kind plezier in bewegen te laten ervaren en ze te laten ervaren wat te effecten zijn van gezond eetgedrag.

De tweede belangrijke motivationele factor is sociale invloed. Hoe meer de directe sociale omgeving van het kind bezig is met bewegen en gezond eten, hoe sneller het kind zelf de intentie krijgt om meer te gaan bewegen en gezonder te gaan eten. Daarnaast is sociale steun om de leefstijl te gaan veranderen een belangrijk construct. Kids in Action speelt hierop in door ouders te ondersteunen bij het kopen van gezonde voeding en het op tafel zetten van een gezonde maaltijd en het vergroten van de kennis bij ouders over manieren waarop te hun kind kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen van gezond gedrag en hoe ze deze kennis kunnen toepassen.

Een derde belangrijke motivationele factor is de zelfeffectiviteit. Hoe meer het kind vertrouwen heeft in zijn kunnen om zijn leefstijl te veranderen (dus hoe groter de zelfeffectiviteit), hoe groter de intentie om daadwerkelijk te gaan minderen. Kids in Action speelt hierop in door het kind bewust te maken van het eigen kunnen m.b.t. veranderen van voedings- en beweeggedrag en handvaten te geven om beter om te leren gaan met invloeden uit de omgeving als het gaat om het maken van keuzes voor gezonde voeding maar ook als het gaat om eetgedrag.

Nieuw gedrag moet eerst nog gewoonte gaan worden en daarvoor geïntegreerd worden met andere activiteiten. Terugval kan onderdeel zijn van het veranderproces. Kids In Action speelt hierop in door het kind en ouders/verzorgers na de interventie nog 18 maanden periodiek te volgen om ervoor te zorgen dat de focus op positief resultaat blijft bestaan en bij een terugval (een deel van) het veranderproces weer opnieuw te doorlopen.

In onderstaande tabel is de aanpak schematisch weergegeven.

Tabel. Relatie aanpak, doelen en factoren Kids In Action

Doelen	Determinant	Factor	Methode	Aanpak Kids In Action
<b>Gedrag</b>				
1. Toename van plezier in bewegen op VAS plezier naar score van 7 of minimaal 40% toename t.o.v. de T0, door het verhogen van het vertrouwen in eigen kunnen (eigen effectiviteit) op de VAS zelfvertrouwen naar score 7 of minimaal 30% toename t.o.v. de TO	Attitude	motivatie: eigen effectiviteit barrières, drempels	opwekken positieve emoties met een directe ervaring door actief leren (Kok G., 2012) (Lowry, 2007) (Zeller, 2008)	Succeservaringen opdoen met bewegen door plezier te laten beleven tijdens de beweegmodule (40 lessen). Inhoud beweglessen wordt hiervoor aangepast op het niveau van de deelnemer. Groepslessen o.l.v. orthopedagoog waarin de nadruk ligt op feedback en positieve bekrachtiging van behaalde doelen.
2. Zijn zich bewust van het eigen voedings- en beweggedrag,	Bewustzijn	Kennis en inzicht	doelen stellen, feedback (Mil, 2015) (Lowry, 2007) (Wu, 2013)	Inzicht geven gesprek n.a.v. de uitkomsten van ingevulde vragenlijsten over beweeggedrag en eetgedrag. Naar aanleiding van deze uitkomsten worden gezamenlijk doelen opgesteld. Er wordt kennis overgedragen tijdens de consulten en tijdens de lessen met de orthopedagoog over gezonde leefstijl en het behoud van een gezonde leefstijl bv door te werken aan een positieve gezinsomgeving die sociale steun biedt en omgaan met stress en pesten in algemene zin. Niet per se gerelateerd aan overgewicht.
3. Voldoet aan de beweegerichtlijn na 6 maanden gemeten met de squash vragenlijst	Bewegen sociale omgeving	vaardigheden; fysieke vaardigheden	facilitatie in de omgeving, mobiliseren van sociale steun (Lowry, 2007) (Zeller, 2008) (Frankel, 2007)	Beweeggedrag wordt gestimuleerd tijdens de 40 beweglessen en vervolgens stromen de deelnemers door naar het regulier sport aanbod. Het is belangrijk dat ouder(s) kinderen stimuleren en kunnen faciliteren in het sporten (brengen en halen)
4. Verminderen inactief gedrag: maximaal 2 uur per dag tv, tablet, laptop gebruik	Bewegen	bewustzijn kennis	doelen stellen, feedback, zelfinzicht, stimuleren nieuw gedrag (Janicke D. M., 2014) (Goldschmidt A. B., 2014) (Wilfley, 2010)	Door middel van vragenlijst krijgt de deelnemer inzicht in zijn eigen (in)activiteitsniveau. Er worden doelen opgesteld. Tijdens de evaluatiegesprekken wordt hierop feedback gegeven. Gezond gedrag wordt gestimuleerd om het vol te houden.

5. Schuiven op naar stap 3-4 van het I-Change model	Eigen effectiviteit	gedrag uitvoeren	Feedback en zelfinzicht (Kitzman-Ulrich, 2010) (Kitzmann, 2010) (Goldschmidt A. B., 2010) (Wilfley, 2010)	Door deelname aan de interventie wordt het nieuwe gedrag uitgevoerd en steeds herhaald. Tijdens evaluaties ligt de nadruk op feedback en positieve bekrachtiging van behaalde doelen.
6. De kwaliteit van leven gemeten met de KIDSCREEN-27 voldoet aan de gestelde norm of verbeterd met minimaal 20%.	Eigen effectiviteit, attitude	motivatie;	informatie geven over gezonde leefstijl. De voor- en nadelen bespreken en overtuigende argumenten en succeservaringen gebruiken (Kok G., 2012) (Lowry, 2007) (Zeller, 2008)	Tijdens de 6 groepslessen van de orthopedagoog leren kinderen hoe ze om kunnen gaan met veranderingen en invloeden vanuit de omgeving. Door zelf meer invloed hierop te hebben kunnen ze bewustere keuzes leren maken.
<b>Voeding</b>				
7. ontbijten dagelijks	voeding sociale steun eigen effectiviteit	motivatie kennis	informatieoverdracht, doelen stellen, feedback, mobiliseren sociale steun (32, 34,35) (Janicke D. M., 2014) (Kitzman-Ulrich, 2010) (Kitzmann, 2010)	Tijdens de individuele consulten bij de diëtiste wordt middels een eetdagboek inzicht gegeven en kennis overgedragen voer gezonde voeding. Er worden doelen opgesteld. Hierop wordt tijdens de vervolg consulten feedback op gegeven. Het is zeer van belang dat ouders kinderen faciliteren in het eten van gezonde voeding, Deze steun is zeer belangrijk. Met ouders wordt besproken wat hierbij mogelijk is.
8. eten dagelijks minstens 2 stuks fruit				
9. matigen inname van zoete dranken naar maximaal 1 glas per dag				
10. hebben een inname van maximaal 3 tussendoortjes per dag, waarbij de energie inhoud van de tussendoortjes gematigd wordt				
<b>Beweging</b>				
11. voldoet aan de norm voor aerobe inspanningscapaciteit volgens de treadmill test	Bewegen	vaardigheid en; fysieke vaardigheid en gedrag uitvoeren	opwekken positieve emoties met een directe succeservaring door actief leren en het opdoen van succeservaringen (31, 37,39) (Kok G., 2012)	40 beweeglessen en doorstroom naar het regulier sportaanbod in de buurt.
12. de deelnemer scoort leeftijdsconform op de BOT-2				
13. doen minstens driemaal per week spier- en botversterkende activiteiten				
<b>6<sup>e</sup> - 24<sup>e</sup> maand van het programma</b>				
<b>Gedrag:</b>				
14. behouden van ingezette gedrags- en leefstijlveranderingen , blijft voldoen aan de beweegrichtlijn	gedragsbehoed	gewoonte gedrag	feedback, doelen stellen en zelfinzicht (31, 37) (Kok G., 2012)	Tijdens de evaluatiegesprekken (terugkom momenten) bij de kinderfysiotherapeut wordt geëvalueerd hoe de afgelopen periode is verlopen. Er worden tips en adviezen
15. kwaliteit van leven blijft binnen norm				

Kidscreen-27 of verbeterd verder tot norm is bereikt.				gegeven t.a.v. behoud van de gezonde leefstijl, ook zal bepaalde stof wat eerder in de interventie aan bod is gekomen indien nodig weer worden herhaald.
16. Schuiven op naar stap 4-5 van het I change model				
<b>Voeding</b>				
17. Behoud van ingezet gedrag	gedragsbeho ud	gewoonte gedrag	feedback, doelen stellen en zelfinzicht (31, 34,37) (Kok G., 2012)	Tijdens de consulten bij de diëtiste wordt besproken hoe de afgelopen periode is verlopen, wat goed ging en wat niet. Hier wordt feedback op gegeven en behaalde doelen worden positief bekrachtigd. Ook wordt gevraagd naar succeservaringen. Nieuwe doelen worden opgesteld voor opvolgende periode en lange termijn wordt besproken.
<b>Beweging</b>				
18. Deelnemer blijft voldoen aan de gestelde normen van de treadmill test en BOT-2 of verbeterd verder tot deze norm wordt bereikt	gedragsbeho ud	gewoonte gedrag	feedback, doelen stellen en zelfinzicht (31, 34,) (Kok G., 2012)	Behaalde doelen worden tijdens de bezoeken aan de kinderfysiotherapeut positief bekrachtigd, feedback wordt gegeven op gedrag en succeservaringen worden gedeeld zodat er een positieve attitude blijft bestaan t.a.v. het behoud van gezond gedrag. Ouderbetrokkenheid blijft van belang.
19. Behoud ingezet gedrag				
<b>gekoppeld aan hoofddoel:</b>				
20. na 12 maanden vermindering van BMI-SDS met 5-10%	gedragsbeho ud	gewoonte gedrag	feedback, doelen stellen en zelfinzicht (37, 40,43)	Gezond gedrag wordt door alle betrokken zorgverleners op dezelfde manier gemotiveerd, met de nadruk op feedback en positieve bekrachtiging van behaalde doelen. Succeservaringen worden gedeeld in de groep en ouders worden betrokken bij de interventie en hen worden strategieën t.a.v. positief opvoeden aangeleerd. Nadruk ligt expliciet niet op gewichtsverlies.
<b>Ouders/verzorgers:</b>				
<b>0e-6e maand van het programma</b>				
<b>Gedrag</b>				
21. Hebben kennis van de oorzaken van overgewicht	kennis	sociale invloed	informatie overdracht (Meiklejohn S., 2016)	Mondeling geven van informatie tijdens bezoek aan kinderarts, kinderfysiotherapeut en diëtiste
22. Hebben kennis van de risico's van overgewicht	kennis	sociale invloed	informatie overdracht (Meiklejohn S., 2016)	Mondeling geven van informatie tijdens bezoek kinderarts,



				kinderfysiotherapeut en diëtiste
23. Bezitten kennis van de stappen die van belang zijn om gedragsverandering teweeg te brengen bij de deelnemer.	kennis	sociale invloed	informatie overdracht (35)	Mondeling geven van informatie tijdens bezoek kinderfysiotherapeut en orthopedagoog
24. Zijn zich bewust van hun voorbeeldfunctie en handelen hiernaar	bewustzijn attitude eigen effectiviteit	sociale invloed	informatie overdracht, informatie geven over (on)gezond gedrag door het geven van specifieke voor- en nadelen en het gebruik van overtuigende argumenten en het opdoen van succeservaringen tijdens de interventie (Janicke D. M., 2014)	Mondeling geven van informatie tijdens bezoek kinderfysiotherapeut en orthopedagoog
25. Stellen regels t.a.v. de screen-time van de deelnemer tot maximaal 2 uur per dag en handhaven deze voor het hele gezin.	attitude eigen effectiviteit	sociale invloed	informatie geven over het belang en de rol die ouders hebben in dit proces (43)	kinderfysiotherapeut geeft de ouders inzicht en informatie over het stellen regels t.a.v. screentime. Dit wordt tijdens de evaluatiegesprekken opgevolgd.
26. Hebben kennis van de verschillende manieren waarop ze de deelnemer kunnen ondersteunen en stimuleren in het ontwikkelen van gezonde eet- en drinkgewoontes, en kunnen deze toepassen	kennis attitude eigen effectiviteit	sociale invloed	informatie geven over het belang en de rol die ouders hebben in dit proces (31) (32) (33) (35) (Kok G., 2012) (Janicke D. M., 2014) (Meiklejohn S., 2016)	De orthopedagoog maakt tijdens de consulten ouders zich bewust van hun voorbeeldfunctie t.a.v. een gezonde leefstijl, geeft ouders handvatten het gedrag van hun kinderen in goede banen te leiden, stimuleert ouders betrokken te zijn bij interventie door bv het huiswerk horend bij de interventie te maken en geeft ze handvaten om positief opvoeden toe te passen.
27. Hebben kennis van de verschillende manieren waarop ze de deelnemer kunnen ondersteunen in het leren omgaan met moeilijke situaties en kunnen deze toepassen				
28. Hebben kennis van de verschillende manieren waarop ze de deelnemer kunnen ondersteunen en stimuleren in het ontwikkelen van sociale vaardigheden en kunnen deze toepassen				

<b>Voeding</b>				
29. Kopen gezonde voeding in zoals groente, fruit, tussendoortjes met een matige energie inhoud	eigen effectiviteit	sociale steun barrières drempels	feedback en zelfinzicht/zelfregulatie (Kok G., 2012) (Meiklejohn S., 2016) (Kitzmann, 2010)	Tijdens de gesprekken met de diëtiste wordt het voedingspatroon geanalyseerd en worden feedback gegeven op de gestelde doelen. Ook worden er tips gegeven t.a.v. Het bereiden van voedsel (kookles) Daarbij is het zelfinzicht van ouders van belang om hun kinderen te steunen. De orthopedagoog besteedt hier eveneens aandacht aan tijdens de lessen.
30. serveren gezonde maaltijden aan het hele gezin.				
31. stellen regels t.a.v. ongezonde voeding en dranken en handhaven deze voor het hele gezin				
<b>Bewegen</b>				
32. Motiveren en steunen de deelnemer bij het inbouwen van meer bewegen in het dagelijks leven	attitude	sociale steun	Positief opvoeden mobiliseren van sociale steun (Kok G., 2012) (Frankel, 2007) (Lowry, 2007)	Het is belangrijk dat ouder(s) kinderen stimuleren en kunnen faciliteren in het sporten (brengen en halen) Ouders maken samen de deelnemer de thuisopdrachten horend bij de interventie.
33. Melden kind aan voor een sport en stimuleren kind om te gaan sporten				
34. Handelen naar hun voorbeeldfunctie	attitude	sociale steun	Opwekken positieve emotie, mobiliseren van sociale steun (Kok G., 2012) (Frankel, 2007) (Lowry, 2007) (Zeller, 2008)	Tijdens de evaluatiegesprekken (terugkom momenten) bij de kinderfysiotherapeut wordt geëvalueerd hoe de afgelopen periode is verlopen. Er worden tips en adviezen gegeven t.a.v. behoud van de gezonde leefstijl, ook zal bepaalde stof wat eerder in de interventie aan bod is gekomen indien nodig weer worden herhaald.
35. Handhaven de regels t.a.v. de screen-time van het hele gezind tot maximaal 2 uur per dag				
36. Blijven de deelnemer stimuleren in het behoud en verder ontwikkelen van gezonde eet- en drinkgewoontes en sociale vaardigheden.				
37. Blijven de deelnemer ondersteunen bij omgaan met moeilijke situaties				
<b>Voeding</b>				
38. Behoud en verdere ontwikkelen van ingezette gedragsverandering	attitude	sociale steun	opwekken positieve emotie, mobiliseren van sociale steun (Kok G., 2012) (Meiklejohn S., 2016) (Zeller, 2008)	Tijdens de consulten bij de diëtiste wordt de voortgang besproken. Tevens wordt advies gegeven t.a.v. behoud van gezond gedrag t.a.v. voeding.
<b>Bewegen/gedrag</b>				
39. Behoud en verdere ontwikkeling ingezette gedragsverandering	attitude	sociale steun	Herhalen en monitoren positief opvoeden en	Tijdens de evaluatiegesprekken (terugkom momenten) bij de kinderfysiotherapeut wordt

			<p>aangeleerde strategieën hoe om te gaan met situaties die risico vormen voor terugval in gedag.  (Kok G., 2012)  (Zeller, 2008)  (Goldschmidt A. B., 2014)  (Wilfley, 2010)</p>	<p>geëvalueerd hoe de afgelopen periode is verlopen. Er worden tips en adviezen gegeven t.a.v. behoud van de gezonde leefstijl, ook zal bepaalde stof wat eerder in de interventie aan bod is gekomen indien nodig weer worden herhaald.</p>
--	--	--	---	--

## 4. Onderzoek

### Onderzoek naar de uitvoering

In het kader van continue ontwikkeling van de interventie Kids In Action, vinden periodiek evaluatie plaats. In 2014, 2016 en 2018 hebben er procesevaluaties plaatsgevonden.

#### **Procesevaluatie Kids In Action 2018. Multidisciplinair samenwerken binnen Kids In Action**

- M.E Kuiper. Bewegencentrum Winschoten, 2018
- Procesevaluatie: vragenlijsten uitgezet onder de ouders/verzorgers en deelnemers, betrokken kinderartsen, uitvoerders interventie andere locatie zijnde kinderfysiotherapie, diëtiste en GZ psycholoog, observaties van gedrag tijdens de lessen.
- De vragenlijsten zijn uitgezet onder 60 ouders/verzorgers van deelnemers, 2 kinderartsen, 2 kinderfysiotherapeuten, 1 kinderergotherapeut, 1 orthopedagoog en 2 diëtistes. Alle zorgverleners hebben gereageerd. De respons van ouders/verzorgers van deelnemers was 16. Waarschijnlijk heeft dit als oorzaak dat deze groep een relatief korte responstijd had van 14 dagen. We zullen in 2019 een extra procesevaluatie uit gaan zetten onder deze doelgroep.
- Aanbevelingen uit de procesevaluatie en wat daarmee is gedaan:
- In deze procesevaluatie is voornamelijk gekeken naar de multidisciplinaire samenwerking rondom de deelnemer en de inhoudelijke verbeterpunten van de interventie in de breedste zin. Omdat er met een aantal betrokken zorgverleners veel minder contact en mogelijkheid tot overleg is en dit wel van belang geacht wordt er besloten wordt dat er minimaal 1x per jaar een overleg gepland gaat worden gericht op de evaluatie van de interventie. Ook de planning van de verbeterpunten en taakverdeling hierin wordt dan gemaakt. Structureel multidisciplinair overleg kost de betrokken zorgverleners veel tijd maar heeft een belangrijke functie en daarom is besloten deze in stand te houden. Het is jammer dat het vanwege de wetgeving rondom privacy en informatie uitwisseling tussen ziekenhuizen en de 1<sup>e</sup> lijn (huisarts, fysiotherapeut, orthopedagoog, diëtiste) nog niet mogelijk is om multidisciplinair samen te werken binnen 1 elektronisch patiëntendossier. Dit staat wel hoog op de prioriteitenlijst. Inmiddels is het wel mogelijk om de deelnemer op te volgen via een online systeem. Op dit moment heeft alleen de kinderfysiotherapeut hier toegang toe en zij zal er in januari 2019 mee starten. Er wordt wel afgesproken dat er gekeken gaat worden of het mogelijk is om gezamenlijke intakes/gesprekken in te plannen multidisciplinair. Het Ommelander Ziekenhuis zou graag uitbreiding willen van de interventie in haar verzorgingsgebied. Afgesproken wordt dat er gekeken wordt naar een aantal regio's waar de interventie geïmplementeerd zou kunnen worden.

Als onderdeel van de interventie worden er ook evaluatiegegevens verzameld (over tevredenheid met het programma) Deze gegevens kunnen op dit moment nog niet optimaal geanalyseerd worden omdat deze als onderdeel mee gaan in een groter tevredenheidsonderzoek. We zijn nu aan het kijken naar mogelijkheden om voor deze interventie een apart tevredenheidsonderzoek uit te zetten.

## **Intern verslag Kids In Action 2016. AllesKids?**

- M.E Kuiper. Beweegcentrum Winschoten, 2016  
Intern verslag: interview met de uitvoerders van de Kids In Action interventie van beide locaties waar de interventie wordt uitgevoerd.

Alles kids zo werden eerst de lessen genoemd met de orthopedagoog. Na twee keer uitvoeren is deze opgenomen in de het protocol van Kids in Action. De lessen zijn met de deelnemers geëvalueerd. Daarbij is waren onderstaande belangrijkste feedback punten:

- De kinderen hebben inzicht gekregen in eigen handelen
- Kinderen moeten oud genoeg zijn om kritisch naar zichzelf te kunnen kijken
- Kleine groepjes zijn fijn
- De persoonlijk opgestelde doelen vonden de kinderen erg prettig
- Ouders vonden de bijeenkomsten zinvol en leerzaam
- De frequentie was te veel (tijdens de eerste uitvoering waren er 10 lessen), dit was een te grote belasting voor ouders. Ouders gaven maximaal 6 aan.

## **Procesevaluatie Kids In Action 2014. Hoe hebben ouders en kinderartsen het deelnemen aan en participeren in de interventie ervaren? Wat zijn de verbeterpunten?**

- M. E. Kuiper, Beweegcentrum Winschoten, 2014
- Procesevaluatie: vragenlijsten uitgezet onder de ouders/verzorgers en deelnemers, betrokken kinderartsen, uitvoerders interventie andere locatie zijnde kinderfysiotherapie, diëtiste en GZ psycholoog, observaties van gedrag tijdens de lessen.
- De vragenlijsten zijn ingevuld door 26 ouders/verzorgers en 2 kinderartsen, 2 kinderfysiotherapeuten en 1 diëtiste.
- Resultaten uit de procesevaluatie en wat daarmee is gedaan:
- Uit de resultaten blijkt dat de algehele tevredenheid over de interventie onder ouders/verzorgers en deelnemers goed is. De opkomst bij de georganiseerde ouderbijeenkomsten is laag. Dit zou kunnen duiden op te weinig betrokkenheid van de ouders. Ook bleken de deelnemers heel veel moeite te hebben om hun gedragsverandering t.a.v. voeding en beweging vol te houden na afloop van de interventie. Hierop is besloten gedragsverandering een prominentere rol te geven binnen de interventie door samenwerking te zoeken met een orthopedagoog en de ouderbijeenkomsten te laten vervallen en deze te vervangen voor 2 groepslessen voor deelnemers en ouders gezamenlijk. Uit de resultaten van de vragenlijst onder de kinderartsen wordt duidelijk dat het bij het opstarten van Kids in Action op een nieuwe locatie, wat gebeurd is in 2013/2014, eerst goed te kijken of er een geschikt team op de nieuwe locatie beschikbaar is. Het team bestaat uit een kinderfysiotherapeut, kinderarts, diëtist en GZ psycholoog/orthopedagoog generalist, het team moet goed kunnen samenwerken. Het multidisciplinair overleg is een belangrijke succesfactor om de samenwerking goed te houden. Een goede inzet van iedereen is belangrijk en een enthousiast team motiveert de kinderen. We hebben de beschikbaarheid van een geschikt team daarop ook opgenomen als een van de randvoorwaarden in het handboek. De kinderartsen geven aan tevreden te zijn met de resultaten die worden behaald in de eerste 4 maanden van de interventie. Terugvalpreventie gedurende de 18 maanden van de opvolging verdient meer aandacht Hierop is een duidelijke

werkwijze afgesproken en beschreven bij vroegtijdige beëindigen van het traject door kind/ouders of terugval. Verder is het vaak moeilijk voor kinderen om na afloop van onze interventie aansluiting te vinden in het regulier sportaanbod. Hierop is besloten om de overgang van de interventie naar regulier sportaanbod te verkleinen door de deelnemers al kennis te laten maken met regulier sportaanbod tijdens de interventiefase. In november 2014 is de Zorgstandaard Obesitas uitgegeven, deze hebben we hierna in het programma geïntegreerd om zo een betere multidisciplinaire samenwerking en een zo optimaal mogelijke zorg voor de kinderen te kunnen waarborgen. Om het multidisciplinair samenwerken te verbeteren en te vergemakkelijken wordt afgesproken te kijken naar de mogelijkheden om gebruik te maken van een gezamenlijk EPD (elektronisch patiëntendossier).

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

KIA richt zich op kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas. Doel van het programma is het bevorderen van een gezonde leefstijl met waardoor de BMI (relatief) verlaagd en daarmee het GGR. Inhoudelijke werkzame elementen hierin zijn:

- Multidisciplinaire aanpak van overgewicht door middel van voedings-, beweeg en groepslessen;
- Het programma is alleen voor kinderen met overgewicht en obesitas, daarmee zijn deelnemers elkaars lotgenoten en worden beweeglessen aangepast aan hun niveau (conditie/motoriek);
- De interventie is zowel gericht op de kinderen als op de directe familieleden. Hierdoor wordt de gedragsverandering in het hele gezin ingebed.
- Na afloop van de interventie worden de deelnemers nog langdurig opgevolgd wat het behoud van de nieuwe gezonde leefstijl bevordert.

Praktische werkzame elementen hierin zijn:

- De intake wordt gedaan door de kinderfysiotherapeut die de kinderen de rest van het traject ook zal begeleiden. Dit is ook het geval bij de voedingsinterventie en de groepslessen. Het kind heeft hierdoor een vast groep zorgverleners.
- Er zijn periodieke MDO's waarbij alle deelnemers besproken worden, doordat de lijntjes tussen de zorgverleners kort zijn kan er snel actie ondernomen worden indien nodig.
- Betrokkenheid van diverse instellingen en organisaties (huisartsen, GGD, OZG kinderartsen, orthopedagoog, diverse sportverenigingen ) bij de uitvoering van het programma waardoor draagvlak wordt gecreëerd en continue uitvoering van het programma en onderzoek naar het programma zijn gewaarborgd.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Ajzen I., K. J. (1987). . From intentions to actions: A theory of planned behavior. *Action control: From cognition to behavior*, pp. 11–37.
- Akker E.L.T. van den, V. A. (2018). *Obesitas bij kinderen en adolescenten, leidraad voor kinderartsen*. Nederlandse vereniging van kindergeneeskunde.
- Atkinson, R. (1981). *Introduction to Psychology*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Baere S. de, L. J. (2015). Temporal patterns of physical activity and sedentary behavior in 10-14 year-old children on weekdays. *BMC Public Health*.
- Braet C., T. A. (2010). *Kinderen en jongeren met overgewicht*. Maklu.
- Bruininks R.H., B. B. (2013). BOT-2™ Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition Complete Form .
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019, 04 29). *Childhood Obesity Facts*. Opgeroepen op 03 15, 2018, van Centers for Disease Control and Prevention (CDC): <https://www.cdc.gov/healthyschools/obesity/facts.htm>
- Cole T. J., B. M. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* , 320, 1240-1243.
- Engelen E.I.S.M., J. M. (2014). *Visual Analogue Scale (VAS)*. meetinstrumentenzorg.
- Fishbein M., A. I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. MA: Addison-Wesley.
- Forns, M. A. (sd). Internalizing and externalizing problems. In 2011, *Encyclopedia of adolescence* (pp. 1464-1469). New York.
- Frankel, F. R. (2007). Social skills training and the treatment of pediatric overweight. In M. & O'Donohue, *Handbook of pediatric and adolescent obesity treatment* (pp. 105-117). New York: Routledge.
- Goldschmidt, A. B. (2010). Psychosocial and familial impairment among overweight youth with social problems. *Pediatric Obesity*, (5), 4.
- Goldschmidt, A. B. (2014). Predictors of child weight loss and maintenance among family-based treatment completers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 1140.
- Griffiths, L. J. (2011). Is obesity associated with emotional and behavioural problems in children? Findings from the Millennium Cohort Study. *Pediatric Obesity*, 6(2Part2).
- Hildebrand V.H., B. C. (2013). *Trendrapport Bewegen En Gezondheid 2010/2011*. Leiden: TNO.
- Janicke D. M., S. R. (2014). Systematic review and meta-analysis of comprehensive behavioral family lifestyle interventions addressing pediatric obesity. *Journal of pediatric psychology*, 809/825.



- Kelleher E., D. M. (2017). Barriers and facilitators to initial and continued attendance at community-based lifestyle programmes among families of overweight and obese children: a systematic review. *Obesity review*, 18: 183-194.
- Kist-van Holthe, J. (2012). *Richtlijn: Overgewicht*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg.
- Kitzmann, K. M. (2010). Lifestyle interventions for youth who are overweight: a meta-analytic review. *Health Psychology*, 29(1), 91-10.
- Kitzman-Ulrich, H. W. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical child and family psychology review*, 13, 231-253.
- Kok G., L. L. (2012). 6 Theorieën en methodieken van verandering. In P. A. J. Brug, *Een planmatige aanpak. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Kotte E.M.W., G. J. (2016). Fitkids Treadmill Test: Age- and Sex-Related Normative Values in Dutch Children and Adolescents.
- Kulik N., E. S. (2015). A randomized controlled trial examining peer support and behavioural weight loss treatment. *Journal of Adolescence*, 117-23.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Lowry, K. W. (2007). The effects of weight management programs on self-esteem in pediatric overweight populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10) 1179-1195.
- Meiklejohn S., R. L. (2016). A systematic review of the impact of multi-strategy nutrition education programs on health and nutrition of adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 631-646.
- Mil, E. v. (2015). *Overgewicht en obesitas bij kinderen. Verder kijken dan de kilo's*. Amsterdam: Boom.
- Milne S., O. S. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: protection motivation theory and implementation intentions. *Br J Health Psycho*(7), 163-84.
- Naets T., V. L. (2018). Enhancing Childhood Multidisciplinary Obesity Treatments: The Power of Self-Control Abilities as Intervention Facilitator. *Front Psychol*.
- Niessen L., B. G. (2008). *Obesitas bij kinderen*. Huisarts Nu.
- Niet, J. d. (2011). Somatic complaints and social competence predict success in childhood overweight treatment. *Pediatric Obesity*, 6(2Part2).
- Nji. (2017). *Wat is werkzaam?* Opgeroepen op 10 10, 2019, van <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Effectieve-jeugdhulp/Effectieve-professionals/Wat-is-werkzaam>
- RIVM. (2011). *Overgewicht en psychische problemen: hoe vaak komen ze samen voor? Omvang beide aandoeningen in kaart gebracht*. 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

- Singh A.S., M. C. (sd). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesitas review*.
- Sinton, M. M. (2012). Psychosocial correlates of shape and weight concerns in overweight pre-adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 41(1) 67-75.
- Skelton J.A., B. .. (2011). Attrition in paediatric weight management: a review of the literature and new directions. *Obesity Reviews*.
- Stankov, I. O. (2017). Overweight and obese adolescents: what turns them off physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9:53.
- The Kidscreen Group Europe . (2006). The Kidscreen Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. *Pabst Science Publishers*.
- Van Binsbergen JJ, L. F.-O. (2010). NHG Standaard obesitas. *Huisarts Wet*, 53(11):609-25.
- Verplanken B., F. S. (1999). Good intentions, bad habits, and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology Eur. J. Soc. Psychol.* , 29, 591-604 .
- Volksgezondheidszorg.info. (2019). *Volksgezondheidszorg.info*. Opgeroepen op 01 14, 2019, van Volksgezondheidszorg.info: [www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie](http://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie)
- Wilfley D.E., S. B. (2017). Dose, content, and mediators of family-based treatment for childhood obesity. A multisite randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 171:1151-9.
- Wilfley, D. E.-W. (2010). Efficacy of maintenance treatment approaches for childhood overweight: a randomized collod trail. *Jama*, 298(14), 1661-1673.
- World Health Organisation. (2019). *Childhood overweight and obesity*. Opgeroepen op 03 2019, 15, van WHO: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
- World Health organization. (2019). *World Health organization*. Opgeroepen op 03 15, 2019, van Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Childhood overweight and obesity: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
- Wu, Y. P. (2013). Predicting health-related quality of life from the psychosocial profiles of youth seeking treatment for obesity. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(8), 575-582.
- Zeller, M. H. (2008). Psychosocial factors related to obesity in children and adolescents. In J. & Steele, *Handbook of childhood and adolescent obesity* (pp. 25-42).
- Zorgstandaard Obesitas Partnerschap Overgewicht Nederland. (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Zorgstandaard Obesitas Partnerschap Overgewicht Nederland: Amsterdam.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

