

Lifestyle, Energy, Fun & Friends (LEFF)

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Care for Obesity (Vrije Universiteit Amsterdam)

Naam: Emma van den Eynde

E-mail: e.vanden.eynde@vu.nl

Telefoon: +31 20 598 36 70

Website (van de interventie): <http://www.start-leff.nl>

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Emma van den Eynde

E-mail : e.vanden.eynde@vu.nl

Telefoon : +31 20 598 36 70

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving : Eynde, E. van den, Niemer, S., Tol, J., Halberstadt., J., Matthes, J., Seidell, J.C.

Titel interventie : LEFF (Lifestyle, Energy, Fun & Friends)

Databank(en) :

Plaats, instituut : Amsterdam

Datum : 13 oktober 2017

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek	21
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	22
5. Samenvatting Werkzame elementen	26
6. Aangehaalde literatuur	27
7. Praktijkvoorbeeld	31

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

LEFF (Lifestyle, Energy, Fun & Friends) is de Nederlandse versie van het uit Engeland overgenomen effectieve programma MEND (Mind, Exercise, Nutrition, Do it!). LEFF is voor kinderen van 7 tot en met 12 jaar met overgewicht of obesitas. Het is een gecombineerde leefstijlinterventie waarbij gezinnen in groepsverband gedurende 10 weken aan de slag gaan met gezond eten en bewegen. LEFF heeft een landelijk format, maar is lokaal flexibel wat betreft de uitvoerders, locatie, tijden, culturele gebruiken en follow-up. Voor zowel de coördinatoren, als de uitvoerders en deelnemers zijn speciaal ontwikkelde materialen beschikbaar. De interventie richt zich op het verbeteren van vier factoren, namelijk kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit. Dit gebeurt middels interactieve educatie, zelf oefenen, plezier, bespreken voor- en nadelen van bepaald gedrag, gezamenlijke en individuele doelen en beloningen, het groepsproces, een gezinsaanpak met positieve opvoedstijl en positieve toon van communicatie. Een uitgebreide (proces)evaluatie laat zien dat ouders en kinderen de onderdelen van het programma positief beoordeelden en ook de eerste resultaten op kwaliteit van leven en BMI zijn veelbelovend.

Doelgroep – max 50 woorden

LEFF is voor kinderen van 7 tot en met 12 jaar met overgewicht of obesitas. Eén van de ouders neemt ook deel aan de bijeenkomsten.

Doel – max 50 woorden

In de 10-weekse gecombineerde leefstijlinterventie is het hoofddoel een gezonder voedings- en beweegpatroon bij de kinderen. Met als uiteindelijk doel, verbetering van de generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven en afname van geslacht- en leeftijdsspecifieke SDS-BMI.

Aanpak – max 50 woorden

De interventie wordt landelijk gecoördineerd en uitgevoerd binnen gemeentes door een lokale coördinator en een getraind team (coach, bewegecoach en assistent). LEFF heeft een landelijk format (vaste structuur, bijeenkomsten en kerninhoud), maar is lokaal flexibel (uitvoerders, locatie, tijden, culturele gebruiken en follow-up). In totaal worden 20 bijeenkomsten in 10 weken gehouden, welke bestaan uit groepsbijeenkomsten, groeps gesprekken en beweegactiviteiten.

Materiaal – max 50 woorden

Voor de lokale coördinatoren zijn wervingsmaterialen en ondersteunde materialen zoals een handleiding met implementatiestappen voor de opzet van het programma beschikbaar. Voor de uitvoerders zijn onder meer handleidingen en posters aanwezig. De deelnemers ontvangen handboeken ter ondersteuning van de bijeenkomsten en praktische materialen zoals een rugzak, bidon en placemat.

Onderbouwing – max 150 woorden

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

LEFF richt zich op vier determinanten van voedings – en bewegingsgedrag, namelijk kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit. Om deze te beïnvloeden maakt LEFF gebruik van effectieve gedragstechnieken. Kennis wordt bevorderd middels groepsgesprekken, opdrachten, demonstraties en ondersteunende materialen. Een positieve attitude wordt verkregen door plezier tijdens bijeenkomsten voorop te stellen, door de voor- en nadelen van bepaald gedrag te bespreken en de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag inzichtelijk te maken. Verder wordt de sociale steun in het naleven van een gezonde leefstijl voor het hele gezin bevorderd door contact met gelijkgestemden tijdens de groepsbijeenkomsten en doordat de interventie in de wijk van de deelnemers wordt uitgevoerd. Daarnaast dragen de gezamenlijke LEFF-doelen en de groepsbeloning bij aan de sociale verbondenheid. De eigen effectiviteit van deelnemers wordt vergroot door ze positieve ervaringen op te laten doen en door gebruik te maken van individuele doelen en bijpassende

beloningen. Daarnaast zorgt de gezinsaanpak, een positieve opvoedstijl en een specifieke positieve toon van communicatie voor ondersteuning bij gedragsverandering.

Onderzoek – max 100 woorden

In 2014 heeft een pilot plaatsgevonden op 10 locaties in 8 steden in Nederland. Hierna heeft een uitgebreide procesevaluatie plaatsgevonden waarbij verschillende onderzoeksmethoden zijn toegepast, namelijk: semigestructureerde interviews met de coördinatoren, vragenlijsten voor het uitvoerend team en de deelnemers, lichaamsmetingen en focusgroepen met de deelnemers. Over het algemeen hadden de uitvoerders en deelnemers positieve ervaringen met het programma en de uitvoering ervan. Verschillende aanbevelingen om LEFF te optimaliseren zijn na de pilot periode doorgevoerd. Wat betreft de veranderingen na LEFF werd na 10 weken bij de kinderen een significant lagere SDS-BMI en hogere kwaliteit van leven geobserveerd.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

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

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

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De primaire doelgroep bestaat uit kinderen van 7 tot en met 12 jaar met overgewicht of obesitas.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De interventie richt zich ook op de ouders¹ van de kinderen. Minimaal één van de ouders neemt deel aan de bijeenkomsten.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

Selectie van doelgroepen:

- Het kind is 7 tot en met 12 jaar oud;
- Het kind heeft overgewicht of obesitas;
- Het kind volgt basisonderwijs;
- Het kind en de ouder zijn gemotiveerd om alle bijeenkomsten bij te wonen;
- De ouder beheerst de Nederlandse taal voldoende om deel te nemen aan de bijeenkomsten.

Contra-indicaties:

- Medische, lichamelijke, psychologische, leer- en/of gedragsproblemen, waardoor het kind en de ouder het programma niet volledig kunnen doorlopen²;
- Een ouder die niet bij elke bijeenkomst aanwezig kan zijn.
- Geen van de ouders kan bij de bijeenkomsten aanwezig zijn.

Voor aanmelding worden de toelatingscriteria en contra-indicaties getoetst door de JGZ. Voorafgaand aan de interventie tekenen ouders een toestemmingsverklaring.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

LEFF is de Nederlandse versie van het uit Engeland overgenomen effectieve programma MEND (Mind, Exercise, Nutrition, Do it!). Sinds 2001 is het MEND programma uitgebreid geëvalueerd, bijgesteld en doorontwikkeld, mede aan de hand van de ervaringen van kinderen en ouders. De ontwikkeling van LEFF is

¹ Waar ouders staat kan ook verzorgers gelezen worden. Wanneer het voor de ouder/verzorger niet haalbaar is om deel te nemen (bijv. vanwege werk verplichten of taalbarrière), mogen ook andere familieleden deelnemen. Zolang ze een rol hebben in de opvoeding.

² Bij de intake zijn handvatten beschikbaar om te bepalen of het kind en de ouder op basis hiervan wel of niet kunnen deelnemen.

gebaseerd op de ruime expertise en ervaringen van MEND (Sacher et al., 2013). Bij de ontwikkeling vond regelmatig overleg plaats tussen ontwikkelaars van LEFF en MEND. Daarnaast is de doelgroep betrokken geweest bij de ontwikkeling van de LEFF-materialen (zie hoofdstuk 2). Verder is er na afloop van de pilot in 2014 een uitgebreide procesevaluatie uitgevoerd (zie hoofdstuk 4.1) waarin o.a. met focusgroepen is nagegaan wat de deelnemers van het programma vonden. Ook wordt altijd in de laatste bijeenkomst een vragenlijst ingevuld en een groeps gesprek gehouden om zo de ervaringen met LEFF na te gaan. Dit is een standaard onderdeel waardoor de invloed van de doelgroep op het programma-aanbod blijft gewaarborgd.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

In de 10-weekse gecombineerde leefstijlinterventie is het hoofddoel een gezonder voedings- en beweegpatroon bij de kinderen. Met als uiteindelijk doel, verbetering van de generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven en afname van geslacht- en leeftijdsspecifieke SDS-BMI.

Subdoelen – max 350 woorden

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

De subdoelen zijn onder de volgende factoren te scharen: kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit. Waardoor gedragsverandering plaats kan vinden. Een korte omschrijving van de subdoelen per factor is hieronder voor kinderen en ouders weergegeven. zie voor uitgebreidere toelichting bijlage 3.

Kinderen

Kennis:

- Verkrijgen praktische en inhoudelijke informatie over overgewicht/obesitas en een gezonde leefstijl

Attitude:

- Ervaren de voordelen van gezonde voeding en meer bewegen
- Ervaren dat sport en bewegen plezierig is

Sociale steun:

- Ervaren steun van hun ouders en andere kinderen in het nastreven van een gezonde leefstijl.

Eigen effectiviteit:

- Verkrijgen meer zelf- en lichaamsvertrouwen
- Verkrijgen vaardigheden om gezonde leefstijlkeuzes te maken; gezonde voedingskeuzes, meer dagelijkse beweging, omgaan met voedselverleidingen, opstellen van doelen en bijpassende beloningen.

Gedrag:

- Behalen zelf opgestelde doelen op het gebied van voeding en bewegen.

Ouders

Kennis:

- Verkrijgen praktische en inhoudelijke informatie over overgewicht/obesitas, een gezonde leefstijl en gedragsverandering

Attitude:

- Ervaren de voordelen van een gezonde voeding en meer bewegen
- Ervaren de voordelen van het op een respectvolle manier over gewicht praten.
- Ervaren het belang van voorbeeldgedrag als ouders
- Verkrijgen motivatie om hun kind te steunen bij het aanleren van een gezondere leefstijl

Sociale steun:

- Ervaren steun andere ouders en kind in het nastreven van een gezonde leefstijl voor het hele gezin.

Eigen effectiviteit:

- Verkrijgen meer zelfvertrouwen in de wijze waarop zij de leefstijl van hun kind kunnen beïnvloeden
- Verkrijgen vaardigheden om gezonde leefstijlkeuzes te maken; gezonde voedingskeuzes, meer dagelijkse beweging, omgaan met voedselverleidingen, opstellen van doelen en bijpassende beloningen.
- Verkrijgen vaardigheden om het gezin te ondersteunen in het maken van gezonde leefstijlkeuzes; het motiveren van hun kind tot een gezondere leefstijl

Gedrag:

- Geven praktische en sociale ondersteuning aan kinderen in het opstellen en behalen van doelen met betrekking tot voeding en bewegen.

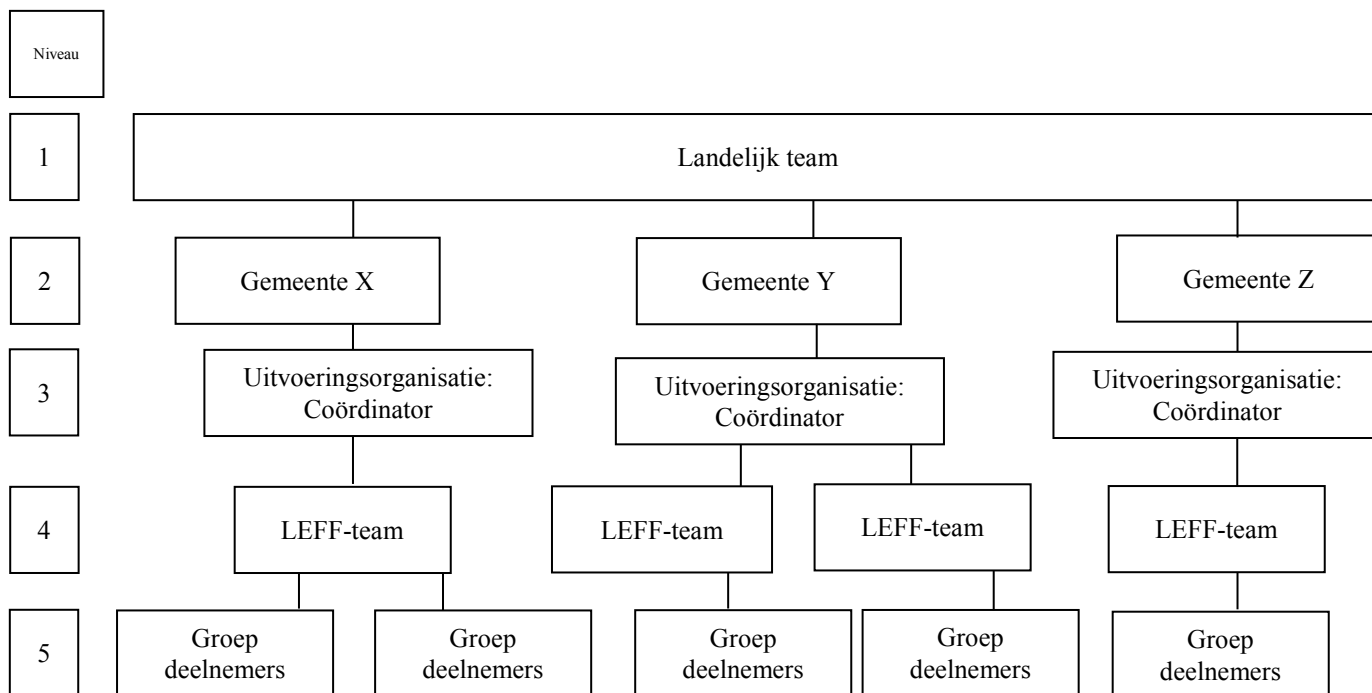
1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

De opzet van de interventie is in vijf niveau's in te delen, zie de schematische weergave hieronder.



Het landelijk team sluit samenwerkingsovereenkomsten met gemeentes af. Per gemeente wordt een uitvoeringsorganisatie gekozen die vervolgens een coördinator aanstelt. De coördinator stelt vervolgens één of meerdere uitvoerende LEFF-teams samen. Dit is afhankelijk van het aantal wijken waarbinnen de gemeente de interventie wil laten plaatsvinden; er wordt uitgegaan van één team per wijk. De interventie bestaat uit 20 groepsbijeenkomsten gedurende 10 weken, van twee keer meestal twee uur per week (er zijn een aantal bijeenkomsten die 1 uur duren). De inhoud van de bijeenkomsten ligt vast in gestructureerde handleidingen voor de uitvoerders.

LEFF heeft een aantal vaste elementen, zoals een landelijk vastgelegd format met een vaste structuur, bijeenkomsten en kerninhoud. Daarnaast zijn er een aantal elementen flexibel uit te voeren, zoals de uitvoerders, locatie, tijden, culturele gebruiken en follow-up. Deze flexibele elementen zijn voor elke locatie

op maat aan te passen. Bijvoorbeeld door teams in te zetten die het beste aansluiten bij de samenstelling van de wijk waar de interventie plaatsvindt, wat bijvoorbeeld kan helpen bij het opbouwen van een vertrouwensband, laagdrempelig communiceren (de taal spreken van de doelgroep) en bij het geven van voorbeelden van specifieke recepten en producten die aansluiten bij het reguliere eetpatroon van de deelnemers.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

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

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Om de uitvoering van LEFF goed te laten verlopen moeten verschillende activiteiten in fases worden uitgevoerd. De kernactiviteiten voor alle betrokkenen zijn per fase in de tabel hieronder weergegeven.

	Opstart	Vorbereiding ³	Uitvoering	Afronding
Landelijk team	<ul style="list-style-type: none"> - Informeren geïnteresseerde gemeentes over LEFF & bijbehorende taken en verantwoordelijkheden - Opstellen samenwerkings-overeenkomst 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiseren en uitvoeren van trainingen voor uitvoerend team - Leveren materialen 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring - Vraagbaak voor lokale coördinatoren en uitvoerende teams 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiseren landelijke intervisie-bijeenkomsten - Evaluatie en rapportage
Gemeente	<ul style="list-style-type: none"> - Inventarisatie behoefte LEFF in wijk(en) - Regelen financiering - Teken en samenwerkings-overeenkomst - Aanstellen coördinator 			
Coördinator		<ul style="list-style-type: none"> - Ontvangt handleiding coördinatie - Stelt lokaal team aan - Verzorgt logistiek - Plant data bijeenkomsten - Regelt locatie - Houdt de (financiële) administratie bij - Start werving - Beheert administratie van aanmeldingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring - Aansturing uitvoerend team 	<ul style="list-style-type: none"> - Terugkoppeling verwijzer - Verzorgt doorgeleiding in de wijk: sport of lokaal gesubsidieerd aanbod - Zorgt indien nodig voor doorstroom naar nazorg/begeleiding
Uitvoerend team		<ul style="list-style-type: none"> - Volgen landelijke training 	<ul style="list-style-type: none"> - Uitvoeren 20 groepsbijeenkomsten 	<ul style="list-style-type: none"> - Bijwonen landelijke intervisie-

³ De voorbereiding bij nieuwe gemeenten en coördinatoren start 20 weken voorafgaand aan LEFF. Bij reeds deelnemende gemeenten of coördinatoren start de voorbereiding 12 weken voorafgaand aan LEFF, omdat er dan voortgeborduurd kan worden op de voorbereidingen van de vorige groepen deelnemers.

		- Betrokken bij de werving	n (2x 2 uur per week) - Uitvoeren afsluitende leuke activiteit met de groep (groepsbeloning)	bijeenkomsten
Deelnemers		- Aanmelden	- Bijwonen bijeenkomsten	- Deelnemen sport of activiteiten in de wijk - Indien nodig, doorstrom naar nazorg/andere begeleiding

Toeleiding

De JGZ is verantwoordelijk voor passende zorg en ondersteuning voor het kind met overgewicht of obesitas en zorgt dus voor de toeleiding door deelnemers te verwijzen naar lokaal beschikbare interventies, waaronder LEFF. Om de verwijzingen te ondersteunen wordt bekendheid voor LEFF bij zowel verwijzers als potentiële deelnemers gegenereerd en maken de coördinator en/of coach warme overdracht mogelijk. De coördinator informeert (in eventuele samenwerking met het uitvoerende team) mogelijke verwijzers uit de omgeving over het bestaan van LEFF, verspreidt flyers en folders, maakt gebruik van sociale media en organiseert informatiebijeenkomsten voor geïnteresseerde gezinnen. Per locatie kunnen 8 à 12 gezinnen deelnemen.

De coördinator zorgt voor een goede samenwerking met de centrale zorgverlener en/of de JGZ. De coördinator informeert JGZ-verpleegkundigen/jeugdartsen in de betreffende gemeente. Dit houdt in dat informatie verstrekt wordt over de inhoud van LEFF en de manier van verwijzing naar LEFF. Ter ondersteuning voor de verwijzer stuurt de coördinator een informatiedocument met in- en exclusiecriteria (zie 1.1 Selectie van doelgroepen voor deze criteria), waarin ook screeningsvragen voor de exclusiecriteria opgenomen zijn. De verwijzer (JGZ-verpleegkundige of jeugdarts) beoordeelt of het gezin aan de in- en exclusiecriteria van LEFF voldoet.

Wanneer een gezin interesse heeft en voldoet aan de criteria, neemt de JGZ contact op met de coördinator/coach en worden contactgegevens van het gezin doorgegeven. Na de verwijzing wordt het gezin uitgenodigd voor een intake of informatiebijeenkomst. Mocht tijdens deze kennismaking blijken dat een gezin onverhoopt toch niet aan de inclusiecriteria voldoet, dan zorgt de coördinator dat het gezin weer terug komt bij de verwijzer. Wanneer het gezin niet voldoet aan de inclusiecriteria, is het de verantwoordelijkheid van de verwijzer om samen met het gezin op zoek gaan naar een andere, passende interventie. Ook wanneer een gezin stopt zal dit teruggekoppeld worden aan de verwijzer.

LEFF vindt bij voorkeur plaats in gemeenten met een integrale aanpak voor overgewicht en obesitas, zoals een JOGG-aanpak. Hierdoor is er een bestaand netwerk van preventie- en zorgprofessionals gericht op kinderen met overgewicht en obesitas aanwezig, waarin stepped en matched care (PON, 2010) geleverd kan worden. Dit komt de toeleiding naar LEFF ten goede en zorgt er daarnaast ook voor dat er ander aanbod in de keten aanwezig is, op zowel lager als hoger niveau van LEFF. Op die manier kunnen kinderen waarvoor LEFF niet geschikt is, wel in een andere interventie deelnemen.

Inhoud bijeenkomsten

Het gehele programma is zo ingericht dat de gezinnen na afloop van LEFF een grotere mate van zelfmanagement en zelfredzaamheid hebben. Verder is er expliciet aandacht voor voedings- en beweegactiviteiten in de wijk en oefenen de deelnemers met het opstellen van doelen voor gedragsbehoud waar ze na afloop van LEFF zelfstandig mee verder kunnen gaan.

Het programma bestaat uit groepsbijeenkomsten voeding en gedrag voor kinderen en ouders samen, en daarnaast groepsgesprekken voor ouders en beweegactiviteiten voor kinderen. Tijdens de

groepsbijeenkomsten brengen ouders en kinderen het eerste uur gezamenlijk door en het tweede uur apart, waarbij de ouders met elkaar in gesprek gaan en kinderen samen gaan bewegen. Er zijn ook een aantal 'speciale' bijeenkomsten, waaronder een speurtocht in de supermarkt, bezoek aan sportclub en een afsluitende diploma-uitreiking. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van alle bijeenkomsten en beweegactiviteiten. In de volgende paragrafen wordt een korte beschrijving per soort bijeenkomst gegeven:

Groepsbijeenkomsten voeding voor ouders en kinderen

De voedingsbijeenkomsten zijn gebaseerd op drie concepten: 'bewerkte en onbewerkte producten', 'vetten en suikers' en 'etiketten lezen'. Tijdens deze bijeenkomsten wordt er met de voedingsrichtlijn geoefend middels bijvoorbeeld eet- en drinkdoelen, opdrachten, demonstraties en een supermarktbezoek.

Omdat LEFF een lokaal flexibel programma is, bestaat er de mogelijkheid om het programma binnen de gestelde kaders aan te passen aan de doelgroep. Bijvoorbeeld door dieper in te gaan op economisch inkopen doen en de niet-Nederlandse keuken.

In de voedingsbijeenkomsten werken de ouders en kinderen aan **vaststaande LEFF-doelen** op het gebied van eten en drinken⁴, die voor de gehele groep hetzelfde zijn en gebaseerd zijn op de richtlijnen Goede Voeding (Gezondheidsraad, 2006). Wekelijks worden twee nieuwe doelen onthuld. De voortgang wordt groepsgewijs gemonitord, door wekelijks een ander kind de persoonlijke voortgang te laten vertellen, waarna andere kinderen kunnen reageren met eigen ervaringen.

Groepsbijeenkomsten gedrag voor ouders en kinderen

In de gedragsbijeenkomsten worden onder andere de thema's 'doelen en beloningen', 'invloed van omgeving', 'gedachten en gevoelens' en 'voorbeeldgedrag' besproken. Op basis van een vereenvoudigd G-schema (denk hierbij aan de vragen: Wat is er gebeurd? Waar heb je aan gedacht? Wat heb je gevoeld? Hoe heb je gereageerd? Wat is er vervolgens gebeurd?) worden gedragsverandering besproken (Brewin, 2006).

Daarnaast is er binnen de gedragsbijeenkomsten aandacht voor het stellen van persoonlijke doelen en bijpassende beloningen. Tijdens deze bijeenkomsten worden kind en ouder gestimuleerd om samen een persoonlijk voeding- en beweegdoel voor het kind te formuleren. Deze **zelf gekozen, persoonlijke doelen** stellen zij op volgens het SMART-principe (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden). De doelen, aangevuld met een door kind en ouder overeengekomen bijbehorende passende beloning, worden opgeschreven in een contract en gedurende het programma nagestreefd. De coach monitort wekelijks de doelen en geeft de kinderen een sticker indien de doelen behaald zijn. Wanneer alle kinderen aan het einde van het programma wekelijks hun persoonlijke doelen behaald hebben, gaat de groep op een zelfgekozen groepsbeloning. Dit is een zelfgekozen activiteit die de groep na afloop van LEFF samen zal gaan ondernemen. De coach heeft voldoende ruimte om de kinderen bonusstickers te geven, zodat de groepsbeloning ook door kan gaan indien niet 100% van de persoonlijke doelen zijn gehaald.

Groepsgesprekken voor ouders

De ouders hebben na elke groepsbijeenkomst een uur met elkaar, onder begeleiding van de coach. Aan de hand van vooraf vastgestelde onderwerpen wordt doorgepraat en krijgen de ouders opvoedingsondersteuning. Het gaat dan bijvoorbeeld om onderwerpen als pesten, moeilijke eters, slaap en voorbeeldgedrag. De ouders geven elkaar adviezen en helpen elkaar, met inhoudelijke ondersteuning van de coach.

Beweegactiviteiten voor kinderen

In het beweegonderdeel staat plezier en interactie voorop. De spelletjes hebben een lage intensiteit, zijn niet-competitief en gericht op samenwerken. Ze zijn aangepast aan een kind boven een gezond gewicht zodat alle kinderen mee kunnen doen. Het kind wordt spelenderwijs gestimuleerd tot lichamelijke activiteit.

⁴ Voorbeeld van deze doelen: Dagelijks ontbijten, dagelijks minstens twee glazen zoete drank vervangen door water en wit- en bruin brood vervangen door volkorenbrood.

Het beweegprogramma heeft een geleidelijke opbouw. Iedere beweegactiviteit bevat een warming-up, een hoofdactiviteit, een waterpauze, een cooling-down en rekoefeningen. Tijdens de hoofdactiviteit vinden uiteenlopende spellen plaats, welke aangepast worden aan het niveau en de behoeften van de deelnemende kinderen. Daarnaast zijn de spelletjes ook informatief over het lichaam, zoals botten en spieren. Verder wordt er aandacht besteed aan mogelijke beweegactiviteiten om na beëindiging van het programma te gaan doen, zo wordt er bijvoorbeeld een kennismaking met een sportvereniging georganiseerd.

Einde programma

Na de laatste bijeenkomst van het programma voeren de deelnemers een zelf gekozen activiteit uit (de groepsbeloning). Daarnaast worden er terugkombijeenkomsten georganiseerd⁵. Ten slotte worden kinderen die aanvullende zorg nodig hebben verwezen naar de jeugdgezondheidszorg voor een passend vervolg.

⁵ De frequentie, opzet en inhoud van de terugkombijeenkomsten wisselt per locatie, afhankelijk van de behoefte uit de groep. Hierbij valt te denken aan drie groepsbijeenkomsten per jaar waarbij telkens een ander thema wordt uitgediept of bijvoorbeeld deelname van de hele groep en de beweegcoach aan wekelijks sportaanbod in de wijk. In de periode 2016 tot en met 2018 zal hiervoor een vaste structuur ontwikkeld worden.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

De materialen van LEFF zijn overgenomen van MEND en vertaald door ter zake kundige experts. Hierbij is rekening gehouden met Nederlandse gebruiken en richtlijnen. Ook zijn de vertalingen gevolgd door de inhoudelijk verantwoordelijke van MEND.

Daarnaast is tijdens de ontwikkelfase van LEFF kwalitatief vooronderzoek gedaan bij kinderen die behandeld werden voor hun overgewicht of obesitas, om te bepalen wat zij belangrijk vinden aan een interventie (Athena Instituut VU, 2014). Verder zijn (telefonische) expertinterviews gevoerd, met inhoudsdeskundigen op het gebied van leefstijl(interventies), ouders en kinderen.

Een copywriter heeft de inzichten van MEND en de resultaten uit vooronderzoek verwerkt in de specifieke positieve communicatiestijl van LEFF die in alle materialen is doorgevoerd. Hieronder volgt een kort overzicht van de materialen. Zie bijlage 2 voor een uitgebreid overzicht.

Toeleiding

- Ondersteunende materialen voor de lokale coördinator.
- Poster en folder ontwikkeld voor ouders.
- Flyer ontwikkeld voor kinderen.

Uitvoering

- *LEFF-kit*
Materialen voor het uitvoerende team, zoals posters, voorbeelden van voedingsmiddelen en stickers.
- *Deelnemerskit*
Materialen voor de deelnemers, zoals handboeken voor ouders en kinderen. De handboeken zijn ondersteunend aan het programma en bevatten de belangrijkste leermomenten van elke bijeenkomst. Alles wat in de handboeken staat, wordt ook in de bijeenkomsten besproken. LEFF zit zo in elkaar dat wanneer gezinnen de handboeken thuis niet meer bekijken, ze geen informatie missen.
- *Handleidingen team*
Er is een handleiding Voeding & Gedrag voor de coach en een handleiding Bewegen voor de beweegcoach. De assistent ontvangt beide handleidingen. De originele MEND-handleidingen zijn geschreven door in overgewicht en obesitas gespecialiseerde kinderdiëtisten, kinderpsychologen en beweegexperts.

Evaluatie

- *Proces*
Registratieformulieren m.b.t. aanmelding, aanwezigheid en ervaringen deelnemers en team.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

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

Organisatie

De interventie wordt op landelijk niveau gecoördineerd. De lokale coördinatie vindt plaats door een persoon werkzaam binnen de gemeente of vanuit bijvoorbeeld welzijnsorganisaties, sportorganisaties en GGD-en. Voor de werving en toeleiding naar LEFF wordt er contact gelegd met verschillende organisaties die hierbij een rol kunnen spelen, zoals eerstelijnszorginstellingen, scholen of de jeugdgezondheidszorg.

Locatie

De gemeente bepaalt in welke wijk LEFF ingezet gaat worden. Dit zijn altijd wijken waarbinnen de gemeente een gezond gewicht van de bewoners wil bevorderen. De uitvoering van de interventie zelf vindt plaats op een locatie in de wijk die goed bereikbaar en prettig is voor de deelnemers, zoals wijkcentra of (brede) basisscholen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

LEFF wordt uitgevoerd door personen zonder specifieke (para)medische achtergrond die afkomstig zijn uit of bekend zijn met de wijk, zodat zij zich goed kunnen verplaatsen in de doelgroep. Het lokale uitvoerende team bestaat uit drie personen, die worden aangestuurd door een coördinator:

- De coördinator heeft ervaring met programmacoördinatie en toegang tot kennis van de desbetreffende wijk/buurt en bijbehorende ketenaanpak. Een achtergrond in gezondheidsbevordering is gewenst.
- De coach heeft veel ervaring met het werken met groepen, sterke communicatievaardigheden (m.n. gesprekstechnieken) en is in staat om een groep te motiveren. Wenselijk is een achtergrond in voeding, gezondheidsbevordering of gedragsverandering.
- De beweegcoach heeft een actuele en relevante achtergrond in lichamelijke opvoeding/sport, ervaringen met groepen en kinderen, is in staat kinderen te motiveren en heeft een actueel EHBO certificaat en persoonlijke aansprakelijkheidsverzekering.
- De assistent heeft ervaring met het begeleiden van groepen kinderen en ouders, heeft binnen LEFF een vrijwillige taak en is bekend met de samenstelling van de wijk/buurt.

Voorafgaand aan LEFF volgen de teamleden een landelijke training die zij moeten afsluiten met minimaal 75% goed op de eindtoets en een positieve beoordeling op basis van observaties en een rollenspel (Niemer, 2015, p 22-23). In de training worden de kernprincipes van LEFF doorgenomen, waaronder de specifieke communicatiestijl en positieve insteek. Ook wordt de theoretische basis wat betreft voeding, gedrag en bewegen besproken. Met behulp van rollenspellen wordt geoefend met de theorie in de praktijk te brengen. De training wordt gegeven door een oud-coach en tijdens de beweegtraining is een beweegcoach aanwezig, waardoor er aandacht is voor de praktijk.

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

De kwaliteit van LEFF wordt op verschillende manieren bewaakt.

Continue ondersteuning

Het landelijke team is bereikbaar voor advies en ondersteuning aan de coördinator. Verder bezoeken ze locaties in het kader van kwaliteitsborging en ondersteuning.

Training

De trainers van de lokale teams zijn expert op gebied van voeding, gedrag en bewegen en hebben veel kennis en ruime ervaring met LEFF⁶. Vast onderdeel van de training is een jaarlijkse intervisiebijeenkomst, waar intervisie en inhoudelijke verdieping met wisselende thema's op het gebied van voeding, gedrag en bewegen centraal staan. Met als doel de deskundigheid van de betrokkenen te bevorderen en de kwaliteit van het werk te verbeteren.

Materialen

Er zijn verschillende materialen beschikbaar, zoals handleidingen voor het uitvoerend team waarin alle bijeenkomsten volledig in spreektaal zijn uitgeschreven. Een gelijke inhoud en juiste specifieke communicatiestijl wordt hierdoor gewaarborgd.

Begeleiding MEND

⁶ Tijdens de pilot hadden de trainers een speciale training gevolgd bij MEND in Londen. Hierbij hadden zij onder meer een MEND-bijeenkomst geobserveerd. In het kader van de kwaliteitswaarborging was een persoon van MEND aanwezig tijdens de eerste training van de LEFF-teams. In vervoltrainingen is telkens iemand met praktijkervaring met LEFF aangeschoven.

De oprichters van MEND blijven betrokken bij de inhoud, ontwikkeling en de kwaliteit van het programma, bijvoorbeeld door updates in MEND handleidingen door te geven. Ook worden ze geconsulteerd in geval er grote wijzigingen in het programma nodig zijn.

Monitoring en evaluatie

Een evaluatie wordt regelmatig uitgevoerd om onder andere de flexibele elementen van LEFF te monitoren. De resultaten zullen onder andere in de vorm van feedbackrapportages aan de coördinatoren worden teruggekoppeld, wat bijdraagt aan het optimaliseren en indien nodig bijstellen van de uitvoering van LEFF en het bewaken van de kwaliteit van inhoud en lokale uitvoer van het programma.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

De randvoorwaarden zijn:

- Bij voorkeur heeft de gemeente een integrale aanpak, zoals de aanpak van Jongeren Op Gezond Gewicht (zie blz. 19 voor toelichting op integrale aanpak). Met partners in de gemeente/wijk is vastgesteld dat er behoefte is aan een laagdrempelige groepsinterventie in de wijk, nadat er een inventarisatie van lokaal aanbod heeft plaatsgevonden.
- Er is een financiële basis om de LEFF-groepen te financieren.
- Een specifieke wijk is gekozen om LEFF te implementeren. Hierbij zijn de belangrijkste professionals (die nodig zijn voor verwijzing/werving) betrokken.
- Een samenwerkingsovereenkomst is getekend tussen de betrokken partijen met duidelijke afspraken, wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden.
- De gemeente heeft een uitvoeringsorganisatie (of een groep personeelsleden zoals buurtsportcoaches of combinatiefunctionarissen) op het oog, die zich willen committeren aan een landelijke aanpak met vaste onderdelen en lokale flexibiliteit en een programma uitgevoerd door niet-zorgverleners.
- De coördinator heeft voldoende tijd om de voorbereidingen voor LEFF te organiseren en is bekend met de wijk en mogelijke verwijzers uit de wijk.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Voor de implementatie op landelijk en lokaal niveau kunnen verschillende fases worden aangehouden. Voor een uitgebreider overzicht van de verschillende kernactiviteiten van alle betrokken wordt verwezen naar de tabel (blz. 9) in paragraaf inhoud van de interventie.

Voorafgaand aan start

- Landelijk team informeert gemeenten over LEFF en stelt samenwerkingsovereenkomsten op.
- Gemeenten zorgen ervoor dat aan de randvoorwaarden is voldaan.

Opstartfase

- Landelijk team organiseert trainingen voor lokale teams en levert materialen.
- De coördinator zorgt voor de algemene voorwaarden om te kunnen starten (denk aan team aanstellen, werving, locatie).

Uitvoeringsfase

- Landelijk team biedt ondersteuning aan coördinatoren.
- Coördinator monitort proces van uitvoering.
- Lokale teams voeren de bijeenkomsten uit en dragen zorg voor het registreren van onderzoeksgegevens.

Afrondingsfase

- Deelnemers ontvangen informatie over nazorg en begeleiding na afloop van LEFF. Het landelijk team en coördinatoren spelen hier ook een rol bij.
- Landelijk team organiseert jaarlijks een landelijke intervisiebijeenkomst voor lokale uitvoerende teams.

- Landelijk team verzorgt evaluatie en rapportage

Behoud:

- Verankering in financieringssysteem van gemeenten en eventueel zorgverzekeraars;

Het copyright van LEFF ligt bij de stichting VU/VUmc. Het intellectuele eigendomsrecht van LEFF berust bij MEND en de stichting VU-VUmc. Er is sprake van een eeuwigdurende, overdraagbare licentie om MEND te mogen gebruiken.

Kosten – max 200 woorden

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

Een kostendekkend model voor de uitvoer van LEFF is ontwikkeld, wat bestaat uit onderstaande posten.

1. Tweedaagse training à € 850 per LEFF-professional.

- 2 daagse training
- inclusief accommodatie en catering

2. Kosten per groep

2a. Per eerste groep van een nieuw uitvoerend team betaalt de gemeente € 2250 aan het landelijk LEFF team. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:

- Door de VU opgestelde evaluatie van de kwaliteit en deelnemerstevredenheid van het geleverde programma;
- Vraagbaak landelijk LEFF-team;
- Verplichte jaarlijkse vervolgcursus voor het LEFF-team (1 dagdeel)
- Starterskit LEFF;
- Doorontwikkeling van het LEFF programma.

2b. Per iedere nieuwe groep van een bestaand team betaalt de gemeente € 1300 aan het landelijk LEFF team. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:

- Door de VU opgestelde evaluatie van de kwaliteit en deelnemerstevredenheid van het geleverde programma;
- Verplichte jaarlijkse vervolgcursus voor het LEFF-team (1 dagdeel);
- Aanvulkit LEFF;
- Doorontwikkeling van het LEFF programma.

3. Interne kosten voor de gemeente ten aanzien van personele inzet en accommodatie, deze zullen per gemeente variëren.

- Huur van een accommodatie voor 4 uur per week. Afhankelijk van tarieven en bestaande contracten.
- De totale tijdinvestering van het uitvoerende team varieert. De personele kosten zijn afhankelijk van zaken als ervaring en vaardigheden. Onderstaande uren bevatten de training, de bijeenkomsten en voorbereiding:
 - 60-80 uur voor de coach,
 - 40-60 uur voor de beweegcoach
 - 50-70 uur voor de assistent.
- De coördinator is ongeveer 80 uur per groep bezig

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

In Nederland is het aandeel kinderen wat te zwaar is al jaren hoog. In 1980 had 5,1% van de jongens en 7,2% van de meisjes (2 tot 21 jaar van Nederlandse afkomst) overgewicht (inclusief obesitas). In 2010 was dit percentage bij de Nederlandse jongens opgelopen tot 13,3% en bij de meisjes tot 14,9%. Obesitas kwam voor bij circa 2% van de jongens en meisjes in deze leeftijdscategorie. Kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst hadden vaker overgewicht en obesitas dan kinderen van Nederlandse afkomst. Bij de jongens was in 2010 bij respectievelijk 32,5% en 25,2% sprake van overgewicht. Bij de meisjes van Turkse en Marokkaanse komaf bedroegen die percentages respectievelijk 31,7% en 29,1% (Schönbeck et al. 2010). Daarnaast wonen zij vaker in wijken met een lage sociaal economische status score. Tussen gemeentes en buurten bestaan echter grote verschillen in het aantal kinderen met overgewicht. In Amsterdam is bijvoorbeeld één op de vijf kinderen te zwaar (Gemeente Amsterdam, 2015).

Kinderen met overgewicht hebben een grotere kans op het ontwikkelen van gezondheidsproblemen, zoals verhoogde bloedglucosewaarden en een hoge bloeddruk. Op latere leeftijd hebben zij een hoger risico op hart- en vaatziekten. Daarnaast is overgewicht gerelateerd aan een lagere sociale en psychische gezondheid, zoals een lagere zelfwaardering en kwaliteit van leven (Butland et al., 2007; Reilly et al., 2003). Op lange termijn heeft overgewicht ook maatschappelijke en economische gevolgen. Denk aan kosten door arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim en gezondheidszorg (McPherson et al., 2007; NICE, 2006; McKinsey Global Institute, 2014).

Een effectieve aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen is dan ook van belang. Uit onderzoek blijkt dat een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)⁷ de aangewezen behandeling voor overgewicht en obesitas is (CBO, 2008). In de Zorgstandaard Obesitas is vastgelegd dat de zorg bij overgewicht en obesitas volgens het 'stepped en matched care-principe'⁸ geleverd moet worden (PON, 2010). Hiervoor is een volledig ketenaanbod nodig, waarbij de brug tussen preventie en zorg geslagen is en behandelingen op alle niveaus beschikbaar zijn; van laagdrempelige interventies in de wijk tot specialistische zorg in het ziekenhuis (PON, 2014). Wanneer dit ketenaanbod volledig aanwezig is, kan uiteindelijk een deel van de zorg die nu in een medische setting plaatsvindt, vervangen worden door meer laagdrempelige zorg in een minder kostbare setting. Bij de start van LEFF, waren er in Nederland niet veel bewezen effectieve interventies beschikbaar op het gebied van zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas. Er bleek behoefte aan een laagdrempelige interventie als eerste stap in de keten en als terugvalpreventie. Dergelijk aanbod zou een aanvulling op het totale ketenaanbod betekenen en daarmee de keten meer sluitend kunnen maken. Deze interventie moest naast laagdrempelig⁹ ook structureel, schaalbaar, betaalbaar en evidence based zijn.

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Overgewicht en obesitas bij kinderen ontstaat door gewichtstoename vanwege een verstoorde energiebalans, waarbij kinderen gedurende een langere tijd gewend zijn meer energie uit de voeding binnen te krijgen dan dat zij verbruiken. Hieraan ligt een breed scala van biologische, psychosociale en omgevingsfactoren met complexe onderlinge verhoudingen ten grondslag (CBO, 2008). In de *theory of planned behavior* komen een aantal factoren naar voren die van invloed zijn op verandering van

⁷ Een gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering.

⁸ Bij een ketenaanpak georganiseerd volgens het stepped en matched care-principe, begint de behandeling zo laag als mogelijk (minst ingrijpend en kostbare interventie) en zo hoog als nodig, gegeven de ernst van de aandoening. Als de eerste behandeling onvoldoende effectief blijkt, kan vervolgens gekozen worden voor een intensievere of andere behandelvorm.

⁹ Onder 'laagdrempelige interventie' wordt een reeks aan kenmerken verstaan. Het gaat om onder meer de toegankelijkheid, bereikbaarheid, soort locatie, soort zorgverleners, communicatiestijl, tijdstip, niveau en type van de interventie.

gezondheidsgedrag (Armitage, 2001). Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit worden beschreven als belangrijke factoren die een rol spelen bij de intentie tot gedragsverandering (De vries, 1988).

Attitude

Voor kinderen is het hebben van een positieve attitude ten aanzien van lichamelijke activiteit een van de belangrijkste factoren die een rol speelt bij het bevorderen van de lichamelijke activiteit (D'Haese, 2016). Dit is met name belangrijk bij kinderen met obesitas aangezien zij vaker een negatieve attitude hebben ten opzichte van bewegen dan kinderen met een lager lichaamsgewicht (Deforche, 2006).

Sociale steun

Het voedings- of beweeggedrag wordt ook beïnvloed door de mening van anderen (Visscher, 2012). Wanneer kinderen zich bijvoorbeeld gesteund voelen door de ouders heeft dit een positief effect op de mate van lichamelijke activiteit (Beets, 2010). De invloed van de sociale omgeving speelt dus een belangrijke rol bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht (CBO, 2008).

Eigen effectiviteit

Tevens blijkt bij kinderen dat een hogere eigen effectiviteit ten aanzien van voeding en bewegen geassocieerd is met een gezondere leefstijl (Trost, 2001; Fitzgerald, 2013). Hierbij verdient het stimuleren van het zelfvertrouwen extra aandacht aangezien kinderen met obesitas dit vaak minder hebben dan kinderen met een gezond gewicht (Griffiths, 2010).

Kennis

Verder is kennis een belangrijke voorwaarde voor gezond voedings- of beweeggedrag (Brug, 2000). De kennis van kinderen is nog volop in ontwikkeling en de ouders hebben hier onder andere een belangrijke rol bij. Helaas blijkt uit onderzoek dat de helft van de ouders met jonge kinderen onvoldoende kennis heeft over gezonde voeding (Booij et al., 2008).

Ook speelt de attitude van ouders een belangrijke rol bij het ontstaan van overgewicht bij kinderen. Zo blijkt het uitoefenen van druk om bepaalde producten te eten, een negatieve communicatiestijl, of niet gezamenlijk eten met het gezin geassocieerd te zijn met een hogere kans op het ontwikkelen van overgewicht bij kinderen (Birch, 2001; Thomas, 2014; Mamun, 2005). De opvoedstijl van ouders is van grote invloed op mate van overgewicht bij kinderen en hun voedings- en beweeggedrag (Sleddens, 2011). Het is daarom belangrijk om ouders te ondersteunen bij de opvoeding, bijvoorbeeld via onderlinge uitwisseling van ervaringen (Oudhof, 2013). Ook hebben veel ouders hier vragen over, zoals over de omgang met moeilijk gedrag bij kinderen of grenzen stellen (Speetjens, 2009). Hierbij kunnen gevoelens over de mate van eigen effectiviteit een rol spelen en is het voor het ontwikkelen van de opvoedvaardigheden onder andere zinvol om te richten op het versterken van de eigen kracht en het zelfvertrouwen van ouders (Oudhof, 2013).

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

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

De interventie richt zich op vier factoren, namelijk kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit. Deze factoren zijn voor zowel kinderen als ouders van invloed op het bevorderen van een gezond gewicht bij kinderen. In de verantwoording wordt per factor een onderbouwing gegeven van de aanpak binnen LEFF om de doelen te bereiken. Een uitgebreid overzicht van de LEFF-aanpak en gedragsveranderingstechnieken (Van Dale, 2016) per subdoel is in bijlage 3 weergegeven, gesplitst voor ouders en kinderen.

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

Verantwoording – max 1000 woorden

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

Het verkrijgen van voldoende kennis en inzicht in het eigen ongezonde risicogedrag, oftewel het creëren van bewustzijn, kan gezien worden als een eerste stap in het proces van gedragsverandering (Prochaska, 2008).

Volgens de sociaal-cognitieve leertheorie van Bandura leren mensen niet alleen doordat ze zelf het gedrag uitvoeren en daarvan de consequenties zien. Zij kunnen ook leren door anderen te observeren (model-leren) (Bandura, 1986). Het begrip model moet hierbij niet te letterlijk worden opgevat en kan naast een persoon bijvoorbeeld ook gedrukt leermateriaal zijn (Valcke, 2007). Informatieoverdracht en actieve informatieverwerking is voor het verhogen van kennis dus een goede methode (Brug, 2000). Binnen LEFF wordt daarom gebruik gemaakt van interactieve educatie zoals demonstraties, brainstorm sessies, opdrachten en groeps gesprekken. Ondersteunend hierbij zijn handboeken met informatie die tijdens de bijeenkomsten besproken is.

De *attitude* van mensen bestaat uit affectieve, cognitieve en gedragscomponenten (Petty, 2003). Voor het veranderen van de attitude kunnen deze componenten op verschillende manieren worden aangepakt. Zo kunnen de gevoelens en emoties van personen worden beïnvloed door de voorlichtingsboodschap te associëren met iets wat een positieve reactie oproept (Petty, 2003). Binnen LEFF wordt dit gedaan door plezier tijdens bijeenkomsten voorop te stellen, wat de intrinsieke motivatie tot deelname aan het programma lijkt te verhogen (Watson et al., 2016). De expliciete boodschap van LEFF is om een gezonde leefstijl aan te leren, geen dieet. Verder is het voor attitude verandering zinvol om te focussen op de voor- en nadelen van bepaald gedrag, zodat achterliggende structuren van bepaalde gedachten achterhaald worden (O'Keefe, 2016). Tijdens verschillende bijeenkomsten en beweegactiviteiten wordt er een vergelijking gemaakt tussen gezond gedrag en ongezond gedrag en worden de voor- en nadelen hiervan besproken. Daarnaast wordt binnen LEFF aandacht besteedt aan de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag, ouderbijeenkomst twaalf is hier volledig op gericht. Deze technieken zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie van Beck (Beck e.a. 1976). Beck gaat ervan uit dat negatieve gevoelens ontstaan door bepaalde gedachten die iemand heeft en niet door de gebeurtenis zelf. Het idee achter deze therapie is dat je door het veranderen van je gedachten leert gebeurtenissen anders te interpreteren, waardoor negatieve gevoelens kunnen verdwijnen en het gedrag kan veranderen.

Sociale steun kan ervaren worden als er voldaan wordt aan sociale basisbehoeften, zoals het gevoel er bij te horen, gevoel van veiligheid en affectie (Savelkoul, 2014). Het mobiliseren van sociale steun is een belangrijke manier om met sociale invloed om te gaan (Brug, 2000). Binnen LEFF gebeurt dit aangezien het groepsproces centraal staat. Een groep met gelijkgestemden zorgt voor een veilige omgeving waarin fouten gemaakt mogen worden zonder dat er terecht gewezen wordt. Zo leert men van elkaar, krijgt men steun van elkaar, en wordt het zelfvertrouwen vergroot. Daarnaast komen de deelnemers elkaar in de wijk tegen, wat tevens kan bijdragen aan een sociaal netwerk voor langere termijn (Bartelink, 2015). Een andere manier om te leren omgaan met sociale invloed is het verbeteren van vaardigheden om met sociale druk om te gaan. Bijvoorbeeld door het verhogen van persoonlijke binding (commitment) aan bestaande intenties en gedrag (Brug, 2000). Binnen LEFF wordt dit gestimuleerd middels doelen en beloningen. De doelen en beloningen binnen LEFF hebben zowel een individueel als groeps karakter waardoor ze tevens bijdragen aan het gevoel van autonomie en aan de sociale verbondenheid. Dit zijn belangrijke aspecten zijn voor het verhogen van de intrinsieke motivatie voor blijvende gedragsverandering, aldus de zelfbeschikkingstheorie (Deci, 2002).

Een andere belangrijke determinant van gedragsverandering is de mate van *eigen effectiviteit*. Het verbeteren of aanleren van nieuwe vaardigheden is een belangrijke manier om de eigen effectiviteit te verbeteren (Brug, 2000) wat kan plaatsvinden middels het proces van sociale vergelijking (model-leren) (Bandura, 1986). Bijvoorbeeld wanneer een voorbeeldfiguur (zoals een andere LEFF-deelnemer) een bepaald doel behaalt. Daarnaast leert men door het zelf uit te proberen (Bandura, 1986). Ouders ontwikkelen bij LEFF bijvoorbeeld opvoedvaardigheden, waardoor tevens het zelfvertrouwen kan toenemen. Kinderen oefenen bijvoorbeeld met het lezen van etiketten om vaardigheden te verbeteren wat betreft het maken van gezonde leefstijlkeuzes. Ook werken de deelnemers met het stellen van doelen en beloningen zodat een aanzet wordt gegeven voor het ontwikkelen van positief gewoontegedrag (Bandura, 1986).

Binnen de interventie worden ook de volgende basisprincipes ingezet:

Gezinsaanpak

Het hele gezin moet zich bewust worden van de noodzaak (en mogelijkheden) van gezond gedrag, wil een gecombineerde leefstijl interventie op langere termijn effectief zijn bij kinderen (PON, 2010). Ouders zijn namelijk de rolmodellen en bepalend voor de fysieke en sociale omgeving van het kind (Ritchie, 2005). Bij het programma staat daarom de gezinsaanpak centraal; ouders worden actief bij de behandeling betrokken en worden medeverantwoordelijk gemaakt voor de gedragsverandering. Tijdens de oudergesprekken staat opvoedingsondersteuning centraal. Daarbij komen de adviezen met name uit de groep en ondersteunen ouders elkaar tijdens de leefstijlverandering.

Positief opvoeden

Positief opvoeden is een manier van opvoeden, zoals geformuleerd door MEND (Sacher, 2013) die erop gericht is de ontwikkeling van kinderen te bevorderen waarbij de nadruk ligt op het bevorderen van een goede communicatie en het geven van positieve aandacht aan dingen die kinderen goed doen. Thema's rondom positief opvoeden lopen door het gehele programma, onder andere grenzen stellen, gezinsregels opstellen, consistentie en gedragsmanagement komen aan bod.

Toon van communicatie

Veel zorgverleners vinden het praten over leefstijl en gewicht lastig (Van Grieken, 2013; Gerards, 2014). Voor een positieve bejegening van de doelgroep is een juist gebruik van terminologie die de doelgroep als prettig ervaart belangrijk. Dit kan ook een belangrijke bijdrage leveren aan het stimuleren van gedragsverandering (Flodmark, 2010). Onderzoek toont aan dat de woorden 'overgewicht' en 'obesitas', maar ook woorden als 'vet' en 'dik' door de doelgroep als denigrerend en onprettig worden ervaren (ATW Overgewicht, 2010; van der Baan-Slootweg, 2011). Verder is het essentieel dat gezondheidsboodschappen niet als opgelegd, belerend of beschuldigend overkomen en dat er voldoende erkenning is voor de kennis en ervaringen van het gezin, zodat zij zich serieus genomen voelen (Ballering, 2013). Binnen LEFF wordt er daarom gebruik gemaakt van een speciaal ontwikkelde 'toon van communicatie'¹⁰ die aansluit bij hoe de doelgroep aangesproken wil worden (Athena Instituut, 2014).

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

¹⁰ Deze specifieke positieve communicatiestijl van LEFF is door het volledige programma verweven, van de werving tot aan de afsluiting van het programma. In de handleidingen voor de teams is bijvoorbeeld iedere bijeenkomst volledig in spreektaal uitgeschreven. Zo gebruikt LEFF de term 'boven een gezond gewicht' en wordt er nergens gepraat over overgewicht, obesitas, afvallen en diëten. Het bezig zijn met de leefstijl wordt zo minder zwaar gemaakt en de nadruk komt te liggen op het plezier hebben. Daarnaast worden verwijzers ook geïnformeerd over het gebruik van de juiste aanknopingspunten voor ouders en kinderen om zo de instroom naar LEFF te verhogen, bijvoorbeeld door de nadruk te leggen op de kernwaarden van LEFF (plezier, vrienden maken en je goed voelen).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

max 600 woorden per onderzoek

- a) Niemer, S., Bruggers, C., & van den Eynde, E. (2015). LEFF 2013 t/m 2015 - Een beschrijving van de ontwikkeling, uitvoering en eerste resultaten van LEFF in Nederland. Care for Obesity & Vrije Universiteit Amsterdam.
- b) In 2014 is de pilot van start gegaan op 10 locaties in 8 steden. Hierna zijn er, op 1 gemeente na, in dezelfde gemeentes opnieuw groepen gestart. Na afloop van de pilot heeft een uitgebreide procesevaluatie plaatsgevonden. Hierbij zijn verschillende onderzoeksmethoden toegepast, namelijk semigestructureerde interviews met lokale coördinatoren (n=8), schriftelijke vragenlijsten bij het team (n=35) en bij deelnemers (102 kinderen en 63 ouders), focusgroepen bij deelnemers (28 kinderen en 25 ouders, zie Sarti et al., 2015 in bijlage).
- c) Deze paragraaf geeft een samenvatting van de belangrijkste resultaten. Hierbij is een verwijzing naar de volledige beschrijving van de resultaten met paginanummers aangegeven.

Tijdens de pilot zijn in acht gemeenten op 10 locaties groepen uitgevoerd. De GGD/JGZ en de school zijn de meest belangrijke verwijzers naar LEFF (p33). Gemiddeld zijn er 12 gezinnen per locatie gestart (n=102 gezinnen). De kinderen waren gemiddeld 9 jaar oud, 28% had overgewicht en 69% obesitas. Ook de meeste ouders waren te zwaar (26% overgewicht, 56% obesitas). De helft van de ouders was laag opgeleid en twee-derde had een niet-Nederlandse culturele achtergrond. Deze resultaten laten zien dat deze doelgroep, in aandachtswijken van gemeenten, bereikt kan worden.

Belangrijkste succesfactoren waren:

- De lokale coördinatoren waren over het algemeen positief over het programma en de uitvoering ervan (p35):
- De uitvoerende teams zijn positief over de behandelde thema's, groepsgesprekken met ouders, materialen, locatie, coördinatie en uitvoering (p37).
- Ook zijn zij positief over de training (gemiddeld cijfer 9,2, p32).
- De deelnemers beoordeelden de verschillende programmaonderdelen en activiteiten van LEFF ook als positief (94% van de gegeven antwoorden was positief, bij de ouders was dit 95%, p48-49).
- In de focusgroepen (Sarti et al., 2015) spraken ze positief over het werken in groeps- en gezinsverband, de behandelde thema's, de beweegactiviteiten (ze vonden het belangrijk en leuk), het ondersteunend materiaal (ze vonden de handboeken waardevol met veel handvaten, waarbij soms wat extra toelichting van de coach nodig is. Uit aanvullende analyses (n=127) blijkt dat ouders de handboeken o.a. begrijpelijk (89%) en passend bij de cultuur (87%) vonden, de opdrachten (o.a. de supermarktspeurtocht was erg leerzaam) en het werken met een doelen en beloningssysteem (ze vonden het positief, motiverend en leerzaam).

Belangrijkste aanbevelingen waren (p53-61):

- Sommige teamleden vonden de totale training te lang en er was behoefte aan praktijkervaringen.
- Er was veel variatie tussen locaties, met name wat betreft groeps grootte (range 7 – 16 gezinnen) en aanwezigheid van gezinnen (gemiddeld 60%, range 31,6% - 88,1% (p43-44)).
- Enkele coördinatoren hadden onvoldoende ervaring, waren onbekend met de wijk en mogelijke verwijzers hierbinnen of hadden onvoldoende tijd voor het stimuleren van verwijzingen naar LEFF. Dit resulteerde in weinig aanmeldingen waardoor in- en exclusiecriteria niet goed werden nageleefd (bijv. deelnemende kinderen met een gezond gewicht). Dit heeft negatieve effecten op de aanwezigheid en het groepsproces gehad.
- LEFF was op alle locaties duurder dan voorzien; het kostte meer tijd en er waren hogere uurtarieven.
- Sommige ouders vonden de twee uur durende bijeenkomsten aan het einde van de dag te lang; liever korter en vaker. Tegelijkertijd vonden ze het jammer dat er niet altijd voldoende tijd was om alle thema's goed uit te diepen.
- De mate waarin en wijze waarop invulling is gegeven aan follow-up en terugkombijeenkomsten was erg wisselend.

Opvolging belangrijkste aanbevelingen:

Er zijn verschillende aanbevelingen gedaan om LEFF te optimaliseren (p53 -61). Veel belangrijke punten hierbij zijn verwerkt in de implementatierondes vanaf 2015:

- De training voor de uitvoerder is ingekort naar 2 verplichte dagen voor de coach en 1 verplichte dag voor de beweegcoach. Daarnaast wordt de training gegeven door een oud-coach en is tijdens de beweegtraining een beweegcoach aanwezig, waardoor meer aandacht is voor de praktijk.
- Kostendekkend model is ontwikkeld, zie kosten paragraaf
- Competentieprofielen van coördinatoren en uitvoerende teamleden zijn aangescherpt
- Instroom is aangepast, middels richtlijnen in handleiding coördinatie
 - Mogelijk tot en met bijeenkomst 4
 - Groeps grootte van 8 tot 12 gezinnen worden aanbevolen
 - Aanmelding vindt via JGZ plaats
- Optimalisatie en digitalisatie van de evaluatie heeft plaatsgevonden
- Vanuit Care for Obesity gaat vanaf 2017 onderzoek plaatsvinden om verdere invulling van nazorg te ontwikkelen.
- Inhoudelijke update handleidingen, obv van eigen evaluatie, versie-update MEND en nieuwe schijf van vijf
- Handboeken: op advies van expertise centrum gezondheidsverschillen (Pharos) is de tekst van handboeken ouders simpeler geschreven.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

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

max 600 woorden per onderzoek

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

- a) van den Eynde, E., Camfferman, R., Niemer, S., Putten, L.R., Renders, C.M., Seidell, J.C., & Halberstadt, J., (submitted). The change in health-related quality of life and weight status of children with overweight or obesity aged 7 to 13 years after 10 weeks of participation in a lifestyle intervention.
- b) Een interventie studie is uitgevoerd onder 340 kinderen (7 tot en met 12 jaar) met overgewicht of obesitas en een ouder. Het merendeel van de kinderen was in Nederland geboren en 73% van de kinderen had een niet-Nederlandse etniciteit. De interventie vond plaats tussen 2014 en 2016 in 11 gemeentes op 16 locaties, wat meestal aandachtswijken waren. Metingen vonden plaats tijdens de eerste en één na laatste bijeenkomst. De PedsQL 4.0 en IWQOL-KIDS zijn gebruikt om generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven te meten. Beide vragenlijsten over de kwaliteit van leven bestaan uit verschillende elementen (schalen) wat resulteert in een totaal score (range 0 – 100). Lengte en gewicht werden door LEFF-coaches gemeten volgens gestandaardiseerd protocol. Aanwezigheid is tijdens elke bijeenkomst door het LEFF-team bijgehouden. Veranderingen in kwaliteit van leven en SDS-BMI zijn getoetst met een Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test en gepaarde t-toets.
- c) De interventie is uitgevoerd door getrainde LEFF-coaches volgens de LEFF-handleiding. Een *missing data* analyse liet zien dat de missende data willekeurig missend waren.

Na 10 weken participatie in LEFF zijn generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven en SDS-BMI statistisch significant verbeterd. De gemiddelde verandering in generieke kwaliteit van leven was 1.97, 95% CI [.51, 3.42] en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven was 2.89, 95% CI [1.45, 4.33]. De gemiddelde verandering in SDS-BMI was -0.13, 95% CI [-.15, -.10].

De daling van het SDS-BMI was vergelijkbaar met de uitkomsten van MEND (Fagg et al., 2014). Andere Nederlandse leefstijlinterventie vonden ook een dergelijke daling (Slinger et al., 2008; de Vries et al., 2010) of geen daling (Gerards et al., 2015) van het SDS-BMI.

De rol van aanwezigheid in de verandering van kwaliteit van leven en SDS-BMI is ook onderzocht. Gemiddeld waren de gezinnen 73,74% van de bijeenkomsten van aanwezig. Dit was niet geassocieerd met verandering in de uitkomstmaten. Een mogelijke verklaring hiervoor is het gebrek aan variatie in de aanwezigheidspercentages, 84% van de gezinnen was meer dan de helft van de bijeenkomsten aanwezig.

Deze studie laat zien dat deelname aan LEFF geassocieerd is met een verbeterde generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven en SDS-BMI. Toekomstige studies zijn nodig om de langetermijneffecten van deze leefstijl interventie binnen een ketenaanpak van zorg en ondersteuning te onderzoeken, evenals de kosteneffectiviteit.

- a) Niemer, S., Bruggers, C., & van den Eynde, E. (2015). LEFF 2013 t/m 2015 - Een beschrijving van de ontwikkeling, uitvoering en eerste resultaten van LEFF in Nederland. Care for Obesity & Vrije Universiteit Amsterdam.
- b) In 2014 is de pilot uitgevoerd in 8 steden in Nederland. De 10-weekse gecombineerde leefstijl interventie had als doel het behalen van een gezonder gewicht en een verbeterde generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven. Om de verandering van de kwaliteit van leven en gewichtstatus na afloop van 10 weken LEFF te meten, zijn tijdens de 1^e en de een na laatste (19^e) bijeenkomst metingen uitgevoerd. Gewicht en lengte zijn gebruikt om BMI en SDS-BMI¹¹ te berekenen met de Growth Analyser (versie 3.5). De generieke kwaliteit van leven is gemeten middels de PedsQL4.0 vragenlijst en de gewichtsgelateerde kwaliteit van leven is gemeten middels de IWQOL for Kids vragenlijst. Beide vragenlijsten over de kwaliteit van leven bestaan uit verschillende elementen (schalen) wat resulteert in een totaal score (range 0 – 100). Voor de statistische analyses zijn

¹¹ SDS-BMI is een geslacht- en leeftijdsspecifieke maat die aangeeft hoeveel standaarddeviaties een meting onder of boven de mediaan van de referentieverdeling zit. De mate van overgewicht is gecategoriseerd op basis van de afkapwaarden van Cole en Lobstein (2012).

betrouwbare data¹² van beide meetmomenten gebruikt en geanalyseerd middels gepaarde t-toetsen.

- c) In totaal zijn er 102 kinderen met de pilot gestart.

De belangrijkste resultaten

Na afloop van LEFF is een significant lagere SDS-BMI en hogere generieke en gewichtsgerelateerde kwaliteit van leven geobserveerd bij de deelnemers aan de pilot.

SDS-BMI

Bij 56 kinderen waren betrouwbare gegevens over lengte en gewicht beschikbaar op beide meetmomenten¹³. Bij aanvang had 26,8% van de kinderen overgewicht, 55,4% obesitas en 16,1% ernstige obesitas (1,8% had een gezond BMI). Het gemiddelde SDS-BMI was 2,38 aan het begin van de interventie en was gedaald met 0,14 units na afloop van de interventie ($p < 0.01$, $n=56$). Een afname van 0,14 SDS-BMI is vergelijkbaar met die van klinische programma's (Rijks, 2015).

Kwaliteit van leven - generiek

De generieke kwaliteit van leven steeg van 82,8 aan het begin van de interventie naar 84,9 na afloop van de interventie ($p < 0.05$, $n=58$). In het bijzonder is een significante toename geobserveerd op de schaal fysiek functioneren en sociaal functioneren. Wat betreft de overige schalen (emotioneel functioneren, functioneren op school en psychosociale schalen) waren de scores in de tijd gelijk gebleven.

Kwaliteit van leven - gewichtsrelateerd

De gewichtsgerelateerde kwaliteit van leven score steeg van 88,2 aan het begin van de interventie naar 90,5 na afloop van de interventie ($p < 0.05$, $n=52$). Hierbij waren de schalen lichamelijk ongemak, sociale omgeving en gezin significant gestegen. De schaal lichaamsbeeld was gelijk gebleven.

De belangrijkste punten ter verbetering

Er waren veel onbetrouwbare meetwaarden m.b.t. lengte en gewicht. Vandaar dat na afloop van de pilot een gedetailleerd stappenplan is opgesteld, waarin staat beschreven dat alle metingen minimaal twee keer worden uitgevoerd en een derde keer bij verschillen groter dan 0,5 kg of 0,5 cm. Ook wordt extra aandacht besteed aan deze onderdelen tijdens de training voor het team.

Verder zijn de resultaten met betrekking tot SDS-BMI en kwaliteit van leven niet gecorrigeerd voor mogelijke versturende factoren zoals het aanwezigheidspercentage. Het is aanbevolen om LEFF te optimaliseren, waarna een gedegen effectiviteits- en kosteneffectiviteitsonderzoek met een controlegroep (usual care) uitgevoerd kan worden.

LEFF is de Nederlandse versie van MEND, afgezien van kleine aanpassingen (Schijf van Vijf) om het programma goed bij de Nederlandse gebruiken en richtlijnen te laten passen, is het programma identiek aan MEND. MEND is na haar ontwikkeling in 2001 uitgebreid geëvalueerd, bijgesteld en beschreven in de literatuur. Onderstaand zijn drie effectstudies weergegeven.

- a) Sacher, P. M., Kolotourou, M., Chadwick, P. M., Cole, T. J., Lawson, M. S., Lucas, A., & Singhal, A. (2010). Randomized controlled trial of the MEND program: a family- based community intervention for childhood obesity. *Obesity*, 18(S1).

¹² Kinderen met extreme verschillen in BMI zijn uit de analyses gelaten, aangezien deze gegevens vanwege meetfouten niet betrouwbaar waren (kinderen die 'gekrompen' waren of extreem veel afgevallen).

¹³ Naar verwachting heeft de groep kinderen met missende gegevens ($n=46$) geen ander effect na afloop van LEFF behaald dan de groep zonder missende gegevens ($n=56$). Een sensitiviteitsanalyse liet namelijk geen significante verschillen zien voor leeftijd, geslacht en SDS-BMI bij aanvang tussen deze twee groepen. Ook de afkomst van de ouders heeft naar verwachting geen invloed op het behaalde effect. Er waren wel verschillen zichtbaar tussen locaties (verschil in aanwezigheidspercentages en kwaliteit registratie van BMI). Voor toekomstig onderzoek naar het effect van LEFF wordt dan ook aanbevolen om te corrigeren voor de invloed van de locatie.

- b) RCT naar de effectiviteit van MEND in Engeland. Hierin zijn kinderen (8 tot 12 jaar) met obesitas random toegewezen aan een interventie of wachtlijst controle conditie. Data is verzameld tijdens metingen op nul, zes en twaalf maanden. De uitkomstmaten waren middelomtrek, BMI, cardiovasculaire conditie, lichamelijke activiteit en inactiviteit en zelfwaardering.
- c) Uiteindelijk deden er 116 gezinnen mee. Van de participanten in de interventie groep was op de 6 maanden meting de middelomtrek z-score (-0.37) en BMI z-score (-0.24) afgenomen in vergelijking met de controleconditie. Ook zijn tussen de groepen significante verschillen gevonden in cardiovasculaire conditie, lichamelijke activiteit en inactiviteit en zelfwaardering. De gemiddelde aanwezigheid van de bijeenkomsten was 86%. Op de 12 maanden meting hadden de participanten uit de interventie groep verminderde z-scores van middelomtrek (-0.47) en BMI (-0.23) en de verbeteringen in cardiovasculaire fitheid, niveaus van lichamelijke activiteit en zelfwaardering hadden stand gehouden.
- a) Fagg, J., Chadwick, P., Cole, T. J., Cummins, S., Goldstein, H., Lewis, H., ... & Law, C. (2014). From trial to population: a study of a family-based community intervention for childhood overweight implemented at scale. *International journal of obesity* (2005), 38(10), 1343.
- b) Een evaluatie heeft plaatsgevonden onder gezinnen die tussen 2007 en 2010 deel hebben genomen aan MEND in Engeland. De uitkomstmaten waren gemiddelde verandering in BMI, gestandaardiseerde BMI aan de hand van leeftijd en geslacht (BMI Z-score), zelfwaardering (Rosenberg schaal) en psychische problematiek (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ). De uitkomsten zijn vergeleken tussen de eerste en de voorlaatste bijeenkomst.
- c) Er hadden n=13 998 families deelgenomen aan MEND. Complete data waren beschikbaar van: n=9563 families voor verandering in BMI en zBMI, n=5078 voor verandering in zelfwaardering en n=8127 voor verandering in psychische problematiek. BMI daalde met gemiddeld 0.76 kg/m ($p < 0.0001$), zBMI daalde met gemiddeld 0.18 ($p < 0.0001$). Psychische problematiek daalde ook en zelfwaardering was gestegen. In het algemeen, verbeterden de uitkomsten van de kinderen met een lage sociaal economische klasse en Aziatische achtergrond minder dan de witte kinderen.
- a) Kolotourou, M., Radley, D., Gammon, C., Smith, L., Chadwick, P., & Sacher, P. M. (2015). Long-term outcomes following the MEND 7–13 child weight management program. *Childhood Obesity*, 11(3), 325-330.
- b) Het doel was het bepalen van het lange termijn effect van MEND op verschillende uitkomstmaten (antropometrie, psychische problematiek en lichaams- en zelfwaardering). In 2011 heeft een nameting plaatsgevonden onder 165 kinderen die 2,4 jaar eerder aan MEND in Londen hadden deelgenomen. De deelnemers zijn random geselecteerd uit de 53 MEND-groepen die in 2009 hebben plaatsgevonden.
- c) De resultaten op de baseline variabelen waren niet significant verschillend tussen de geselecteerde groep en niet-geselecteerde groep kinderen. 2,4 jaar na afloop van MEND waren alle uitkomstmaten bij jongens significant verbeterd. Bij meisjes was er geen significant verschil in uitkomstmaten, behalve voor "body esteem". De gemiddelde BMI z-score was $2,72 \pm 0,59$ bij baseline en $2,70 \pm 0,60$ 2,4 jaar na afloop van MEND. Over het algemeen blijft het lichaamsgewicht van kinderen met overgewicht toenemen als er niet wordt ingegrepen. Een stabilisatie van het lichaamsgewicht op lange termijn is daarom een positieve uitkomst te noemen.

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

5. Samenvatting Werkzame elementen

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

Max 250 woorden

Maximaal 250 woorden

Inhoudelijke elementen

- Richt zich op voeding, gedrag en bewegen.
- Bevorderen van de kennis door onder andere de handboeken, opdrachten, groeps gesprekken en demonstraties.
- Bevorderen van een positieve attitude door plezier tijdens bijeenkomsten voorop te stellen, door de voor- en nadelen van bepaald gedrag te bespreken en de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag inzichtelijk te maken.
- Bevorderen van de sociale steun in het naleven van een gezonde leefstijl voor het hele gezin door lotgenotencontact tijdens de groepsbijeenkomsten en doordat de interventie in de wijk van de deelnemers wordt uitgevoerd. Daarnaast dragen de gezamenlijke doelen en de groepsbeloning bij aan de sociale verbondenheid.
- Bevorderen van de eigen effectiviteit door zelf positieve ervaringen op te doen en het stellen van haalbare doelen en bijpassende beloningen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van persoonlijke en doelen, een doelen en beloningen stickerkaart, een eet- en drinkdoelen vertelmoment, de groepsbeloning en ondersteunende materialen zoals het handboek en een contract tussen ouders en kind.
- Daarnaast zorgt de gezinsaanpak, positief opvoeden en een specifieke positieve toon van communicatie voor ondersteuning bij gedragsverandering.

Praktische elementen

- Landelijk format met lokale flexibiliteit om aan te passen aan de lokale doelgroep.
- Uitvoerders zijn personen bekend met de wijk en hebben een speciale training gevolgd (geen (para)medici).
- Er is een goede samenwerking in de wijk voor voldoende verwijzing.
- Het programma wordt uitgevoerd op een bereikbare locatie voor de deelnemers en na schooltijd.
- Maakt gebruik van verschillende materialen speciaal ontwikkeld voor de verwijzers, uitvoerders en de deelnemers.

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

6. Aangehaalde literatuur

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

Armitage, C.J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.

Athena Instituut (2014). *Kinderen over leefstijlprogramma's en LEFF*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam

ATW Overgewicht. (2010). *Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle. Eindrapport Kwalitatief Onderzoek*.

Baan-Slootweg, van der O.H. & Numann, L.A. (2011) *What's in a name? Children's preferred terms for describing obesity (poster)*. Hilversum: Merem Childhood obesity Centre Heideheuveel.

Balling, C., Schreurs, H., Renders, C., Kooiker, S., & Ameijden, E. van. (2013). Een inkijk in verhalen achter leefstijlgewoontes. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91(5), 263-269.

Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bartelink, C., Verheijden, E. (2015) *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. Binnengehaald 18-03-2016, via http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf

Beck, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press

Cardinal, B.J., Alderman, B.L. (2010) Parental Social Support and the Physical Activity–Related Behaviors of Youth: A Review. *Health Educ Behav*. Oct;37(5):621-44

Birch, L.L., Davison, K.K. (2001) Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*. Aug;48(4):893-907.

Booij, Y., van Leerdam, F., Stolte, I., Pijpers, F. & van der Wal, M. (2008). Kennis van ouders over overgewicht en gezonde voeding van kinderen. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 40, 114-118.

Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (6), 765-784.

Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M., van de Molen, H.T. (2000) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: van Gorcum.

Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., & Mardell, J. (2007). *Foresight. Tackling Obesities: Future Choices – Project Report*. London: Government Office for Science.

Dale, D. van (2016) *Werkzame elementen van voeding- en beweeginterventies – slimme combinaties van gedragsveranderingsinterventies*. TNO, in opdracht van RIVM CGL

De Vries, H., Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988) Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ. Res.* 3 (3), 273-282.

De Vries, S.I., Schokker, D.F. Galinda Garre, F. Crone, M.R. & Van der Kamp, H.J.(2010). Effectevaluatie van een multidisciplinair behandelprogramma voor jeugdigen met overgewicht: Weet & Beweeg

Deci, E., Ryan, R. (2002) *Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective, in Handbook of Self-Determination Research*", (p3-34). Rochester.

D'Haese, S., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., Deforche, B., De Meester, F., Van Dyck, D. (2016) Changes in Individual and Social Environmental Characteristics in Relation to Changes in Physical Activity: a Longitudinal Study from Primary to Secondary School. *Int J Behav Med*. Mar 18.

Fagg, J., Chadwick, P., Cole, T.J., Cummins, S., Goldstein, H., Lewis, H., et al. (2014). From trial to population: a study of a family-based community intervention for childhood overweight implemented at scale. *International Journal of Obesity*, 38(10), 1343-9.

Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E. (2013) Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*. Apr;63:48-58.

Flodmark, C.E. (2011). Chapter 37 – Psychotherapy as an intervention for child obesity. In: Bagchi, D. (Ed.) *Global perspectives on childhood obesity: Current status, consequences and prevention* (pp. 401-410). Academic press.

Gerards, S.M P.L.G. (2014). *Childhood obesity prevention: Rationale, implementation and effectiveness of the Lifestyle Triple P intervention*. Universiteit Maastricht.

Gerards, S. M., Dagnelie, P. C., Gubbels, J. S., van Buuren, S., Hamers, F. J., Jansen, M. W., . . . Kremers, S. P. (2015). The effectiveness of lifestyle triple P in the Netherlands: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 10(4), e0122240. doi:10.1371/journal.pone.0122240

Grieken, A. van. (2013). *Promotion of a healthy weight and lifestyle among children: The 'Be Active, Eat Right' study*. Erasmus MCL: University Medical Center Rotterdam. <http://repub.eur.nl/pub/50003/>.

Griffiths, L.J., Parsons, T.J., Hill, A.J. (2010) Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *Int J Pediatr Obes*. Aug;5(4):282-304.

Gemeente Amsterdam. (2015) *Amsterdamse aanpak gezond gewicht programmaplan 2015-2018*. Binnengehaald 11-02-2016, via <https://www.amsterdam.nl/gemeente/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugdzorg/amsterdamse-aanpak/nieuwsindex-gezond/alle-amsterdamse/>

Gezondheidsraad (2006) *Richtlijn Goede Voeding 2006*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/21.

Kolotourou, M., Radley, D., Gammon, C., Smith, L., Chadwick, P., Sacher, P.M. (2015) Long-Term Outcomes following the MEND 7-13 Child Weight Management Program. *Childhood Obesity*, 11(3).

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2008). *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij kinderen en volwassenen*. Via www.cbo.nl.

Mamun, A.A., Lawlor, D.A., O'Callaghan, M.J., Williams, G.M., Najman, J.M. (2005) Positive maternal attitude to the family eating together decreases the risk of adolescent overweight. *Obes Res*. Aug;13(8):1422-30.

McKinsey Global Institute (2014). *Overcoming obesity: An initial economic analysis*. [Discussion paper].

McPherson, K., Marsh, T., Brown, M., & Foresight. (2007). *Tackling Obesities: Future Choices – Modelling Future Trends in Obesity and the Impact on Health*. London: Department for Innovation, Universities and Skills.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2006). *Obesity: Guidance on the Prevention, Identification and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children*. CG43. London: NICE.

Niemer, S., Bruggers, C., van den Eynde, E. (2015) *LEFF 2013 t/m 2015 - Een beschrijving van de ontwikkeling, uitvoering en eerste resultaten van LEFF in Nederland*. Stichting VU-VUmc Vrije Universiteit Amsterdam. Via www.partnerschapovergewicht.nl

Nowak, C., Heinrichs, N. (2008) A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Sep;11(3):114-44

O'Keefke, D. Persuasion. (2016) *Theory and Research*. Sage Publications: Inc.

Oudhof, M., de Wolff, K.S., de Ruiters, M., Kamphuis, M., L'Hoir, M.P., Prinsen, B. (2013) *JGZ-Richtlijn opvoedingsondersteuning*. Via https://d11066c6yi5bt.cloudfront.net/ncj/ncj/docs/jgz-richtlijn_opvoedingsondersteuning_def.pdf

Partnerschap Overgewicht Nederland. (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Via www.partnerschapovergewicht.nl.

Partnerschap Overgewicht Nederland. (2014). *Stroomschema stepped care en matched care kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas*. Via www.partnerschapovergewicht.nl.

Petty, R.E., Fabrigar, L. R., & Wegener, D. T. (2003). Emotional factors in attitudes and persuasion. *Handbook of affective sciences* (pp 752-772). Oxford: Oxford University Press.

Prochaska, J.O. (2008) Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *MedDecisMaking*. 28(6):845-9.

Reilly, J.J., Methven, E., McDowell, Z.C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., et al. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 748–52.

Rijks, J.M., Plat, J., Mensink, R.P., Dorenbos, E., Buurman, W.A., Vreugdenhil, A.C. (2015). Children With Morbid Obesity Benefit Equally as Children With Overweight and Obesity From an Ongoing Care Program. *J Clin Endocrinol Metab*. Sep;100(9):3572-80

Ritchie, L. D., Welk, G., et al. (2005). Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do? *J Am Diet Assoc*, 105(5 Suppl 1), S70-79.

Sacher, P.M., Kolotourou, M., Chadwick, P.M., Cole, T.J., Lawson, M.S., Lucas, A. et al. (2010). Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity*, 18, S62–S68.

Sacher, P.M. (2013). *Randomized controlled trial of the MEND programme: a family-based community intervention for childhood obesity*. University College London: Institute of Child Health.

Sarti, A., Dedding, C., Niemer, S. (2015) *Kinderen en ouders over LEFF*. Amsterdam: Stichting VU-VUmc, Vrije Universiteit Amsterdam. Via, <http://www.partnerschapovergewicht.nl/>

Savelkoul, M., Van Sonderen, F.L.P. (2014) *Wat is sociale steun? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Omgeving\Sociale leefomgeving\Sociale steun, 5 juni 2014.

Schönbeck, Y., Buuren van, S. (2010). *Resultaten vijfde landelijke groeistudie*. Leiden:TNO Binnengehaald 13 januari 2016, via <https://www.tno.nl/media/1996/20100608-factsheet-resultaten-vijfde-landelijke-groeistudie1.pdf>

Sleddens, E.F., Gerards, S.M., Thijs, C., de Vries, N.K., Kremers, S.P. (2011) General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J Pediatr Obes.* Jun;6(2-2):e12-27.

Slinger, J., van Breda, E., Brouns, J., et al. (2008) Effects of a 12 week practice based lifestyle program to counteract overweight in adolescents: An intervention study. Published in doctoral thesis: Fit kids, healthy kids?!, by J Slinger. Maastricht University: Maastricht, The Netherlands, pp. 79–92.

Speetjens, P., Linden, D. van der, & Goossens, F. (2009). *Kennis over opvoeden: de vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt*. Utrecht: Trimbos-instituut

Thomas, S.L., Olds, T., Pettigrew, S., Randle, M., Lewis, S. (2014) "Don't eat that, you'll get fat!" Exploring how parents and children conceptualise and frame messages about the causes and consequences of obesity. *Soc Sci Med.* Oct;119:114-22.

Trost, S.G., Kerr, L.M., Ward, D.S., Pate, R.R. (2001) Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*. Vol. 25 Issue 6, p822. 8p.

Valcke, M. (2007) *Onderwijskunde als ontwerpwetenschap* (p 154) Gent: Academia Press

Visscher, T.L.S., van Bakel, A.M., Zantinge, E.M. *Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Persoonsgebonden\Overgewicht, 28 november 2012.

Watson, L.A., Baker, M.C., & Chadwick, P.M. (2016) Kids just wanna have fun: Children's experiences of a weight management programme. *British Journal of Health Psychology*, 21, 407–420.

7. Praktijkvoorbeeld

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

Klik hier als u tekst wilt invoeren.