

# YOUR COACH NEXT DOOR GEZOND ONDERWEG!

## Werkblad beschrijving interventie

Werkblad erkenningscommissie, versie 2022

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



## Colofon

### Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Stichting Your Coach Next Door  
Postadres: Brommelen 2, 6243CP Geulle  
E-mail: Anita.vreugdenhil@YCND.nl info@YCND.nl  
Telefoon: 0657948157

**Website** (van de interventie): [www.YCND.nl](http://www.YCND.nl) / [www.go-nl.nl](http://www.go-nl.nl)

### Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Anita Vreugdenhil  
E-mail : Anita.vreugdenhil@YCND.nl  
Telefoon : 0657948157

### Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Anita Vreugdenhil, Lisanne Arayess  
Titel interventie: Your Coach Next Door/GO!  
Databank(en):  
Plaats, instituut: Stichting Your Coach Next Door, Brommelen 2,  
6243 CP Geulle  
Datum: november 2024

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	7
1.3 Aanpak .....	8
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>17</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>22</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>34</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	34
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	36
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>40</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>41</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>44</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

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

De gecombineerde leefstijlinterventie Your Coach Next Door (YCND), en de vergelijkbare interventie Gezond Onderweg (GO!), samen YCND/GO!, gaan uit van laagdrempelige en effectieve methode waarbij kinderen met overgewicht of obesitas en hun gezin in contact worden gebracht met een coach dicht bij huis. Deze coach heeft een specifieke opleiding gevolgd en begeleidt individuele gezinnen volgens een programmatische aanpak bij aanpassing van leefstijl en hulp bij het veranderen van factoren die een ongezonde leefstijl in de weg staan of onderhouden. Eventueel aanwezige belemmerende factoren die de leefstijlinterventie in de weg kunnen staan, worden voorafgaande geïnventariseerd. De coach leidt toe naar ondersteuning indien wenselijk. De leefstijlinterventie heeft een duur van twee jaren. Multidisciplinair overleg, opstellen van een plan van aanpak, frequente gesprekken met kind/gezin en evaluaties maken onderdeel uit van de interventie. Er wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten, een topic lijst, een digitale portaal 'MijnYCND', een gesprekstarter. YCND en GO! zijn geïntegreerd tot 1 aanpak.

## **Doelgroep – max 50 woorden**

De interventie is bedoeld voor alle kinderen in de leeftijd van 2 tot 18 jaar met overgewicht of obesitas

## **Doel – max 50 woorden**

Kinderen hebben een gezonder gewicht (BMI z-score), wat een bijdrage levert aan het verkleinen van daarmee geassocieerde (risico's op) chronische ziekten, en aan een verbetering van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

## **Aanpak – max 50 woorden**

De leefstijlinterventie YCND/GO! is onderdeel van een totaal programma waarin factoren die een gezonde leefstijl belemmeren worden geëvalueerd en zo nodig ondersteunend aanbod vanuit een netwerk wordt ingezet voor, tijdens en na de leefstijlinterventie. Aanvullend worden kinderen/gezinnen individueel begeleid bij aanpassing van leefstijl gedurende 2 jaren. Multidisciplinair overleg, specifieke materialen, evaluaties, plan van aanpak, thema's en gesprekstechnieken zijn onderdeel van de interventie.

## **Materiaal – max 50 woorden**

Een handboek en digitaal portaal 'MijnYCND' ondersteunen professionals in de uitvoering door de gestructureerde omgeving met modules en bijbehorende afspraaktypes. Bij aanvang en jaarlijks wordt op gestructureerde wijze informatie verzameld (oa met vragenlijsten) op basis waarvan een gepersonaliseerd plan van aanpak wordt opgesteld. Een topic lijst helpt professionals om casuïstiek gestructureerd te bespreken. Er zijn diverse programmaspecifieke gespreksmaterialen.

## **Onderbouwing – max 150 woorden**

17% van de Nederlandse jeugd 2-25 jaar heeft overgewicht, en 4% van de kinderen 2-12 jaar heeft obesitas. Kinderen met overgewicht en obesitas hebben al op jonge leeftijd een groot risico op ziektes zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, leververvetting, een

lagere levensverwachting en lagere kwaliteit van leven. De maatschappelijke kosten in Nederland zijn hoog. Behandeling kan obesitas en de gevolgen verminderen. Een gecombineerde leefstijl interventie aangepast aan individuele behoeften van het kind/gezin waarin ook aandacht is voor bevorderende/belemmerende factoren is de aanbevolen behandeling. YCND en GO! zijn multidisciplinaire, gezinsgerichte programma's waar een gecombineerde leefstijlinterventie integraal onderdeel uit maakt van een totaal programma dat wordt uitgevoerd in de context van een netwerk. De interventies YCND en GO!, samen YCND/GO!, volgen de aanbeveling om de interventie te richten op voeding, beweging, slaap en ontspanning. De professionals maken gebruik van motiverende gesprekstechnieken, en ondersteunen het gezin met het opstellen van doelen. Onderzoek heeft aangetoond dat YCND en GO! gezondheidswinst opleveren voor kinderen op verschillende niveaus. De gepresenteerde effectiviteitsstudies betreffen het totale programma.

# 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 interventie is bedoeld voor alle kinderen in de leeftijd van 2 tot 18 jaar met overgewicht of obesitas.

#### **Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

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

De intermediaire doelgroepen bestaan uit:

- Ouders en broertjes/zusjes van de kinderen die deelnemen aan de leefstijlinterventie YCND/GO!.
- Uitvoerende professionals; kinderleefstijlcoaches (KLSC) en centrale zorgverleners (CZV). Zij worden opgeleid om de YCND/GO! interventie te kunnen uitvoeren en kinderen met overgewicht en hun gezinnen te begeleiden.

#### **Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

Kinderen worden geselecteerd als zij voldoen aan de criteria voor overgewicht of obesitas. Overgewicht en obesitas wordt vastgesteld met behulp van de Body Mass Index (BMI = Gewicht (kg)/ lengte (m)<sup>2</sup>). Voor kinderen van 2 tot 18 jaar zijn er voor obesitas internationaal geaccepteerde afkapwaarden van de BMI vastgesteld. Deze zijn leeftijd- en geslachtsspecifiek (CBO richtlijn Obesitas, 2010, Addendum 2011). De BMI afkappunten voor kinderen naar leeftijd en geslacht komen overeen met die van op volwassenen leeftijd een BMI van 25 resp. 30 kg/m<sup>2</sup>. Er zijn geen andere inclusie- of exclusiecriteria voor deelnemende kinderen/gezinnen. Betrokkenheid van zo veel mogelijk gezinsleden/verzorgers is wenselijk maar geen verplichting voor deelname. CZV en KLSC worden geselecteerd op basis van hun opleiding en profiel (zie onderdeel 'Opleiding en competenties van de uitvoerders')

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

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

Kinderen en gezinnen worden voortdurend betrokken bij de ontwikkeling en doorontwikkeling van de interventie. Zo wordt geëvalueerd aan welke elementen, technieken en materialen er een behoefte is bij de doelgroep. Ten tweede wordt de doelgroep betrokken bij de ontwikkeling van materialen (bijvoorbeeld de gesprekstarter, digitale portaal, etc). Ten derde wordt voortdurend geëvalueerd of elementen, technieken en materialen voldoen aan de behoefte van de doelgroep. Regelmatig worden vragenlijsten afgenomen en er zijn individuele en groepsgesprekken met de doelgroep (bijvoorbeeld m.b.t. welk activiteitsaanbod ter bevordering van een gezonde leefstijl hen aanspreekt). Er zijn en worden op verschillende momenten evaluaties gedaan naar de tevredenheid van de doelgroep. In totaal zijn minimaal 200 kinderen/gezinnen betrokken in deze evaluaties over de afgelopen jaren.

Daarnaast worden professionals en netwerkpartners voortdurend betrokken bij de ontwikkeling en doorontwikkeling van de interventie door middel van individuele gesprekken en focusgroepen en vragenlijsten. In totaal zijn minimaal 100 professionals betrokken.

Zo zijn bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van de gespreksstarter de thema's, de bewoording, kleur/vormgebruik mede bepaald door kinderen met overgewicht, en de instructie voor het gebruik ervan mede ontwikkeld op basis van de interviews met professionals zodat dit hulpmiddel aansluit bij hun behoeften.

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Kinderen hebben een gezonder gewicht (BMI z-score), wat een bijdrage levert aan het verkleinen van daarmee geassocieerde (risico's op) chronische ziekten, en aan een verbetering van de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven.

### **Subdoelen** – max 350 woorden

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

Inherent aan de persoonlijke aanpak van de YCND/GO! interventie kunnen de individuele subdoelen, die betrekking hebben op de 4 thema's voeding, beweging, slaap en ontspanning, om de hoofddoelstelling te bereiken, voor het kind/gezin variëren binnen de kaders zoals hieronder beschreven. Onderstaande beschrijving van subdoelen en thema's moet daarom, niet als uitkomstmaat, maar als kader worden gezien voor het opstellen van subdoelen van de individuele interventie. Hierbij vormen deze subdoelen nadrukkelijk onderdeel van de coaching. Individuele subdoelen op de thema's en diens uitkomsten kunnen daarmee voor een gezin een uitkomstmaat zijn. Deze worden vormgegeven in concrete (SMART) doelen door het kind/gezin (denk aan het vervangen van

suikerhoudende dranken door water of ontbijten of 4 keer per week 20 minuten wandelen, etc).

Subdoelen zijn:

1. Kinderen en hun gezinnen hebben meer inzicht in op welke leefstijlthema's en manier zij hun persoonlijke (kind/gezin) leefstijl kunnen verbeteren en hun persoonlijke doelen kunnen behalen.
2. Kinderen en hun gezinnen herkennen motivatie, psychosociale en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de (verandering in) leefstijlthema's, en kunnen hierop doelen opstellen.
3. Kinderen en hun gezinnen hebben vaardigheden om onder de psychosociale omstandigheden waarin zij verkeren (bijvoorbeeld financiële omstandigheden, gezinsproblematiek, woonomstandigheden, laag zelfbeeld, stress, etc.) hun persoonlijke doelen te behalen.
4. Kinderen en hun gezinnen herkennen signalen van terugval naar een ongezonde leefstijl en weten hoe ze hier mee om kunnen gaan.

Voor de professionals geldt:

6. CZV en KLSC hebben de kennis en vaardigheden om kind en gezin te begeleiden naar een gezondere leefstijl.
7. CZV en KLSC kunnen samenwerken binnen het lokale netwerk en weten hoe netwerkpartners kunnen worden ingezet om kind/gezin te faciliteren in het bereiken van een gezondere leefstijl.

### 1.3 Aanpak

**Opzet van de interventie** – max 300 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.

## **VOORBEREIDING**

### **Opzetten lokaal netwerk**

De daadwerkelijke leefstijlinterventie vindt plaats in Module 3. Deze module vindt altijd plaats in de context van Module 1, 2 en 4 en maakt gebruik van passend aanbod vanuit een netwerk. Voor de uitvoering van het totale programma en module 3 van YCND/GO! is het naast opgeleide professionals die de gezinnen begeleiden essentieel dat er nauwe verbindingen zijn met het nullede en eerstelijnsaanbod binnen de betreffende gemeente.

Zodra een gemeente wil starten met het aanbieden van YCND/GO!, wordt er een projectleider aangesteld die een netwerk opzet met professionals uit het zorg- en sociale domein. De ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht vormt de basis van



dit netwerk. Op de website van Kind naar Gezonder Gewicht staat beschreven welke voorbereidende stappen moeten worden doorlopen om het netwerk op te tuigen.

### **Verwijzing naar de CZV**

Een jeugdverpleegkundige, jeugdarts, huisarts of kinderarts signaleert en verwijst kinderen met overgewicht naar een CZV. De CZV is een functie die wordt uitgevoerd door professionals met een bepaald profiel en opleiding; regelmatig zijn dit jeugdverpleegkundigen of (kinder)leefstijlcoaches.

### **Brede anamnese - Module 1**

Voorafgaande aan de interventie is het essentieel dat in Module 1 een gestructureerde brede evaluatie heeft plaatsgevonden om vast te stellen of de randvoorwaarden aanwezig zijn om de leefstijlinterventie effectief te kunnen inzetten ofwel om acties uit te zetten die deze randvoorwaarden creëren. De CZV voert module 1 “Brede anamnese” uit; onderdeel hiervan zijn een kennismakingsgesprek (60 minuten) en een brede anamnese (60 minuten). Tijdens deze module wordt op gestructureerde wijze informatie verzameld over het kind/gezin. Indien gewerkt wordt met de GLI YCND/GO! wordt voorafgaande aan de interventie, en bij voorkeur al tijdens deze module, gebruik gemaakt van een specifieke set vragenlijsten die door het kind (afhankelijk van leeftijd) en ouders worden ingevuld in ‘MijnYCND’, een met hulpmiddelen (‘MijnYCND’ en gesprekstarter) ondersteund anamnese gesprek tussen de CZV en het gezin en door het opvragen van informatie bij betrokken zorgprofessionals/begeleiders. De afname van deze vragenlijsten is een essentiële voorbereiding op de interventie. Deze module 1 duurt maximaal 3 maanden.

### **Tussenfase – Module 2 (optioneel)**

Afhankelijk van de complexiteit en intensiteit van problematiek die de leefstijlinterventie in de weg staat zet een CZV een tussenfase in (Module 2) (duur max 6 maanden) bestaande uit een MDO, een startconsult (45 minuten), een evaluatieconsult (30 minuten) en monitoring/coördinatie/communicatie (60 minuten) waarin toegewerkt wordt naar het verminderen van deze factoren. Hierdoor kan de CZV een vinger aan de pols houden om te bepalen of en wanneer Module 3 kan worden ingezet.

## **UITVOERING**

### **Behandel- en onderhoudsfase – Module 3**

Tijdens de leefstijlinterventie van YCND/GO! kan in Module 3 aan het gezin een KLSC worden toegewezen. Ook de CZV blijft in dat geval in Module 3 betrokken bij het gezin voor het coördineren van het hulpaanbod en opvolging van de stappen die het kind/gezin maakt. De KLSC werkt volgens een programmatische aanpak bij aanpassing van leefstijl en hulp bij het veranderen van factoren die een ongezonde leefstijl in de weg staan of onderhouden. Module 3 heeft een duur van 2 jaren. In het eerste jaar, de behandelfase van deze module, vindt een MDO plaats waarin de eventueel bij het kind/gezin betrokken zorgprofessionals/begeleiding (zoals diëtist, psycholoog, arts, fysiotherapeut, school) worden uitgenodigd. In het eerste jaar heeft de KLSC een intakegesprek (60 minuten) met

kind en gezin om kennis te maken. De KLSC stelt samen met het gezin het plan van aanpak op en stelt samen de doelen en prioritering vast (consult 45 minuten). Vervolgens zijn er maandelijks reguliere gesprekken (30 minuten, ca 10 consulten). Het tweede jaar, de onderhoudsfase, start met opnieuw een brede anamnese (60 minuten), gevolgd door een MDO en het bespreken van het nieuwe plan van aanpak (45 minuten). Vervolgens zijn er 2-maandelijks reguliere gesprekken (30 minuten, ca 6 consulten). Aan het einde van het tweede jaar van Module 3 is er een eindevaluatie en eindgesprek (60 minuten). De CZV blijft in het eerste en tweede jaar Module 3 betrokken voor monitoring/coördinatie/communicatie (respectievelijk 60 en 22,5 minuten).

## **OPVOLGING**

### **Begeleidingsfase – Module 4**

De leefstijlinterventie wordt gevolgd door een begeleidingsfase die maximaal 12 maanden duurt en waarin er de mogelijkheid is om 6 gesprekken en een eindgesprek van 30 minuten plaats te laten vinden. Hierin wordt gewerkt aan terugvalpreventie. Er is ca 30 minuten inzet voor monitoring/coördinatie/communicatie in deze fase.

Onafhankelijk van wie de uitvoerder is van module 1, 2, 3 en 4 (een centrale zorgverlener of KLSC, en of dit 1 of 2 verschillende personen zijn), deze onderdelen zijn essentieel.

Bij alle gesprekken (Module 1 t/m 4) zijn in principe kind en gezinsleden aanwezig, echter afhankelijk van leeftijd en situatie kunnen de gesprekken ook plaatshebben met uitsluitend ouders of uitsluitend kind. In het traject worden zo veel mogelijk gezinsleden/verzorgers betrokken. Deelname van gezinsleden is geen verplichting; ook als gezinsleden niet willen participeren in de gesprekken richt de interventie zich op verbetering van leefstijl in het gehele gezin.

### **Toelichting: YCND en GO!**

Verschillen tussen de interventies zoals deze uit wordt gevoerd door YCND (in het MUMC+ en in Limburg) en GO! (in Gelderland) zijn met name dat de GO! interventie wordt uitgevoerd door 1 professional (de kindergezondheidscoach) die op dit moment alle modules uitvoert en dus zowel de rol van CZV als KLSC vervult, en uiteraard de regio's waarin deze worden uitgevoerd. GO! en YCND zijn in de basis dezelfde interventie met dezelfde werkzame elementen:

- brede evaluatie,
- gezinsaanpak,
- mogelijkheden voor verbetering per kind/gezin vast stellen,
- randvoorwaarden creëren voor een gezonde leefstijl,
- gebruik maken van een lokaal netwerk,
- inhoud; voeding, beweging, slaap en ontspanning
- multidisciplinair overleg,
- motiverende gesprekstechnieken inzetten om gezonder gedrag te leren,

- aantal contacten,
- frequentie contacten en
- duur van de behandeling.

De GO! interventie valt sinds 2023 onder Stichting YCND. Vanwege de grote overeenkomsten in aanpak, inhoud, opbouw van de interventie en duur van de interventie, is het streven om deze interventies onder 1 naam verder te implementeren. Voor de uitrol van GO! werd een model gebruikt waarbij kennis en vaardigheden door professionals aan elkaar werden overgedragen. YCND heeft in het kader van opschaling, financiering, kwaliteitsbewaking en n.a.v. behoefte uitvoerende professionals, structuur aangebracht in de aanpak; er is een opleiding opgezet, er is een digitaal portaal 'MijnYCND' ter ondersteuning van de professionals gecreëerd alsmede beschrijvingen en hulpmiddelen van de verschillende onderdelen. Zodanig is er uniformiteit in de uitvoering, kan de kwaliteit beter geborgd worden, vindt uniforme registratie plaats (waardoor evaluaties mogelijk zijn) en is er sneller opschaling mogelijk. De coaches van GO! hebben inmiddels aanvullend de opleiding van YCND gevolgd om ook gebruik te leren maken van de ondersteunende hulpmiddelen en hen kennis te geven over de inhoud en structuur in modules, welke landelijk zijn vastgesteld in wet- en regelgeving.

### **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.*

### **Opzetten lokaal netwerk**

Belangrijke partijen die betrokken dienen te worden in het netwerk zijn zorgprofessionals (zoals huisartsen, diëtisten, psychologen, fysiotherapeuten), de jeugdgezondheidszorg, aanbieders van activiteiten binnen het sociaal domein (Bestaande uit: schuldhulpverlening, opvoedondersteuning, sport- en beweegaanbod, activiteiten op het gebied van gezonde voeding, activiteiten op sociaal-emotionele ontwikkeling, beleidsmakers binnen GGD, gemeente en provincie.

De interventie wordt uitgevoerd binnen dit netwerk. Het netwerk zelf is geen onderdeel van de interventie, echter de CZV en KLSC maken gebruik van aanbod vanuit het netwerk om i. randvoorwaarden te creëren die de interventie succesvol maken (denk aan opvoedingsondersteuning, psycholoog, maatschappelijk werk, etc) en ii. aanbod dat leefstijlverandering ondersteunt (activiteiten die lichamelijke beweging, gezonde voeding, ontspanning faciliteren zoals sportaanbod, kookworkshops, diëtist, fysiotherapie, ontspannende activiteiten) in te zetten.

Het op maat toeleiden naar aanbod in het netwerk maakt onderdeel uit van de interventie.

## **Verwijzing naar de CZV**

Kinderen met overgewicht worden gesignaleerd door een zorgprofessional zoals jeugdverpleegkundige, jeugdarts, huisarts of kinderarts. Meest frequent is dit een jeugdverpleegkundige. Deze verwijst het kind/gezin naar een CZV.

## **Brede anamnese - Module 1**

De CZV voert in de eerste module een kennismakingsgesprek uit waarin kennismaking tussen CZV en kind en gezin plaats vindt en de CZV het gezin informeert over de zorg die ze kunnen verwachten. Aanmelding in 'MijnYCND' en het online invullen van de vragenlijsten wordt besproken. Het kennismakingsgesprek wordt gevolgd door een brede anamnese welke op gestructureerde wijze plaats vindt en welke ondersteund wordt met specifieke YCND hulpmiddelen (vragenlijsten, digitaal portaal Mijn YCND, gespreksstarter). Er wordt een inschatting gemaakt van de mate waarin het kind voldoet aan de gestelde richtlijnen/normen (voeding, beweging, slaap). Er vindt eveneens een brede psychosociale verkenning plaats, waarin onder andere wordt geëvalueerd of er sprake is van psychische stress. Op basis van de verzamelde informatie en het gesprek met het kind/gezin wordt in deze fase soms een consult/advies gevraagd van een diëtist, fysiotherapeut, arts of psycholoog. Voor eventueel aanwezige belemmerende factoren die de behandelfase in de weg kunnen staan wordt op indicatie verwezen naar ondersteuning in het netwerk zoals maatschappelijk werk, pedagoog, psycholoog, arts, etc. In het multidisciplinair overleg (MDO), onderdeel van de volgende module, wordt besloten of de belemmerende factoren eerst moeten worden aangepakt en Module 2 daartoe wordt ingezet ofwel dit synchroon kan tijdens de leefstijlinterventie in Module 3.

## **Tussenfase – Module 2 (optioneel)**

Indien er belemmerende factoren zijn die eerst aandacht nodig hebben, alvorens te starten met begeleiding op leefstijl, is de tussenfase (module 2) van toepassing. Voorbeelden zijn psychische problematiek bij kind of ouders die leefstijlinterventie in de weg staan en eerst behandeling vereisen, grote levensgebeurtenissen zoals recent overlijden/ziekte van een familielid, actuele sociale problematiek zoals een echtscheiding die de belastbaarheid van kind en ouders beperken, lichamelijke problematiek/ziekte van het kind, verhuizing/wisseling school. In deze tussenfase blijft de CZV betrokken bij het kind en gezin. Vaak wordt in deze periode hulpverlening ingezet door de CZV om het probleem dat leefstijlinterventie in de weg staat te verminderen. De CZV evalueert met kind en gezin gedurende en aan het eind van de module of de externe hulpverlening toereikend is en of de start van module 3 'behandelfase' al passend is. Eventueel wordt een MDO georganiseerd door de CZV om met alle betrokken zorgverleners te beoordelen of de start van leefstijlinterventie passend is en welke aanvullende zorg er nodig is tijdens het traject.

## **Behandel- en onderhoudsfase – Module 3**

Na module 1 en eventueel 2, volgt in module 3 de behandelfase waarin begeleiding op leefstijl plaatsvindt. In Module 3 kan aan het gezin een KLSC worden toegewezen die een opleiding gevolgd heeft in de aanpak van YCND/GO!. De KLSC voert in dat geval de GLI uit van YCND/GO!. Tijdens module 3 blijft de CZV betrokken om in overleg met KLSC en eventuele andere betrokken hulpverlening bij het gezin te beoordelen of aanvullende begeleiding nodig en adequaat is en om de zorg rond het gezin te coördineren. De inzet van de KLSC stopt aan het einde van module 3. Bij kinderen met overgewicht zonder comorbiditeit kan de CZV, als deze daarvoor opgeleid is, ook zelf module 3 uitvoeren. In het MDO aan de start van module 3 worden, op basis van de verzamelde informatie over het kind/gezin, doelen van de interventie voor het kind/gezin en de prioritering daarvan, besproken en de noodzaak tot betrokkenheid van zorgprofessionals/begeleiding

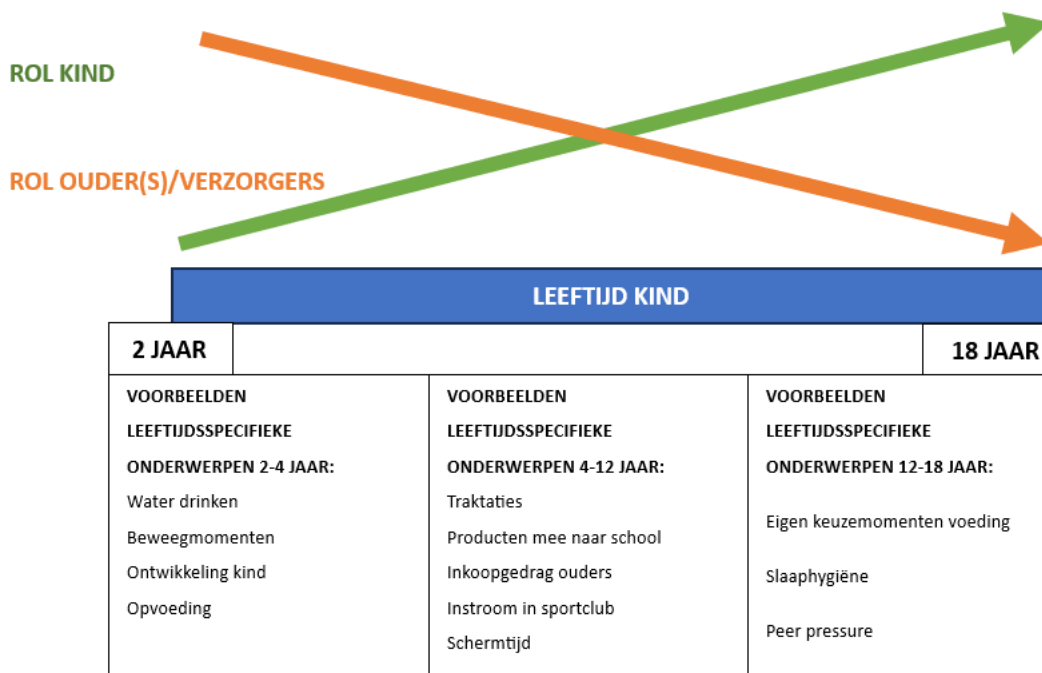
anders dan de CZV en KLSC tijdens Module 3. Afhankelijk van de situatie en voorkeur van gezin/professional kan ervoor worden gekozen het kind en/of ouders uit te nodigen voor het MDO. De KLSC heeft toegang tot de door het gezin ingevulde vragenlijsten in 'MijnYCND'. Als dit in module 1 nog niet heeft plaats gevonden vindt registratie plaats in 'MijnYCND' en worden de vragenlijsten alsnog ingevuld door het gezin.

De begeleiding tijdens de leefstijlinterventie (module 3) richt zich op de thema's voeding, beweging, slaap en ontspanning. De nadruk ligt op het aanleren van gezondheidsvaardigheden om duurzaam resultaat te boeken. In het traject van YCND/GO! worden, naast het kind, zo veel mogelijk gezinsleden/verzorgers betrokken. Deelname van gezinsleden is geen verplichting; ook als gezinsleden niet willen participeren in de gesprekken richt de interventie zich op verbetering van leefstijl in het gehele gezin. Met het gezin wordt gezocht naar kansen en mogelijkheden om leefstijl te verbeteren. Ingezet wordt op het verbeteren van de leefstijl van het gehele gezin. Tevens wordt met gezinsleden besproken op welke manier zij het kind en elkaar kunnen steunen in het verbeteren van leefstijl. Consulten kunnen plaatsvinden in de thuissituatie, waarbij ernaar gestreefd wordt om minimaal eenmalig een huisbezoek te doen. De begeleiding door de KLSC vindt plaats op een positieve manier, gericht op het vergroten van motivatie en het aanleren van gezondheidskennis en -vaardigheden.

De KLSC en CZV houden rekening met de leeftijd van het kind en de leeftijdsgebonden rol die ouders/verzorgers hebben. De KLSC en CZV leren tijdens de opleiding YCND/GO! over leefstijl tijdens verschillende leeftijdsfasen en met welke leeftijdsgebonden factoren m.b.t. leefstijl rekening moet worden gehouden. Dit komt tot uiting in bijvoorbeeld de aanwezigheid tijdens een consult, en de thema's die besproken worden. Omdat ieder kind uniek is, zijn er geen sterk afgegrensde voorwaarden voor de KLSC hoe hier mee om te gaan. Wel geldt dat over het algemeen, bij zeer jonge kinderen vóór de basisschoolleeftijd de gesprekken alleen met ouders zullen plaatsvinden. Een eventueel aanwezig kind zal vaak aan het spelen zijn in dezelfde ruimte.

Bij kinderen op de basisschoolleeftijd wordt in toenemende mate het kind zelf betrokken in de gesprekken, en de doelen die worden opgesteld. De CZV of KLSC kan zelf kiezen of de gesprekken worden gevoerd met het kind en de ouders gezamenlijk, of dat voor bepaalde thema's alleen met de ouders wordt gesproken. Denk bijvoorbeeld aan doelen op het gebied van opvoeding of belemmeringen bij een ouder waaraan gewerkt wordt. In het geval van andere personen die een grote rol spelen in de leefstijl van het kind (zoals een betrokken opa of oma die een rol heeft in de opvoeding) zal worden aangemoedigd dat diegene ook aanwezig is.

Vanaf de middelbare schoolleeftijd wordt de regie van het gesprek meer en meer gelegd bij de jongere. De jongere wordt aangemoedigd de agenda van het gesprek en acties zelf te bepalen. Nieuwe onderwerpen zullen onderdeel uitmaken van de begeleiding, afhankelijk van de mate waarin dit speelt bij de jongere, zoals 'peer pressure', zelf producten kopen, vervoer naar school en vrijetijdsbesteding. De professional maakt deze onderwerpen bespreekbaar, en helpt de jongeren om met specifieke situaties om te gaan door hier doelen voor op te stellen. Ook kan de CZV en/of KLSC er, in overleg met jongere en ouders, voor kiezen om enkele gesprekken enkel met de jongere te voeren.



Nav een multidisciplinair overleg aan de start van Module 3 waarin bij het gezin betrokken hulpverleners aanwezig zijn, en waarin de informatie die in Module 1 is verzameld wordt besproken, plus de informatie obv de vragenlijsten in 'MijnYCND', maakt de KLSC een plan van aanpak. Het plan van aanpak beschrijft doelstellingen met bijbehorende acties gericht op een duurzame leefstijlverandering. De persoonlijke doelstellingen volgen logisch uit de resultaten van de vragenlijsten, informatie volgend uit het anamnese gesprek en eventueel advies van betrokken zorgprofessionals. In overleg met kind en gezin worden prioriteiten gesteld in de doelstellingen en benodigde leefstijlveranderingen. Er is aandacht voor kleine stap-voor-stap veranderingen passend bij het kind en gezin, om uiteindelijk tot duurzame leefstijlveranderingen te komen. Het nastreven van kleine succeservaringen kan de motivatie vergroten en leiden tot grotere succeservaringen. Tijdens de consulten wordt gebruik gemaakt van motiverende gesprekstechnieken door de KLSC. Uitgangspunt is een positieve en coachende benadering gericht op (het beteren van) gezondheid en vergroten van zelfredzaamheid. Doel hierbij is het vergroten van het zelfmanagement en de gezondheidsvaardigheden van het kind en gezin. Ook gebruikt de KLSC de gespreksstarter en gesprekskaarten. Als er op veel gebieden problemen spelen, worden niet alle leefstijlthema's tegelijk aangepakt. De aanpassingen in leefstijl m.b.t. de verschillende thema's volgen elkaar op en het gezin kan succes ervaringen op doen in het nemen van kleine stappen. Het kan daardoor voorkomen dat de nadruk van de behandeling tijdelijk ligt op één bepaald thema (bijvoorbeeld voeding, beweging, ontspanning of slaap). De nadruk op een bepaald thema kan gedurende de behandeling verschuiven. Hoewel de interventie zich richt op het bevorderen van leefstijl binnen alle thema's, wordt op maat gekozen voor de mate van aandacht die aanvullende onderwerpen krijgen tijdens de interventie, passend bij de individuele doelstellingen in het plan van aanpak van het kind/gezin. Inherent aan deze persoonlijke aanpak kunnen de individuele subdoelen dus variëren tussen de deelnemers. De professional bepaalt op basis van de inventarisatie mogelijke verbeterpunten en samen met het gezin waar de prioriteiten en wensen liggen, en verwerkt dit in het plan van aanpak. Daarnaast heeft de professional juist ook aandacht voor leefstijlgedrag dat al voldoet aan de richtlijnen, bijvoorbeeld door middel van gesprekstechnieken (zoals bevestigen en reflecties). Hiermee kan het inzicht van het gezin worden vergroot in de helpende en belemmerende

factoren in dit gezin voor het aanpassen, en volhouden van gezond gedrag. Thema's kunnen dus nooit volledig worden weggelaten en hebben altijd een rol in de persoonlijke interventie.

Thema's die aan bod komen in de gesprekken tijdens Module 3 en 4:

**ALGEMEEN:**

De KLSC/CZV:

- evalueert blijvend belemmeringen in het gedrag van het kind en gezin alsmede andere psychosociale (omgevings)factoren waardoor leefstijlveranderingen niet of moeizaam plaats kunnen vinden (zoals armoede, pedagogische problemen, onveiligheid, cultuur, ouder-kind relatieproblemen, partnerrelatie problemen).
- evalueert blijvend de motivatie van het kind en gezin om leefstijlveranderingen toe te passen.
- laat het kind/gezin blijvend wensen en doelen verwoorden, en laat daaropvolgend doelen en benodigde acties formuleren.
- gebruikt motiverende gespreksvoering om kind en gezin inzicht te geven in leefstijl van kind en gezin en om motivatie te vergroten om leefstijlveranderingen toe te passen.
- heeft aandacht voor de interactie van kind met gezin en omgeving, bijvoorbeeld zelfvertrouwen en pestgedrag op school
- geeft kind/gezin inzicht in terugval, factoren die daarop van invloed zijn en welke acties helpend zijn om terugval te voorkomen. Er wordt door de CZV met het gezin een terugvalpreventieplan gemaakt.
- vergroot pedagogische vaardigheden van ouders, welke leefstijlveranderingen in de weg staan. Voorbeelden hiervan zijn beloningen/straffen met voeding of toezicht op schermtijd. Het gezin vult bijvoorbeeld samen met de KLSC een doel voor de komende tijd in op een sticker-beloning kaart. Ook ondersteunt de KLSC ouders in het positief bekrachtigen van kinderen bij gezond gedrag.

**VOEDING:**

De interventie gericht op voeding werkt toe naar een gevarieerd en gestructureerd eetpatroon bestaande uit producten uit de Schijf van Vijf met aandacht voor portiegrootte en (de vermindering van) ongezonde producten welke buiten de Schijf van Vijf vallen, zoals gesuikerde (fris)dranken en energierijke tussendoortjes.

De KLSC:

- brengt de kennis over gezonde voeding bij kind en gezin in kaart en vermindert kennislacunes over gezonde voeding en leert het kind/gezin vaardigheden met betrekking tot het lezen van etiketten.
- werkt stap voor stap met kind/gezin aan een gezond voedingspatroon.
- Stapsgewijs belegt de KLSC de regie voor het aanpakken en zelf oplossingen zoeken ten aanzien van het voedingsgedrag bij het kind en gezin.
- leert het kind/gezin hoe gebruik te maken van lightproducten en zich te houden aan bij de leeftijd passende portiegrootte.
- motiveert het kind/gezin richting een volwaardig en gestructureerd eetpatroon door gebruik te maken van motiverende gespreksvoering en tools van het Voedingscentrum.
- bereidt het kind/gezin voor op risicomomenten, zoals omgaan met feestjes, vakanties en traktaties.
- signaleert samen met kind/gezin psychosociale factoren die eetgedrag en -patronen beïnvloeden, zoals emotioneel en extern eten, eetbuien en peer pressure en ondersteunt het kind/gezin hoe hier mee om te gaan.
- leidt toe naar aanbod/activiteiten op het gebied van voeding die plaatsvinden in de gemeente zoals supermarkt workshops, kookworkshops, smaaklessen, etcetera. De KLSC wordt hierover geïnformeerd door de lokale projectleider.

**BEWEGING:**

De KLSC:

- leert het kind/gezin de gezondheidsvoordelen van meer beweging en motiveert kind en gezin richting meer dagelijkse beweging in hun eigen woon-/leefomgeving, zoals lopen en het gebruik van fiets en het stimuleren van buiten spelen. De KLSC leert ouders/verzorgers (opvoed)vaardigheden en manieren (oa samen bewegen) die het kind dagelijks stimuleert om te bewegen.
- motiveert kind en gezin richting bestaand sportaanbod in de wijk. De KLSC wordt hierover geïnformeerd door de lokale projectleider.
- zoekt met kind/gezin naar regulier sportaanbod dat past bij de wensen en mogelijkheden van het kind in de regio en help het kind daarnaartoe te leiden. De KLSC kan intermediairen bij de kennismaking met het sportaanbod. De KLSC wordt hierover geïnformeerd door de lokale projectleider.
- vermindert sedentair gedrag, door educatie en motivatie. Hierbij verdient het reduceren van beeldschermgebruik bijzondere aandacht.
- indien regulier sportaanbod niet mogelijk, passend of gewenst is helpt de KLSC bij de inzet van bijzonder of aangepast sportaanbod, inzet van buurtsportcoaches of inzet van Jeugdfondsen.

**SLAAP EN ONTSPANNING:**

De KLSC heeft gedurende de behandeling bijzondere aandacht voor:

- Het slaapgedrag van het kind. Hierbij wordt uitleg gegeven over de invloed van voldoende slaap van goede kwaliteit op de gezondheid van het kind. Er is aandacht voor slaaphygiëne (rustnemen voor het slapen gaan, niet eten/drinken voor het slapen gaan, avondritueel en vaste bedtijd, de slaapomgeving). Kind/gezin krijgen mogelijkheden aangereikt hoe de slaap hygiëne te verbeteren.
- Stress en ontspanning. Kind/gezin leert stress herkennen en de invloed daarvan op leefstijl voor het individuele kind.
- Kinderen leren zich concentreren op het gevoel in hun lichaam en leren genieten van een ontspannen gevoel, bv door ontspanningsoefeningen. Hiertoe leert de KLSC het kind/gezin op maat bijvoorbeeld ademhalingsoefeningen/meditatie/mindfulness toe te passen, verwijst naar online oefeningen en naar activiteiten/aanbod zoals mindfulness, yoga, ezelt therapie, etcetera in de regio. De KLSC wordt hierover geïnformeerd door de lokale projectleider.

## Begeleidingsfase – Module 4

In de begeleidingsfase (module 4) wordt de zorg door de CZV (zo mogelijk) verder afgebouwd en werkt de CZV met het gezin aan zelfmanagement en terugvalpreventie. Ten laatste aan de start van module 4, frequent al in het tweede jaar Module 3, wordt een terugvalpreventie plan gemaakt samen met het gezin. Hierin worden risicomomenten voor terugval benoemt en de acties/vaardigheden die op die momenten van toepassing zijn voor het kind/gezin. Ook wordt een signaal-persoon benoemd die het kind/gezin in de toekomst kan helpen bij terugval. Dit is iemand in de directe omgeving van het kind zoals familie, burenkring, vriendenkring, iemand op school.

Voor de uitvoering ondersteunt een handboek de CZV en KLSC, en dient als naslagwerk voor de informatie uit de opleiding (modules, afspraaktypes, achtergrond doelgroep, en doelen van de interventie). Daarnaast helpt een topic lijst professionals om gestructureerd casuïstiek te bespreken met andere zorgprofessionals zodat integraal en objectief over het kind wordt gesproken. YCND/GO! Gespreksstarter en YCND/GO! Gesprekskaartjes ondersteunen de professional in de gespreksvoering rondom gewicht en leefstijl, het gebruik van motiverende gespreksvoering en een persoonlijke benadering.

Ook gebruiken professionals een digitaal portaal 'MijnYCND' waarin vragenlijsten worden ingevuld door het gezin, de CZV/KLSC een korte registratie invullen van elk contact met het kind/gezin. Het portaal kan door kind/gezin en professionals gebruikt worden voor:

- Het verkrijgen van inzicht in huidige en gewenste leefstijl en kwaliteit van leven;
- Het verkrijgen van inzicht in bevorderende en belemmerende factoren voor een gezonde leefstijl;
- Het opstellen van doelen in een plan van aanpak;
- Evaluatie (zie hieronder).

Professionals worden door de portaal ondersteund in de uitvoering door de gestructureerde omgeving met modules en bijbehorende afspraaktypes. Ook kan de portaal gebruikt worden voor het declareren van zorg bij de zorgverzekeraar.



## 2. Uitvoering

**Materialen** – max 200 woorden

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

### **Uitvoering:**

- Handboek dat de uitvoerende professionals ondersteunt.
- Een topic lijst om gestructureerd casuïstiek te bespreken met andere professionals voor gebruik door de CZV of KLSC tijdens de MDO's.
- Digitale portaal 'MijnYCND'.
- YCND/GO! Gespreksstarter
- YCND/GO! Gesprekskaartjes

Er is aandacht voor subgroepen deelnemers: doordat er automatisch alleen vragenlijsten klaarstaan die passen bij de leeftijd van het kind, en het aantal betrokken ouders. Ook zijn de vragenlijsten beschikbaar in diverse talen, zodat kind/gezin de vragen in hun eigen taal kunnen lezen. In geval van gezinnen met een migratieachtergrond, en zeker wanneer sprake is van een taalbarrière, worden deze waar mogelijk verwezen naar een CZV en/of KLSC die deze taal spreekt, uiteraard indien beschikbaar in een regio. In geval van een taalbarrière kan ook gebruik worden gemaakt van een tolk. In de opleiding is er aandacht voor cultuurverschillen in leefstijl, opvoeding, psychische problematiek, etc.

### **Evaluatie:**

Digitaal portaal: Jaarlijks worden vragenlijsten herhaald (automatisch gekoppeld aan geregistreerde afspraaktypes) t.b.v. evaluatie (zowel op individueel als groepsniveau).

### **Werving:**

In regio's waar de interventie van YCND/GO! wordt geïmplementeerd, kunnen in samenspraak met een regionaal projectteam (informatie)folders of netwerkpresentaties worden opgesteld door het team van YCND/GO! over de aanpak, bijvoorbeeld voor betrokken netwerkpartners/verwijzers, aangepast aan de regio.

**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?*

Module 3 kan worden uitgevoerd door professionals die een opleiding gevolgd hebben in de aanpak van YCND/GO!. Contactmomenten kunnen plaatsvinden bij gezinnen thuis of in een praktijkruimte. Module 3, is onderdeel van een totaal aanpak waarbij module 1, 2 en 4 worden uitgevoerd door een CZV en de CZV ook in module 3 laagfrequent betrokken blijft. Bovendien is het wenselijk dat er verbinding is met een netwerk in de gemeente van ondersteunend aanbod (sociaal domein, gezondheidszorg, sportaanbod) en er bij voorkeur een lokale projectleider is om het contact vorm te geven en te onderhouden.

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

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

Stichting YCND verzorgt de opleiding van CZV en KLSC t.b.v. de leefstijlinterventie YCND/GO!. Module 3 kan worden uitgevoerd door professionals die een opleiding gevolgd hebben in de aanpak van YCND/GO!. De opleiding tot KLSC kent 4 opleidingsdagen. Deelnemers leren werken met de specifieke methodiek van YCND/GO!, de handleiding en bijbehorende materialen, worden geschoold in de specifieke aspecten van de leefstijl van kinderen, herhalen en/of verdiepen van motiverende gesprekstechnieken en de aandachtspunten bij kinderen, de relatie tot het gezin en leefomgeving, de specifieke bevorderende en belemmerende factoren voor een gezonde leefstijl bij kinderen. CZV/KLSC leren op basis van de op gestructureerde wijze verzamelde informatie in Module 1 en de door gezin ingevulde vragenlijsten in 'MijnYCND' een persoonlijk plan van aanpak te maken per kind/gezin. Ook wordt aandacht besteed aan de mogelijke betrokkenheid van de zorg rond kinderen/gezinnen van instanties en professionals in het zorgdomein en het sociaal domein. KLSC nemen tevens, als onderdeel van de opleiding, deel aan 4 intervisie-bijeenkomsten om de kwaliteit te borgen. CZV en KLSC die opgeleid zijn in de methodiek van YCND/GO! worden ondersteund vanuit een programmteam en op de hoogte gebracht van ontwikkelingen. Het programmteam en de docenten in de opleiding zijn ervaren met de interventie in de praktijk. Volgens het principe van beroepspraktijkvorming gaan CZV en KLSC die gestart zijn aan de opleiding aan de slag in de praktijk om werkprocessen en vaardigheden te oefenen. De opleiding tot CZV YCND/GO! is een 3 daagse opleiding welke wordt aangeboden vanuit stichting YCND. Na de 3 dagen opleiding volgen er 4 intervisies. Er is nascholingsaanbod voor KLSC en CZV.

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

De kwaliteitsbewaking van de interventie start met de opleiding voor de uitvoerend professionals; CZV en KLSC. Professionals worden geselecteerd op basis van hun eerdere opleidingen; op dit moment zijn dat respectievelijk jeugdverpleegkundigen en leefstijlcoaches die geregistreerd staan bij de BLCN. Tijdens de opleiding wordt hun voortgang gemonitord, zowel tijdens de fysieke opleidingsdagen en in de intervisies. Alleen professionals die de eindopdracht (2x casusbeschrijving + opname eindgesprek + zelfreflectie) voldoende hebben afgerond, en 100% aanwezigheid hebben gehad, kunnen als CZV in de praktijk functioneren of als KLSC de interventie uitvoeren. Er is regelmatig contact met de uitvoerende professionals, bijvoorbeeld in de intervisies en nascholingen. Hierin wordt geëvalueerd waar zij behoefte aan hebben. Dit wordt door het programmteam uitgewerkt (bijvoorbeeld in nascholingen, oefendagen of materialen). Uitvoerders van de interventie YCND/GO! kopen een licentie waarmee zij gebruik kunnen maken van het digitaal portaal Mijn YCND en nieuwe materialen, met (deels verplichte) nascholingsmomenten en intervisies. In de nascholingsmomenten vindt verdieping plaats op kennis aangeboden in de opleiding en aanvullende onderwerpen zoals opvoeding, laaggeletterdheid, voeding en opvoeding in diverse culturen, ARFID, onveilige thuissituaties.

Het programmateam van YCND/GO! evalueert ook in het werkveld de aanpak en monitort de uitvoering. Dit gebeurt door de verzameling van geregistreeerde data (door kind/ouders en professionals) uit het digitaal portaal Mijn YCND uit vaste meetmomenten in het YCND/GO! programma, en het daaraan gekoppelde wetenschappelijk onderzoek. Op basis van de uitkomsten kunnen acties worden ondernomen. De evaluaties kunnen zowel nationaal, regionaal als op professional niveau plaatsvinden.

Omdat er sprake is van een persoonlijke leefstijlinterventie, kunnen veel factoren impact hebben op het effect ervan. Er wordt regelmatig geëvalueerd wat het effect van de interventie (in BMI z-score) is binnen diverse subgroepen met verschillende kindfactoren (zoals geboortegeslacht en leeftijd). Uitkomsten hiervan kunnen leiden tot nieuwe onderzoeksvragen binnen subgroepen waarvoor de interventie minder effectief is, en aanpassingen of aanvullingen in de interventie en opleidingen. (Referenties: Karnebeek 2019, presentatie master student bijgevoegd)

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

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

De daadwerkelijke leefstijlinterventie vindt plaats in Module 3. Deze module vindt altijd plaats in de context van Module 1, 2 en 4 en maakt gebruik van passend aanbod vanuit een netwerk. Om dit netwerk te coördineren is lokale projectleiding randvoorwaardelijk.

De leefstijlinterventie kan uitsluitend plaatsvinden indien er in een regio ook CZV werkzaam zijn die module 1, 2 en 4 kunnen uitvoeren en die laag frequent betrokken blijven in module 3.

Bovendien is randvoorwaardelijk dat CZV en KLSC gebruik maken van 'MijnYCND' en gebruik maken van nascholingsmomenten en intervisies.

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

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

Meer dan 1000 kinderen en gezinnen hebben inmiddels deelgenomen aan de leefstijlinterventie YCND/GO!. 20 CZV en 33 KLSC hebben deelgenomen aan de opleiding van YCND/GO!.

De implementatie van YCND/GO! vindt als volgt plaats:

- Er wordt lokaal een netwerk opgebouwd vanuit de ketenaanpak van Kind naar Gezonder Gewicht (onderdeel van JOGG). Deze ketenaanpak vormt de basis, waarbinnen YCND/GO! geïmplementeerd kan worden. Lokale projectleiding gaat aan de slag met de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht en mobiliseert (vanuit kennis van de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht en met ondersteuning vanuit JOGG als organisatie) een netwerk van benodigde partijen.
- Stichting YCND ondersteunt de lokale projectleiding (indien gewenst) op inhoud van het programma YCND/GO!. De lokale projectleider kan daarnaast (zoals hierboven genoemd) gebruik maken van ondersteuning vanuit JOGG, waar Kind naar Gezonder Gewicht onderdeel van is.

- In de handreiking van Kind naar Gezonder Gewicht staat beschreven hoe de aansturing van dit lokale netwerk fungeert, waar de interventie onderdeel van uit maakt. In de praktijk zien we terug dat een lokale 'kerngroep' het proces bewaakt van implementatie van volledige ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht, waar de YCND/GO! interventie deel van uitmaakt, lokaal. In dit aansturende team zijn vaak minimaal betrokken: lokale projectleider, gemeente, jeugdgezondheidszorg en gemeente. Soms ook partners van het medisch en sociaal domein, zoals het sportbedrijf van een gemeente, (para)medici en andere aanbieders van activiteiten of zorg.
- Er worden CZV en KLSC opgeleid binnen de gemeente. KLSC worden opgeleid bij stichting YCND. CZV kunnen worden opgeleid door NSPOH of Stichting YCND. Indien CZV zijn opgeleid bij NSPOH wordt een aanvullende training gevolgd over het programma YCND/GO! bij Stichting YCND.
- Al tijdens de opleiding starten de CZV en KLSC met een klein aantal begeleidingstrajecten.
- In de tussentijd werkt de lokale projectleiding aan een netwerk van aanbieders, zodat de CZV en KLSC aanbod hebben om kinderen naar toe te leiden. Het betreft zorg/hulpverlening/begeleiding, maar ook activiteiten die gezond leven vergemakkelijken, zoals beweegaanbod, kookworkshops, begeleid bezoek supermarkt, en andere activiteiten.
- Signalering van overgewicht en toeleiding naar CZV van YCND/GO! wordt door de lokale projectleiding onder de aandacht gebracht binnen het netwerk. Stichting YCND kan op maat workshops over signaleren en motiverende gespreksvoering binnen een gemeente voor netwerkpartners organiseren en toelichting geven op het programma.

### **Kosten** – max 200 woorden

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

### **Opleidingskosten Kinderleefstijlcoach**

De kosten voor het volgen van de opleiding tot KLSC YCND/GO! bedraagt momenteel € 1.375,- (inclusief BTW). Cursusmateriaal is opgenomen in dit bedrag eveneens als het gebruik van het digitaal portaal van YCND/GO! gedurende de opleiding en het eerste half jaar na het afronden van de opleiding.

### **Lidmaatschap: YCND/GO! community en licentie**

Het eerste half jaar na het afronden van de opleiding zijn er geen kosten verbonden aan het lidmaatschap aan de YCND/GO! community en het gebruik van de digitale portaal 'MijnYCND'. Daarna zijn de kosten per gebruiker (momenteel) € 300,- excl. BTW per jaar. Hiervoor krijgt de gebruiker naast toegang tot de digitale portaal, een persoonlijke pagina op de YCND/GO! website, 10 intervisies, nascholing, jaarlijks persoonlijk gesprek.

### **Kosten uitvoering interventie.**

De kosten van de KLSC voor de uitvoering van Module 3 zoals momenteel (2024) bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit bedraagt € 1124,75 incl. BTW, excl BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder. De kosten van de begeleiding door de CZV (module 1, 2 en 4), voorwaardelijk voor de interventie, bedraagt € 806,27 incl. BTW. De totale kosten per deelnemer voor het gehele traject (module 1 tm 4) zijn 1931,02 incl. BTW.

Daarnaast zijn er indirecte kosten zoals die van de projectleider in een gemeente. Aangezien jeugdverpleegkundige/zorgprofessionals in de toeleiding naar de CZV voorzien, zijn aan werving geen andere kosten verbonden.

Voor het kind/gezin is deelname aan de interventie gratis.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem – max 400 woorden

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

Steeds meer kinderen en jongeren hebben overgewicht en obesitas. 17% van de Nederlandse jeugd 2-25 jaar heeft overgewicht, en 4% van de kinderen 2-12 jaar heeft obesitas (CBS, 2023). De prevalentie is het grootst onder kinderen met een laag economische status. De problemen waarmee deze kinderen te maken kunnen krijgen, kunnen van medische aard zijn, zoals astma, chronische ontstekingen, orthopedische afwijkingen, leverziekte, diabetes mellitus of dyslipidemie (Karnebeek, 2019, Shaban 2022). De langetermijngevolgen van deze cardiovasculaire risicofactoren en het aanhouden van overgewicht resulteert in voortijdige sterfte van volwassenen die in hun vroege leven overgewicht hadden. Ze hebben bovendien een lagere kwaliteit van leven dan leeftijdgenoten zonder overgewicht. Bovendien kunnen ze ook last hebben van psychologische problemen, zoals een laag zelfbeeld, waardoor ze het risico lopen op een veel ernstiger psychosociaal probleem dat tot depressie kan leiden, evenals een verstoring van de onderwijsprestaties en sociale relaties (Shaban 2022).

Ook de maatschappelijke gevolgen zijn groot. Kinderen met overgewicht ontwikkelen vaak tot volwassenen met overgewicht. Naast een slechtere gezondheid, komen bij hen problemen voor als het vinden van een baan, ziekteverzuim, psychische problemen. De maatschappelijke kosten in Nederland zijn hoog (Hecker, 2022). De World Obesity Federation voorspelt dat de wereldwijde economische impact van overgewicht en obesitas in 2035 jaarlijks ruim 4 biljoen dollar zullen bedragen als preventie en behandeling niet zullen verbeteren.

Behandeling kan obesitas en de gevolgen verminderen. Het concept van chronische ziektemanagement (Kroes, 2007) laat zien dat ondersteuning en zorg relevant is voor de geïndiceerde preventie van overgewicht bij volwassenen en kinderen. Een gecombineerde leefstijlinterventie, aangepast aan individuele behoeften van het kind/gezin waarin ook aandacht is voor bevorderende/belemmerende factoren is de aanbevolen behandeling (Richtlijn Overgewicht en obesitas bij kinderen, 2022). Dusver bestond er geen bewezen effectieve gecombineerde leefstijlinterventie voor kinderen met overgewicht/obesitas die past binnen deze Nederlandse richtlijnen.

#### Oorzaken – max 400 woorden

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

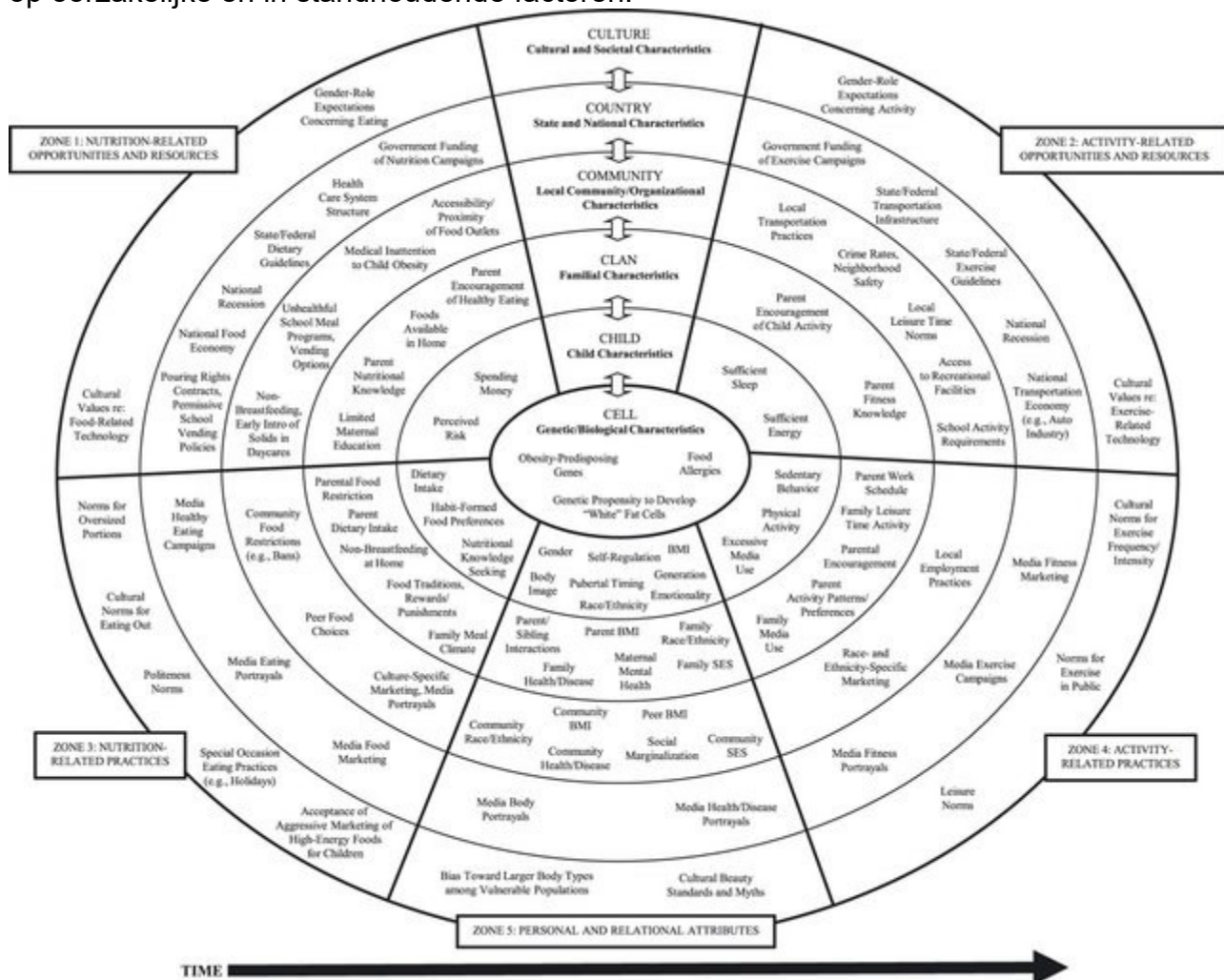
##### **De rol van leefstijlthema's; voeding, beweging, slaap, ontspanning;**

Traditioneel wordt obesitas gezien als een energie disbalans tussen energie-inname (voeding), energie verbruik (beweging) en energie opslag (Hill, 2012). Later is er ook meer aandacht gekomen voor de relatie tussen slaapdimensies (zoals korte slaapduur) en overgewicht bij kinderen (Morrisey, 2020). Daarnaast is stress, zowel bij het kind als de ouders, in diverse onderzoeken gerelateerd aan ongezondere leefstijl en ongezond gewicht van kinderen (Jang 2019, O'Connor 2017, Hill 2018).

##### **Oorzakelijke en instandhoudende factoren overgewicht bij kinderen;**

Diverse modellen geven inzicht in oorzaken en in standhoudende factoren van een ongezonde leefstijl bij kinderen, zoals het sociaal-ecologisch model (Davison&Birch, 2001)

en Six-Cs developmental ecological model (Harrison, 2011). Het laatstgenoemde, meest recente, model beschrijft vijf verschillende domeinen (*voedingsmogelijkheden, voedingspraktijken, beweging, bewegingspraktijken, persoonlijke en relationele attributen*) op verschillende niveaus; *CELL, CHILD, CLAN, COMMUNITY, COUNTRY en CULTURE*. De combinatie tussen de domeinen en niveaus leidt tot talloze factoren die kunnen bijdragen aan de oorzaak en/of instandhouding van het overgewicht bij het kind. Daarbij komt dat elk van deze factoren in het individu in meer of mindere mate een rol kan spelen, afhankelijk van bijvoorbeeld leeftijd, gezinsfactoren, omgeving en het complexe samenspel van alle afzonderlijke factoren. Dit onderstreept het belang van en noodzaak aan een persoonlijke aanpak die zich niet alleen richt op de leefstijlthema's zelf, maar ook op oorzakelijke en in standhoudende factoren.



Afbeelding afkomstig van Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood – The Six-Cs developmental ecological model (Harrison, 2011).<sup>1</sup>

### Gedragsverandering is moeilijk.

Naast de verschillende oorzaken voor het ontstaan en instandhouden van overgewicht, speelt ook de moeilijkheid van (leefstijl)gedragsverandering een rol. Over het maken van veranderingen in het leefstijlgedrag, zijn verschillende modellen beschreven die uitleggen

<sup>1</sup> Te bereiken via:

[https://www.researchgate.net/publication/227722786\\_Toward\\_a\\_Developmental\\_Conceptualization\\_of\\_Contributors\\_to\\_Overweight\\_and\\_Obesity\\_in\\_Childhood\\_The\\_Six-Cs\\_Model/figures?lo=1](https://www.researchgate.net/publication/227722786_Toward_a_Developmental_Conceptualization_of_Contributors_to_Overweight_and_Obesity_in_Childhood_The_Six-Cs_Model/figures?lo=1)

hoe veranderingen wel of niet tot stand komen. Het I-change model, combineert diverse modellen en theorieën over gedragsverandering en legt uit dat motivatie en gedragsverandering uitgaat van verschillende determinanten, namelijk 'awareness' (**bewustzijn**), 'motivation' (**motivatie**) en 'action' (**actie**). Volgens de richtlijn Overgewicht van het NCJ kan het **bewustzijn** over het probleem van overgewicht, een ongezonde leefstijl en de daarop van invloed zijnde factoren regelmatig ontbreken bij ouders. Zo beschrijven zij dat "volgens Nederlands onderzoek 34% van de ouders van jonge kinderen onvoldoende kennis heeft van de oorzaken van overgewicht, 61% van de gevolgen van overgewicht en 49% van gezonde voeding (Booij et al. 2008). Ook herkent 50% van de ouders overgewicht niet (Jansen and Brug, 2006). Daarnaast blijkt dat 87% van de ouders van kinderen met overgewicht niet bezorgd is over het gewicht van hun kind (Bossink-Tuna et al. 2009)." '**Motivatie**' gaat volgens het I-change model uit van houding, sociale support, zelfeffectiviteit en intentie. Bij kinderen en jongeren met overgewicht kan bijvoorbeeld veelvoorkomend (gewicht)sigma impact hebben op de individuele overtuigingen en houding over overgewicht. Dit kan leiden tot vooroordelen en uitsluiting (Haqq et al. 2021, Noordam & Halberstadt 2016). Dit staat leefstijlgedragsverandering in de weg. Het determinant '**actie**' beschrijft het plannen en uitvoeren van acties, vaardigheden en de invloed van barrières. Bewustzijn en motivatie hebben op hun beurt weer invloed op deze acties. Een aanpak rondom leefstijlbegeleiding aan kinderen met overgewicht en hun gezinnen moet dus rekening houden met de verschillende determinanten, bewustzijn, motivatie en acties, die ten grondslag liggen aan de leefstijlverandering.

*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?*

Aan de start van de interventie wordt een uitgebreide inventarisatie uitgevoerd op het gebied van de **leefstijlthema's** voeding, beweging, slaap en ontspanning, en de belangrijkste overkoepelende domeinen gerelateerd aan het kind (CHILD) en de familie (CLAN). Hierbij is er ook aandacht voor de omgeving van het kind, zoals de psychosociale situatie, sociale kaart, peers en financiële situatie, en culturele waarden (CULTURE, CLAN en COMMUNITY). Aan de hand van deze inventarisatie wordt vastgesteld of en op welke wijze er ruimte is voor verbetering in de leefstijlthema's (**subdoel 1**) en worden belemmerende en bevorderende factoren en motivatie inzichtelijk gemaakt (**subdoel 2**). In samenspraak met het gezin wordt onderzocht met welke (combinatie van) factoren in dit gezin het wenselijk is om aan de slag te gaan. Eventueel wordt ondersteuning ingezet door te verbinden met andere professionals in het netwerk, en eventueel de tussenfase module 2 in te zetten (COMMUNITY).

Vervolgens wordt gewerkt aan verbetering van leefstijl op de verschillende leefstijlthema's, de motivatie van kind/gezin en aan die oorzaken en in standhoudende factoren, die voor het gezin relevant zijn (**subdoel 3**). Praktisch gezien gebeurt dit door te werken aan persoonlijke haalbare concrete (SMART) doelen op leefstijlthema's en/of beïnvloedende factoren, door kind, gezin en professional gezamenlijk. De CZV/KLSC stelt een terugvalpreventieplan op met het kind/gezin dat vooruitloopt op specifieke risico momenten voor dat kind/gezin en hoe daar mee om te gaan (**subdoel 4**). Door inzet op



de subdoelen 1 t/m 4 zal uiteindelijk het hoofddoel worden bereikt; een gezonder gewicht, betere gezondheid en kwaliteit van leven.

De interventie sluit aan bij nationale richtlijnen en het nationaal model (COUNTRY). Verder geldt dat met het inrichten en implementeren van deze interventie, en de randvoorwaarden (zoals de opleiding van de professionals), wordt gewerkt aan de **subdoelen 5 en 6**. Deze beschrijven de kennis en vaardigheden van CZV en KLSC om kind en gezin te begeleiden naar een gezonde leefstijl, en de samenwerking tussen CZV, KLSC en het lokale netwerk. Ook wordt in de opleiding de brug gemaakt naar de plaats van de interventie in de landelijke aanpak van overgewicht bij kinderen (COMMUNITY).

*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.*

**Hoofddoel:**

**Kinderen hebben een gezonder gewicht (BMI z-score), wat een bijdrage levert aan het verkleinen van daarmee geassocieerde (risico's op) chronische ziekten, en aan een verbetering van de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven.**

Om het hoofddoel te bereiken, richt de interventie zich op het veranderen van gedrag m.b.t. de leefstijlthema's voeding, beweging, slaap en ontspanning. Hierbij wordt uitgegaan van wat passend en wenselijk is voor het gezin om te veranderen. Gedragsverandering is complex, en verloopt meestal in verschillende fases. (Prochaska & Velicer 1997) Het I-change model, dat diverse modellen en theorieën combineert, legt uit dat motivatie en gedragsverandering uitgaat van verschillende determinanten, namelijk 'awareness', 'motivation' en 'action'. (De Vries et al. 2017) De subdoelen voor de interventie kunnen gerelateerd worden aan de verschillende determinanten. Uitgewerkt in diverse theoretische methoden, leidt dit tot de praktische uitwerking van de aan te pakken factoren. Een samenvatting van de samenhang tussen de verschillende gevraagde onderdelen in deze beschrijving, is te vinden in onderstaand overzicht. Hierna volgt de gedetailleerde uitwerking voor de verschillende subdoelen.

## Overzicht samenhang onderdelen interventiebeschrijving

WIE EN WAT?  Beschrijving van de subdoelen	WAAROM?  Het relevante determinant uit I-change model (2017)	WAARDOOR?  De (theoretische) methoden	HOE, WAAR EN WANNEER?  De praktische uitwerking en details van aan te pakken factoren	PRAKTISCH VOORBEELD
<p><b>1. Kinderen en hun gezinnen hebben meer inzicht in op welke leefstijlthema's en manier zij hun persoonlijke (kind/gezin) leefstijl kunnen verbeteren en hun persoonlijke doelen kunnen behalen.</b></p>	<p><i>Awareness</i></p>	<p>Vragenlijsten (gevalideerd + zelf ontwikkeld) en inzicht in uitkomsten in MijnYCND;</p> <p>Uitvoeren en terugkoppelen van kennismaking, brede anamnese, intake;</p> <p>Informerende/educatie m.b.t. richtlijnen Goede Voeding, beweging, slaaphygiëne en belang ontspanning;</p> <p>Opstellen plan van aanpak;</p> <p>Motiverende gesprekstechnieken;</p> <p>Gesprekstools (gesprekskaartjes, gespreksstarter);</p> <p><i>Community engagement</i>;</p>	<p>Professional gebruikt in alle modules motiverende gesprekstechnieken om hulpvraag, kennis en inzicht op te halen.</p> <p>Opstellen passende, persoonlijke doelen op het gebied van voeding, beweging, slaap en ontspanning n.a.v. uitkomsten vragenlijsten in MijnYCND.</p> <p>Kan waar nodig informeren over richtlijnen en bronnen.</p> <p>Kan verwijzen naar aanbod/activiteiten in de gemeente (workshops, lessen, sportaanbod, buurtcoaches) of inzet Jeugdsportfonds en/of netwerkpartners.</p>	<p>“Ik weet dat mijn huidige beweeggedrag niet voldoet aan de beweegrichtlijnen passend bij mijn leeftijd. “</p> <p>“Als ik met de fiets naar school ga krijg ik meer beweging elke dag.”</p>
<p><b>2. Kinderen en hun gezinnen herkennen motivatie, psychosociale en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de (verandering in) leefstijlthema's</b></p>	<p><i>Awareness</i></p> <p><i>Motivation</i></p> <p>Met betrekking tot alle subdeterminanten <i>attitude, social influence, self-efficacy</i></p>	<p>Vragenlijsten (gevalideerd + zelf ontwikkeld) en inzicht in uitkomsten in MijnYCND;</p> <p>Zelf-monitoring;</p> <p>Vraaggesprek in kennismaking, brede anamnese, intake;</p> <p>Uitvoeren en terugkoppelen van brede anamnese;</p> <p>Motiverende gespreksvoering;</p> <p>Gesprekstools (gesprekskaartjes, gespreksstarter);</p> <p>Community engagement;</p>	<p>In de brede anamnese/intake worden verschillende psychosociale factoren uitgevraagd die van invloed kunnen zijn op de leefstijlthema's.</p> <p>Door middel van terugkoppeling en het stellen van open vragen kan zo inzicht gecreëerd worden bij het gezin, evt. met behulp van tools.</p> <p>Betrekken passend/ ondersteunend lokaal aanbod.</p> <p>Terugkijken op verloop interventie (afspraken en vragenlijsten) in MijnYCND.</p>	<p>“Er is nu geen geld thuis om naar de fitness te gaan.”</p> <p>“Ook voel ik me onzeker in een fitness centrum.”</p>

<p><b>3. Kinderen en hun gezinnen hebben vaardigheden om onder de psychosociale omstandigheden waarin zij verkeren (bijvoorbeeld financiële omstandigheden, gezinsproblematiek, woonomstandigheden, laag zelfbeeld, stress, etc) hun persoonlijke doelen te behalen.</b></p>	<p><i>Action</i> Met daarbij veel aandacht voor wisselende <i>Barriers</i></p> <p>Specifiek over <i>preceding factors</i> zoals <i>psychological en behavioral factors</i>.</p>	<p>SMART doelen;</p> <p>Gesprekstools (gesprekskaartjes, gespreksstarter);</p> <p>Anticipatie: <i>Voorbespreken van een nieuwe periode tot aan volgend consult</i>;</p> <p>Community engagement;</p> <p>Nudging;</p> <p>Motiverende gespreksvoering;</p> <p>Positieve bekrachtiging;</p> <p>Zelf-monitoring;</p>	<p>Het opstellen van een plan van aanpak met persoonlijke korte- en lange termijn doelen.</p> <p>De uitvoerend professional vraagt actief naar de voorliggende periode en situaties die van invloed zijn op de doelen.</p> <p>Evt. verwijzen naar leefstijl bevorderend aanbod.</p> <p>Gebruik 'MijnYCND'.</p> <p>In alle contactmomenten gebruikt de professional motiverende gesprekstechnieken om het gezin waar nodig inzicht te geven in hun motivatie, en te ondersteunen bij het vergroten hiervan. Dit gebeurt door het open vragen, reflecties, bevestigingen, en technieken als de schaaltechniek.</p>	<p>"Ik ga 4 x per week met mijn vader 30 minuten wandelen met onze hond. Ik voel mijn conditie beter worden en ik krijg er steeds meer vertrouwen in dat ik het kan."</p> <p>"Met behulp van het Jeugdsportfonds is mijn dochter nu ook op zwemles."</p>
<p><b>4. Kinderen en hun gezinnen herkennen signalen van terugval naar een ongezonde leefstijl en weten hoe ze hier mee om kunnen gaan.</b></p>	<p><i>Action</i> Specifiek: Het herkennen van de <i>barriers</i>, en het kunnen opstellen van plannen hoe hiermee om te gaan (<i>action planning</i>)</p>	<p>SMART doelen;</p> <p>Plan van aanpak;</p> <p>Terugvalpreventieplan;</p> <p>Motiverende gespreksvoering;</p>	<p>Opstellen terugvalpreventieplan, met als mogelijkheden de inzet van een signaalpersoon of het opstellen van implementatie-intentieplannen.</p>	<p>"Als het een drukke dag is geweest op school, heb ik geen zin om te gaan wandelen, ik ben dan moe. Ik heb afgesproken dat ik dan een vriendin bel. Zij helpt mij herinneren hoe goed ik mij voel als ik het wel doe. Dat helpt mij om toch te gaan."</p>
<p><b>5. CZV en KLSC hebben de kennis en vaardigheden om kind en gezin te begeleiden naar een gezondere leefstijl.</b></p>	<p>Met gezin werken aan <i>awareness, motivation en action</i>.</p>	<p>Motiverende gespreksvoeringstechnieken;</p> <p>SMART-doelen opstellen met gezin;</p> <p>Opleiding YCND;</p> <p>Tools (handleiding, gesprekskaartjes, gespreksstarter, MijnYCND);</p>	<p>Gestructureerde methode in modules om informatie op te halen en interventie vorm te geven.</p> <p>In de opleiding is veel aandacht voor informatie over en oefenen met basishouding en (motiverende) gesprekstechnieken.</p>	
<p><b>6. CZV en KLSC kunnen samenwerken binnen het lokale netwerk en weten hoe netwerkpartners kunnen worden ingezet om kind/gezin te faciliteren in het bereiken van een gezondere leefstijl.</b></p>	<p><i>Motivation</i> Specifiek <i>social support</i></p> <p><i>Preceding factors</i> specifiek, <i>environmental factors</i></p>	<p>Community-engagement;</p> <p>Overlegstructuren;</p> <p>Opleiding YCND;</p> <p>Taakomschrijving;</p> <p>MDO (inclusief structuur);</p> <p>MijnYCND;</p>	<p>Gestructureerde multidisciplinaire overleggen faciliteren professionals in regelmatige, gestructureerde samenwerking.</p> <p>In de opleiding leren professionals wat passend aanvullend aanbod vanuit het netwerk kan zijn. Ook wordt de functierol besproken, en die van andere betrokken netwerkpartners.</p> <p>KLSC en CZV kunnen samen in het dossier van kind/gezin in MijnYCND zodat de begeleiding goed is afgestemd.</p>	

Aan overgewicht en obesitas kunnen verschillende factoren ten grondslag liggen (zie oorzaken). Dit verklaart ook de complexiteit van interventies. Een effectieve, duurzame interventie richt zich niet enkel op het simpelweg en gestandaardiseerd veranderen van voeding of beweeggedrag bij alle deelnemers, maar houdt rekening met het bestaand leefstijlgedrag van het kind/gezin en een grote hoeveelheid beïnvloedende factoren.

## **Deel A | Subdoelen:**

- 1. Kinderen en hun gezinnen hebben meer inzicht in op welke leefstijlthema's en manier zij hun persoonlijke (kind/gezin) leefstijl kunnen verbeteren en hun persoonlijke doelen kunnen behalen**

In deel B van de verantwoording is uitgewerkt op welke leefstijlthema's (voeding, beweging, slaap en ontspanning) de interventie zich richt en de verantwoording daarvan. Voor de onderbouwing van de combinatie van leefstijlthema's verwijzen wij met name naar een uitgebreide recente literatuursearch die is uitgevoerd tbv het opstellen van de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van kinderen met overgewicht en obesitas (FMS, 2022). Deze schrijft hierover: "Een combinatie van interventies op het gebied van voeding, bewegen en gedragsverandering en behoud hiervan is effectiever dan een behandeling waarbij slechts één of twee van deze componenten worden aangeboden (Reybrouck, 1990; Schwingshandl, 1999; Woo, 2004). Ook verschillende Cochrane-studies (Colquitt 2016, Maed 2017, Al-Khudairy, 2017) laten zien dat een GLI effectief is voor de behandeling van obesitas bij kinderen en de BMI z-score verbetert. De interventie YCND/GO! volgt de Nederlandse richtlijn en de aanbeveling om de interventie te richten op voeding, beweging, slaap en ontspanning en voldoet daarmee ook aan internationale aanbevelingen.

- 2. Kinderen en hun gezinnen herkennen motivatie, psychosociale en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de (verandering in) leefstijlthema's-**

### **Psychosociale factoren**

Volgens de Nederlandse richtlijn vraagt een duurzame leefstijlverandering om ondersteuning gericht op voeding, beweging, ontspanning en slaap waarbij er ook aandacht is voor de psychosociale factoren bij ouders/verzorgers en kinderen. Zo hebben kinderen met overgewicht vaker psychosociale en psychische problemen (Van Vuuren et al. 2019). Ook zijn (met name externaliserende) gedragsproblemen, verminderd zelfvertrouwen (met name op sportieve competenties, sociale acceptatie en uiterlijk) en de aanwezigheid van sociale problemen gerelateerd aan overgewicht bij jeugdigen (NJI, Van den Hof et al. 2018). In de multidisciplinaire richtlijn wordt het belang onderstreept van aandacht voor de verschillende bijdragende psychosociale factoren bij kind en gezin, zoals geldzorgen of psychische problematiek bij ouders. Aangeraden wordt deze factoren in kaart te brengen en aandacht te geven door de professional. Psychosociale factoren hoeven een leefstijlinterventie niet in de weg te staan, ook omdat een gezond eet- en beweegpatroon zelf kan bijdragen aan een vermindering van belemmerende psychosociale factoren. (Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen).

### **Tools, vragenlijsten, motiverende gesprekstechnieken en zelf-monitoring**

Om deze factoren in kaart te brengen, te structureren en gezamenlijk met het gezin te prioriteren, wordt de professional ondersteund door tools zoals het digitaal portaal (Mijn YCND) en met vragenlijsten en gesprekstools zoals de gespreksstarter. Het digitaal portaal moet zelf-monitoring (gestimuleerd door evaluaties in de gesprekken) vereenvoudigen. Ook maakt de professional gebruik van (motiverende) gesprekstechnieken, zoals positieve bekrachtiging. (zie aanvullende uitwerking gesprekstechnieken bij subdoel 5 en 6).

## **Community-engagement**

In lijn met de aanbevelingen begint de YCND/GO! interventie met het in kaart brengen van eventueel aanwezige belemmerende factoren die de behandelfase in de weg kunnen staan, voor, tijdens of na de interventie, en wordt zo nodig verwezen naar lokale ondersteuning. Afhankelijk van de complexiteit en intensiteit van problematiek die de leefstijlinterventie in de weg staat kan eventueel een tussenfase worden ingezet. Er wordt zoveel mogelijk uitgegaan van plezier in gezonde leefstijl ('fun' element, gerelateerd aan 'nudging'), bijvoorbeeld door activiteiten passend bij de interesses van het kind (denk aan creatieve activiteiten met een link naar gezonde leefstijl of een kookworkshop in een bekend restaurant). (zie ook uitwerking community-engagement subdoel 5 en 6)

### **3. Kinderen en hun gezinnen hebben vaardigheden om onder de psychosociale omstandigheden waarin zij verkeren (bijvoorbeeld financiële omstandigheden, gezinsproblematiek, woonomstandigheden, laag zelfbeeld, stress, etc) hun persoonlijke doelen te behalen.**

#### **Interventie op maat**

De CZV/KLSC inventariseert voorafgaande aan de interventie niet alleen of er ruimte is voor verbetering op de leefstijlthema's (voldoen aan richtlijnen), maar evalueert ook of er mogelijkheden en wensen zijn bij het gezin om met de betreffende leefstijlthema's aan de slag te gaan. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een zorgvuldig samengestelde set van vragenlijsten, zowel gevalideerde vragenlijsten als zelf ontwikkelde vragenlijsten en gesprekstoetsen. Deze inschatting, in combinatie met de inventarisatie van beïnvloedende psychosociale factoren, leidt tot de prioritering en het gezamenlijk opstellen van het plan van aanpak waar veranderingen in leefstijl, alsmede het werken aan randvoorwaarden om daartoe te komen, onderdeel van zijn. Bijvoorbeeld: In het geval dat een kind vrijwel niet beweegt, maar ook veel angst en schaamte rondom beweging ervaart, kan ervoor worden gekozen te starten met een doel op het gebied van voeding waar al gedeeltelijk wordt voldaan aan de richtlijnen, om succeservaringen te creëren en de vertrouwensband op te bouwen. Deze aanpak is overeenkomstig de Nederlandse richtlijn, welke hierover schrijft: "bij de keuze van een GLI moet rekening worden gehouden met de individuele kenmerken, wensen, behoeften en mogelijkheden van kind en gezin. Dit is eveneens in lijn met bijvoorbeeld de in 2006 verschenen en in 2013 herziene NICE-richtlijn (NICE, 2013) en de in 2018 verschenen APA-richtlijn (Llabre, 2018)." De interventie YCND/GO! geeft gehoor aan deze richtlijnen en is altijd op maat, houdt rekening met individuele behoeften, mogelijkheden en omstandigheden van het gezin.

#### **SMART doelen**

*SMART is een afkorting dat staat voor specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden.* Het wordt aangeraden om persoonlijke doelen te toetsen aan de hand van dit raamwerk. Het gebruik van SMART doelen in de gezondheidszorg kan ook bijdragen om meer patiënt gericht te werken, ondersteund door de professional, in plaats van adviserend vanuit de professional. (White et al. 2020) Een secundaire analyse van een RCT uit 2023 laat zien dat kinderen in een leefstijlinterventie die succesvol hun gewichtstatus behouden of verlagen, vaker SMART doelen maken die beïnvloed worden door anderen, zoals het toepassen van richtlijnen rondom gezondheid. (Deslippe et al., 2023) Het zou dus mogelijk kunnen bijdragen aan het omzetten van de kennis van richtlijnen naar passende doelen van het kind/gezin. In deel twee van de verantwoording wordt beschreven wat de interventie nastreeft indien wij spreken over het verbeteren van voeding en/of beweeggedrag, stress en slaap en waar persoonlijke SMART doelen zich dus op kunnen richten.

### **4. Kinderen en hun gezinnen herkennen signalen van terugval naar een ongezonde leefstijl en weten hoe ze hier mee om kunnen gaan.**

In het I-change model is het plannen van volhouden van doelen ('maintenance en 'action planning' onderdeel van het determinant 'action'). (de Vries 2017) Terugvalpreventie helpt kinderen en hun gezinnen situaties te herkennen waarin het lastig is om te werken aan de eigen doelen, zoals vakanties en feesten. Het helpt ook om strategieën te ontwikkelen hoe om te gaan met deze situaties. Dit kan bijvoorbeeld door het voorbereiden van lastige situaties. Terugvalpreventie is belangrijk aan het einde van een interventie om veranderingen in leefstijlthema's in de lange termijn vol te houden. (Robinson 1999, Stewart et al. 2009)

Een manier van terugvalpreventie is het instellen van een signaalpersoon. Dit kan ook invloed hebben op de acties via het determinant motivatie (specifiek: social support). (de Vries, 2017)

- 5. CZV en KLSC kunnen samenwerken binnen het lokale netwerk en weten hoe netwerkpartners kunnen worden ingezet om kind/gezin te faciliteren in het bereiken van een gezondere leefstijl.**
- 6. CZV en KLSC hebben de kennis en vaardigheden om kind en gezin te begeleiden naar een gezondere leefstijl**

### **Opleiding YCND/GO! en tools**

Om uitvoerende professionals vaardigheden aan te leren die bijdragen aan de coachende begeleiding, worden zij in de opleiding onderwezen in verschillende (motiverende gespreks) vaardigheden en achtergrondkennis over kinderen met overgewicht. Uitvoerende professionals kunnen beter aansluiten bij kind/gezin, en daarmee de effectiviteit van de interventie vergroten. Indirect beogen we ook bij te dragen aan het verkleinen van stigma en vooroordelen over overgewicht in de zorg.

CZV en KLSC maken gebruik van een gestructureerde methode om per kind/gezin informatie op te halen die nodig is om te besluiten aan welke leefstijl thema's per gezin tijdens de interventie aandacht moet worden besteed, in welke mate, en op welk moment, en met welke persoonlijke factoren rekening gehouden moet worden en welke mogelijkheden er zijn binnen het gezin om tot die verbetering te komen. CZV en KLSC leren tijdens de opleiding hoe zij op basis van de verzamelde informatie, samen met het kind/gezin persoonlijke haalbare SMART doelen op kunnen stellen waarin rekening wordt gehouden met de omstandigheden van het gezin (financiële situatie, tijd, opvoedklimaat, opleidingsniveau, psychosociale factoren, etc) en de persoonlijke mogelijkheden van dat kind/gezin om de leefstijl te verbeteren en te behouden. Zodanig krijgt ook het kind/gezin inzicht, motivatie en vertrouwen in de mogelijkheden tot verandering van leefstijlgedrag en hoe daartoe te komen in hun persoonlijke situatie.

### **Overlegstructuren, taakomschrijving, MDO**

De interventie beschrijft een structuur voor de gepersonaliseerde aanpak, met o.a. een taakomschrijving en een hulpmiddel voor een gestructureerde bespreking van casuïstiek. Dit bevordert de samenwerking met andere professionals waar nodig. De structuur is voor de professionals continu terug te vinden in de handleiding en het digitaal portaal Mijn YCND. In de opleiding YCND/GO! wordt daarnaast ook interactief de taakomschrijving van de uitvoerende professionals besproken en bediscussieerd om samen vast te stellen wat

de taken van de uitvoerend professionals precies zijn, en om stil te staan bij de eigen ervaringen en grenzen.

### **(Motiverende) gespreksvaardigheden**

Belangrijk binnen de interventie is de rol van de professional. In literatuuronderzoek wordt benoemd dat er behoefte is aan een professional die responsief is, niet oordeelt en ouders uitnodigt om hun verhaal te vertellen (Eli, 2022). Ook geven kinderen aan dat zij graag bij gesprekken over gewicht/en leefstijl betrokken willen worden, maar hier vaak buiten gehouden worden (McPherson, 2017) Professionals zelf geven aan dat zij gesprekken over gewicht en leefstijl bij kinderen lastig vinden (Bradbury et al., 2018). Tijdens de opleiding van YCND/GO! wordt deze basishouding aan professionals aangeleerd. Bovendien wordt met hulpmiddelen en vaardigheden aangeleerd om het gesprek over gewicht, gezondheid en leefstijl met het gezin te voeren op een manier die bij hen past. Hier wordt tijdens de opleidingsdagen veel mee geoefend.

Om te komen tot gezonde leefstijl, wordt door de professionals tijdens de interventie YCND/GO! gebruik gemaakt van motiverende gesprekstechnieken. In vergelijking met het niet gebruik van deze gesprekstechniek zijn er positieve effecten vastgesteld in de behandeling van overgewicht bij kinderen zoals is vastgesteld in verschillende systematische reviews en meta-analyses (Suire, 2020; Kao, 2021; Kao, 2023). Uit de procesevaluaties blijkt dat, naast de structuur van de YCND/GO! methodiek, met name het leren van passende gesprekstechnieken door de professionals wordt gewaardeerd, en helpend is voor hen in de spreekkamer. (procesevaluaties Blauwe zorg, VWS)

### **Community engagement**

Ook is de professional in staat toe te leiden naar passende, lokale activiteiten in de buurt, zoals supermarktworkshops, lokaal gemeentelijk aanbod en commercieel sportaanbod. De projectleider ondersteunt de professionals in het bouwen aan een sociale kaart met voldoende mogelijkheden voor begeleiding en diverse activiteiten. Elke individuele casus kan op haar beurt weer leiden tot een nieuwe vraag aan aanbod, en daarmee het vergroten van deze sociale kaart. Netwerkpartners zijn daardoor betrokken bij de zorg voor kinderen met overgewicht. De interventie draagt daarmee bij aan sociale steun uit de omgeving van het gezin, en borging van de gezondere leefstijl. Eerdere internationale interventies die gebruik maakten van deze 'community engagement' lieten positieve resultaten zien. (Skelton, 2020)

## **Deel B | Leefstijlthema's**

### **Voeding**

In de interventie YCND/GO! wordt gestreefd naar "De Richtlijnen Goede Voeding". Dit houdt concreet in dat een gevarieerd en gestructureerd eetpatroon wordt nagestreefd bestaande uit producten uit de Schijf van Vijf. De CZV/KLSC is bekend met leeftijdsspecifieke voedingsbehoeften van kinderen en met leeftijdsspecifieke factoren die van invloed zijn op gezond eetgedrag. De interventie van YCND/GO! richt zich bovendien op het verkleinen van de portiegrootte, met name van voedingsproducten met een hoge

energiedichtheid, hetgeen kan bijdragen aan het verlagen van de energie inname (Berg, 2015; Livingstone, 2014). De WHO geeft aan dat het gebruik van een gezonde voeding gedurende het hele leven helpt om welvaartziekten zoals diabetes en hart- en vaatziekten te voorkomen (WHO, 2018). Een aanpak met de nadruk op een hoger gebruik van gezonde voedingsproducten lijkt bovendien minder terugval van gewicht te laten zien (Epstein, 2008). Tijdens de interventie worden kennislacunes verminderd door het gezin te informeren over gezonde voeding, met hierbij ook speciale aandacht voor vaardigheden met betrekking tot het lezen van etiketten. Indien het kind/gezin niet voldoet aan de Richtlijnen Goede Voeding kan er met behulp van motiverende gespreksvoering toegewerkt worden naar een gezond voedingspatroon, met aandacht voor tijdstippen van maaltijden, maaltijdfrequentie en tussendoortjes. Stapsgewijs wordt de regie voor het aanpakken en zelf oplossingen zoeken ten aanzien van het voedingsgedrag bij het kind en gezin belegd. Het gezin wordt voorbereid op risicomomenten, zoals omgaan met feestjes, vakanties en traktaties. Psychosociale factoren die eetgedrag en -patronen beïnvloeden worden gesignaleerd en aangepakt, zoals emotioneel en extern eten, eetbuien en *peer pressure*. Professionals helpen de jongere met het opstellen van doelen voor diverse, actuele situaties waar de jongere zich in bevindt. Gezinnen worden, indien dit beschikbaar is in de regio, verwezen naar aanbod/activiteiten op het gebied van voeding die plaatsvinden in de gemeente zoals supermarkt workshops, kookworkshops, smaaklessen, etc. Bovendien ligt de focus in de interventie YCND/GO! op wat wel gegeten kan worden. Dit bekrachtigt het kind en ouders/verzorgers om positief te zijn over eten en hun eetkeuzes. Ook blijkt het minder bezorgdheid bij ouders/verzorgers op te leveren. Dit kan tot gevolg hebben dat er minder overmatige of directe controle door ouders/verzorgers plaatsvindt, wat wordt geassocieerd met een positief effect op gewicht (FMS richtlijn 2023, 2014; NJG, 2017).

## **Beweging**

De interventie YCND/GO! richt zich op een goede fysieke fitheid en een actieve leefstijl met voldoende fysieke activiteit en zo min mogelijk sedentair gedrag. Hiervan is bekend dat het vele gezondheidsvoordelen kent op de mentale en fysieke gezondheid (Garcia, 2023, Gesek 2023). Indien uit de evaluatie in Module 1 blijkt dat een kind niet voldoet aan de beweegrichtlijn en er dus ruimte is voor het verbeteren van fysieke activiteit, richt de interventie zich op dit doel (Beweegrichtlijnen 2017). Het gezin wordt kennis bijgebracht over gezondheidsvoordelen van meer beweging en gemotiveerd richting meer dagelijkse beweging in hun eigen woon-/leefomgeving, zoals lopen en het gebruik van fiets en het stimuleren van buiten spelen. Het kind/gezin wordt gestimuleerd tot deelname aan bestaand sportaanbod in de wijk. Tevens worden netwerkmogelijkheden gebruikt indien regulier sportaanbod niet mogelijk, passend of gewenst is. Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit de inzet van bijzonder of aangepast sportaanbod, inzet van buurtsportcoaches of inzet van Jeugdfondsen. Een gezonder beweeggedrag wordt in kleine stappen bereikt waarbij de veranderingen zo worden gekozen dat succeservaring waarschijnlijk is. De CZV/KLSC is bekend met de beïnvloedende factoren van beweeggedrag op de verschillende leeftijden en richt de begeleiding op deze specifieke factoren.



## **Slaap en ontspanning**

Tijdens de interventie is er aandacht voor slaap hygiëne en (leeftijd gerelateerde) versturende factoren van slaap zoals slaapapneu en beeldschermgebruik. Een verstoorde slaap is geassocieerd met het verergeren van overgewicht en van metabole verstoring (Gale 2023, Armanac-Julian 2024). Tevens is een slechte slaapkwaliteit gerelateerd aan ongezond eetgedrag (Haszard 2024) en kan vermoeidheid lichamelijke beweging reduceren. Indien slaap, slaap hygiëne of slaappatroon ruimte biedt voor verbetering werkt de KLSC samen met het kind/gezin aan een gezonde slaap hygiëne en waar nodig wordt verwezen voor extra begeleiding of bij ernstige slaapproblemen.

Stress is gerelateerd aan ongezonde voedingsgewoonten (Tiwaloluwa 2021). Bovendien is stress op jonge leeftijd gerelateerd aan een verhoogde kans op hart- en vaatziekten (Guo 2024). Reductie van stress, met bijvoorbeeld mindfulness, lijkt helpend te zijn in de behandeling van overgewicht bij kinderen (Perez 2022). De CZV/KLSC verwijst naar stress-reducerende technieken of aanbod indien psychische stress aanwezig is bij het kind.

## 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.

Meer dan 1000 kinderen en gezinnen hebben inmiddels deelgenomen aan de leefstijlinterventie YCND/GO! (module 3). 20 CZV en 33 KLSC hebben deelgenomen aan de opleiding van YCND/GO!.

Belangrijkste uitkomstmaten zijn gewichtsbeloop (gemeten in verschil in BMI z-score, zodat er gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht), gezondheid (aanwezigheid van comorbiditeiten) en kwaliteit van leven. Zowel gepubliceerd als (nog) ongepubliceerd onderzoek laten reductie van het overgewicht en verbetering van kwaliteit van leven (en daarnaast het gerelateerde self-esteem) en gezondheid zien. Zie gedetailleerde informatie hieronder per artikel.

De effectstudies zijn overwegend van een pre-post design. Verschillende studievormen die in de literatuur worden aangeraden voor een 'tailored intervention' zijn in de praktijk voor deze, door het gezin en professionals gezamenlijke gepersonaliseerde, interventie niet passend (bv. SMART design met beslisregels voor professionals) of niet ethisch te verantwoorden (bv. wacht controle design van twee jaar in opgroeiende kinderen). De aangeleverde gepubliceerde artikelen in peer-reviewed tijdschriften onderstrepen dat ook in de huidige literatuur er behoefte is aan de uitkomsten van het gebruikte pre-post design, zonder een klassieke controlegroep. Hiermee kan het beloop van de uitkomstmaten van de geïmplementeerde, gepersonaliseerde leefstijlinterventie worden geobserveerd, buiten een gecontroleerde studiesetting.

A Verkade, F., Wamsteker, E., Rutten, N., Arayess, L. Vreugdenhil, A. Rapport Your Coach Next Door - Resultaten interventies 2019-2020.

B Procesevaluatie | Interviews met de eerste drie CZV, beschrijving n.a.v. beschikbare documenten.

C Beschrijving opbrengsten resultaten pilot Maastricht YCND 2019-2020 over de eerste 103 kinderen die gestart zijn met de YCND interventie, waarbij voor het eerst

jeugdverpleegkundigen het centrale zorgverlenerschap en de interventie uitvoerden binnen het netwerk. Het rapport beschrijft o.a. de procesevaluatie en de positieve ervaringen van de jeugdverpleegkundigen in hun nieuwe rol als CZV. Zij ervaren dit als een verrijking van hun vak. Belangrijke opbrengsten uit de evaluatie zijn het opschalen van het netwerk door meer CZV op te leiden en de aanbeveling om de zorg digitaal te ondersteunen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de ontwikkeling van het digitale portaal. Ook zijn er veel opbrengsten geweest die hebben geholpen bij de implementatie in de huidige en andere regio's, zoals het belang van betrokkenheid van netwerkpartners.

A Ongepubliceerd

B Procesevaluaties VWS 2022 + 2023

C In opdracht van VWS heeft tweemaal een procesevaluatie plaatsgevonden over YCND in de jaren 2022 en 2023. In 2022 is informatie verzameld door middel van een groepsgesprek met acht CZV en KLSC uit diverse regio's aan de hand van verschillende stellingen. Zij hebben op dezelfde dag ook een vragenlijst ingevuld met algemene vragen over de aanpak. Er hebben daarnaast drie individuele verdiepende interviews plaatsgevonden met een regiocoördinator, lokale projectleider en CZV. Focus van de procesevaluatie in 2022 lag op de toestroom, samenwerking tussen CZV en KLSC en betrokkenheid van netwerkpartners. Belangrijke opbrengsten waren: Professionals zijn enthousiast over hun nieuwe rol en vaardigheden, er vindt dynamische groei plaats van lokale netwerken, regionaal implementeren vraagt om afgestemde samenwerking en een duidelijke meerwaarde van de samenwerking tussen KLSC en CZV. Ook werd via de uitvoerend professionals de tevredenheid onder kinderen en ouders uitgevraagd. Hierop werden positieve ervaringen gedeeld. Zo zijn gezinnen geïnteresseerd in de aanpak. Ook wordt er een vertrouwensband opgebouwd met kind en gezin door de tijd te nemen en een uitgebreide brede anamnese in te zetten. De professionals geven dan ook aan dat dit werkt: Zodra module 1 is ingezet en er een band wordt opgebouwd, zijn veel gezinnen enthousiast en blijven ze 'aan boord'. Dit hebben we meegenomen door in de opleiding ook deze ervaringen weer te delen met nieuwe professionals, zodat zij er bijvoorbeeld voor kiezen een fysiek kennismakingsgesprek te plannen in plaats van telefonisch uitleg geven over de interventie.

In 2023 lag de focus op implementatie en doorontwikkeling van de programma-aanpak, hierbij is gebruik gemaakt van interviews en een MIDI-questionnaire onder 29 uitvoerend professionals en projectleiders. Ook hebben er drie verdiepende interviews plaatsgevonden met twee CZV en een lokale projectleider. Daarnaast is informatie opgehaald uit informele gesprekken en mailwisselingen. Belangrijke opbrengst is dat de professionals met name tevreden zijn met hun motiverende gespreksvaardigheden, en aangeven dat de aanpak bijdraagt aan zorg en begeleiding op maat.

De opbrengsten van deze evaluaties hebben geleid tot meerdere materialen voor gespreksvaardigheden en meer aandacht voor deze gesprekvoering in de opleiding (zoals op maat oefenen met meer 'lastige' gesprekken), doorontwikkeling van het digitale portaal en mogelijkheden voor netwerk en intervisie vanuit Stichting YCND (zoals het gecombineerd aanbieden van de opleidingen tot CZV en KLSC) en de start van de ontwikkeling van de YCND community.

A Roos Middelman et al. (2019) MSc Thesis Strategic Communication, Acceptability and long-term effectiveness of the community-based lifestyle intervention program GO! for overweight and obese children

B Masterthesis naar langetermijn effecten van GO!-interventie op verschillende gebieden, hierin wordt ook tevredenheid meegenomen. 56 kinderen en 32 ouders hebben

de tevredenheidslijsten ingevuld. Overall score 1-10, andere item op 5- of 7punt Likertschaal.

C Gemiddelde tevredenheidsscore van 8.0 door kinderen, en 7.6 door ouders. Een meerderheid van de kinderen denkt opnieuw deel te nemen of is daar zeker van als ze opnieuw hulp nodig zouden hebben (79.2%), van de ouders is dit 75.8%. Een meerderheid van de kinderen en ouders denkt of weet zeker dat hij de interventie zou aanraden aan anderen, respectievelijk 90,6% en 85,7%.

A Stichting YCND

B Tevredenheidsanalyse in korte steekproefperiode van enkele weken. Coaches in YCND en GO! regio's werden benaderd om in deze periode de kinderen en ouders tevredenheidslijsten in te laten vullen.

C Kinderen en ouders zijn grotendeels tevreden over de geboden hulp/begeleiding en geven aan dat dit hen voldoende of goed helpt. Bij de meerderheid voldoet de begeleiding aan de verwachtingen. Er zijn geen grote verschillen in tevredenheid tussen de verschillende regio's.

De resultaten worden gebruikt om in alle fases extra aandacht te vragen voor verwachtingen van kind en ouders, specifiek rondom momenten dat er een wijziging in de interventie plaatsvindt. Ook wordt de tevredenheid in de toekomst regelmatig uitgevraagd in verschillende fasen van de interventie, zodat dit vergeleken kan worden. De resultaten kunnen voor het individuele kind als op groepsniveau gebruikt worden om eventuele acties uit te zetten.

#### 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.

*1. De gepresenteerde effectiviteitsstudies betreffen het totale programma (Module 1 t/m 4).*

**Effecten op BMI z-score, gewichtsgelateerde (risico op) comorbiditeiten, en gezondheidsgerelateerd kwaliteit van leven, met aandacht voor subgroepen en beïnvloedende factoren.**

A 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.** *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 100(9), 3572–3580. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-1444>

B Quasi-experimenteel design met follow-up van interventie in regio Maastricht  
C Significante BMI z-score daling na 12 maanden (-0.13) en 24 maanden (-0.23) interventie. Verbetering van cardiovasculaire risicofactoren zoals serum totaal cholesterol, LDL cholesterol, HbA1c en diastolische bloeddruk na 1 jaar interventie. Vergelijkbare verbetering in kinderen met overgewicht, obesitas en ernstige obesitas.

A Karnebeek, K., Thapar, S., Willeboordse, M., van Schayck, O. C. P., & Vreugdenhil, A. C. E. (2019). **Comorbidities in Primary vs Secondary School Children With Obesity and Responsiveness to Lifestyle Intervention.** *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 104(9), 3803–3811. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-02318>

B Quasi-experimenteel design met follow-up van interventie in regio Maastricht  
C Significante gemiddelde BMI z-score afname na 1 jaar: -0.25 in basisschoolleerlingen, -0.11 in middelbare school leerlingen. Significante daling in LDL cholesterol concentraties en daling van systolische bloeddruk in basisschoolleerlingen.

A Karnebeek, K., Rijks, J. M., Dorenbos, E., Gerver, W. M., Plat, J., & Vreugdenhil, A. C. E. (2020). **Changes in Free-Living Glycemic Profiles after 12 Months of Lifestyle Intervention in Children with Overweight and with Obesity.** *Nutrients*, 12(5), 1228.

B Quasi-experimenteel design met follow-up van interventie in regio Maastricht  
C Verbetering van glycemische profielen in kinderen met een daling van BMI z-score na leefstijlinterventie.

A van Dam, M., Rijks, J., Dorenbos, E., Horuz, F., van Dael, K., & Vreugdenhil, A. (2019). **The effect of one year lifestyle intervention on eGFR in children and adolescents with overweight, obesity and morbid obesity.** *Scientific reports*, 9(1), 4504. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-40767-4>

B Quasi-experimenteel design met follow-up van interventie in regio Maastricht  
C Na 1 jaar interventie daling van eGFR in kinderen en adolescenten met overgewicht of obesitas en hyperfiltratie.

A van de Pas KGH, Lubrecht JW, Hesselink ML, Winkens B, van Dielen FMH, Vreugdenhil ACE. **The Effect of a Multidisciplinary Lifestyle Intervention on Health Parameters in Children versus Adolescents with Severe Obesity.** *Nutrients*. 2022 Apr 25;14(9):1795. doi: 10.3390/nu14091795. PMID: 35565763; PMCID: PMC9102173.

B Quasi-experimenteel design met follow-up in regio Maastricht, aandacht voor verschillen in ernst obesitas gecombineerd met leeftijd  
C Significant hogere daling in BMI z-score in kinderen (-0.15 na 1 jaar, -0.25 na 2 jaar) dan in adolescenten (-0.03 na 1 jaar, 0.06 na 2 jaar) na interventie. P waarden respectievelijk 0.035 en 0.012.

A Lek D, Haveman-Nies A, Bezem J, Zainalabedin S, Schetters-Mouwens S, Saat J, Gort G, Roovers L, van Setten P. **Two-year effects of the community-based overweight and obesity intervention program Gezond Onderweg! (GO!) in children and adolescents living in a low socioeconomic status and multi-ethnic district on Body Mass Index-Standard Deviation Score and quality of life.** *EClinicalMedicine*. 2021 Nov 30;42:101217. c. PMID: 34901795; PMCID: PMC8640234.

B Prospectief, longitudinaal cohort studie. 155 kinderen met minimaal 1 meetmoment bij start en na 24 maanden, in regio Arnhem.

C Na 24 maanden daling van BMI z-score van -0.32 bij kinderen die meer dan 6 maanden in het programma zaten vergeleken met -0.14 bij kinderen die minder dan 6 maanden hebben deelgenomen. Verbetering van gewichtsstatus (gezond gewicht 0% bij start, 5% bij follow-up; overgewicht 25% bij start, 33% bij follow-up; 75% obesitas bij start, 62% bij follow-up). Kwaliteit van leven verbeterde gemiddeld, zonder significante verschillen tussen afronden van programma, gender en etniciteit.

A Y.E.G. Timmermans, J.M. Rijks, A.C.E. Vreugdenhil (2014) Improvement of low self-esteem of children and adolescents with overweight and obesity after 1 year lifestyle intervention

B Master thesis, pre-post design, 210 kinderen met overgewicht of obesitas tussen 8-18 jaar. 'Self-esteem', gemeten door Self-preception profile for Children (SPPC) of de Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA), gemeten op baseline en na 12 maanden begeleiding. Subschalen zijn scholastic competence, social competence, athletic competence, physical appearance, behavioral conduct, global self-worth en close friendship.

C Na 12 maanden interventie is een significante verbetering op groepsniveau te zien op de subschalen behavioral conduct en global self-worth.

A Maartje de Krom et al. (ongepubliceerd abstract, onder EMBARGO)

B Pre-post design, meten van gezondheidsgerelateerd kwaliteit van leven gemeten met behulp van Kidscreen-27 vragenlijst, gerapporteerd door kinderen, adolescenten en hun ouders.

C Significante verbetering van fysiek welbevinden gerapporteerd door adolescenten na 1 jaar YCND interventie. Ouders/verzorgers van deze kinderen en jongeren rapporteren een significante verbetering op alle domeinen van kwaliteit van leven van hun kind. Kinderen/adolescenten waarvan het gewicht stabiel blijft of afneemt tijdens de interventie, rapporteren een hogere score op fysiek welbevinden, psychologisch welbevinden en de schoolomgeving.

A Roos Middelman et al. (2019) MSc Thesis Strategic Communication, Acceptability and long-term effectiveness of the community-based lifestyle intervention program GO! for overweight and obese children

B Masterthesis naar langetermijn effecten (1, 2, 3 en 4 jaar) van GO!-interventie in regio Arnhem op verschillende gebieden op BMI z-score en kwaliteit van leven gemeten door de PedsQL vragenlijst. Meetmomenten op 3 jaar en 4 jaar waren follow-up meetmomenten na de interventie.

C Significante BMI z-score reductie van -0,18, -0,20, -0,30 en -0,30 na respectievelijk één, twee, drie en vier jaar. Respectievelijk significante verbetering van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van +5,20, +8,06, +4,81 en +9,41. De verbetering in kwaliteit van leven was niet significant gerelateerd aan een verandering in BMI z-score.

### **Effecten interventie in veranderende omstandigheden**

A Lubrecht, J. & Arayess, L., Reijnders, D., Hesselink, M. L., Velde, G. T., Janse, A., von Rosenstiel, I., van Mil, E. G. A. H., Verweij, M., & Vreugdenhil, A. C. E. (2022).

**Weight Gain in Children during the COVID-19 Pandemic and the Protective Effect of Lifestyle Intervention in Children with Obesity.** Obesity facts, 15(4), 600–608.

<https://doi.org/10.1159/000525298>

B Pre-post design

C Beschermende factor van langdurige deelname aan de interventie (>1 jaar) op BMI z-score verandering tijdens de Covid-pandemie in kinderen en adolescenten met obesitas.

A Arayess, L., Knockaert, N., Winkens, B., Lubrecht, J. W., Verweij, M., & Vreugdenhil, A. C. E. (2022). **The Side-Effects of the COVID-19 Pandemic: Increased BMI z-Score in Children with Overweight and Obesity in a Personalised Lifestyle Intervention One Year after the Start of the Pandemic in The Netherlands.** *Nutrients*, 14(9), 1942. <https://doi.org/10.3390/nu14091942>

B Quasi-experimenteel design met follow-up

C In een pre-pandemische setting afname van BMI z-score (gemiddeld -0.09) in 12 maanden tijd over de gehele groep (ook in kinderen die al langer in de interventie zitten). Daarnaast impact van de Covid-pandemie op de interventie, en risicofactoren/beschermende factoren binnen de interventie, zoals het belang van trouw blijven aan consulten tijdens de pandemie.

### Procesevaluatie

A Verkade, F., Wamsteker, E., Rutten, N., Arayess, L. Vreugdenhil, A. **Rapport Your Coach Next Door - Resultaten interventies 2019-2020.**

**B Procesevaluatie**

C Resultaten pilot Maastricht YCND 2019-2020 over de eerste kinderen die begeleid zijn d.m.v. de YCND interventie uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen in regio Maastricht. Meer dan de helft van de kinderen die meer dan 6 maanden deelneemt aan YCND in Maastricht heeft meetbare gezondheidswinst. Na 12 maanden begeleiding (N=28) is dat 80%.

A Stichting Society Impact / Ecorys in opdracht van Stichting Rijnstate Ziekenhuis (2018) **Maatschappelijke effecten van aanpak van obesitas Kosten en baten van Gezond Onderweg!**

B Eindrapport effectiviteits- en opbrengst analyse

C Effectiviteit en opbrengsten van de interventie op maatschappelijk niveau.

*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

### Inhoudelijk:

- **Individuele, op maat, langdurige coaching** van het kind met overgewicht, waarbij de rest van het **gezin** sterk wordt betrokken.
- Het creëren van **bewustwording** tav overgewicht en leefstijl en beïnvloedende factoren bij het kind/gezin
- Gebruik van **motiverende gespreksvoering technieken** door de professional, om het kind/ de jongere te betrekken in de gespreksvoering.
- **Luisteren** naar wensen en motivatie van kind en gezin om de kans op succes te vergroten en therapietrouw te bevorderen.
- Het opstellen van **kleine stappen** in de vorm van SMART doelen, om de kans op succes te vergroten.
- **Verbinden** van bestaande beschikbare zorg en activiteiten, aangepast aan de lokale omgeving en wensen van het kind/de jongere. Hierdoor is er een grotere kans op borging van het gezonde gedrag.
- **Regelmatig evalueren** op leefstijldoelen met kind en gezin, met als doelen:
  - *Zelfvertrouwen* vergroten.
  - Regelmatig *aanpassen van plan van aanpak* aan huidige situatie. Dit is in het bijzonder van belang voor deze jonge doelgroep, die vaak niet alleen afhankelijk zijn van een systeem (gezin, familie, school), maar waar ook in de omgeving veel factoren snel kunnen veranderen (school, vrienden, sport, hobby's, etc.)
  - *Inzicht* bij kind/gezin dat regelmatig aanpassen van plan van aanpak van belang is in gedragsverandering.

### Praktisch:

- De **netwerkaanpak** waardoor een verbinding ontstaat tussen de nulde, eerste en tweede lijn. Waar meerdere keren per jaar met elkaar wordt gekeken hoe de samenwerking in het netwerk verder verbeterd kan worden.
- Het **dicht bij huis** aanbieden van de interventie, zodat deze begeleiding niet wordt gemedicaliseerd, en praktische belemmeringen voor deelname in logistiek of financiën te verkleinen.
- **Praktische ondersteuning van Stichting YCND/GO!** in regio's. Dit bevordert de snelheid van implementatie en de borging en duurzaamheid van de interventie.
- **Opleiding** met intervisie en eindopdracht ter bevordering van kwaliteit, en ontwikkeling van kennis van de uitvoerders.
- **Coherente samenwerking tussen de netwerkpartners** betrokken bij kinderen met overgewicht, om zorg op elkaar af te stemmen.



## 6. Aangehaalde literatuur

Ajibewa T. (2021) Acute Daily Stress, Daily Food Consumption, and the Moderating Effect of Disordered Eating among Adolescents with Overweight/Obesity  
*Child Obes.* 17(6):391-399.

Al-Khudairy. (2017). Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 6).

Armañac-Julían P. (2024) Persistent sleep-disordered breathing independently contributes to metabolic syndrome in prepubertal children. *Pediatr Pulmonol* 59(1):111-120

Bradbury D. (2018) Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *Br J Health Psychol.* 2018 Sep;23(3):701-722

CBS (2023). Prevalentie overgewicht kinderen. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/22/kwart-18-tot-25-jarigen-te-zwaar>

Colquitt J.L. (2016). Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012105.

Davison K. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews* 2; 3, 159–171

De Lara Perez B. (2022) Mindfulness-based programs for the prevention of childhood obesity: A systematic review. *Appetite* 168:105725.

Deslippe, A.L., (2023). SMART goals of children of 6-12 years enrolled in a family-centred lifestyle intervention for childhood obesity: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Pediatric obesity*, 18(1), e12973.

De Vries, H. (n.d.). *I-Change Model*. Retrieved July 22, 2024, from <https://www.heindevries.eu/interests/change>

Eli K. (2022) Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: a study within the STOP project. *BMC Public Health* 22, 1540 (2022).

FMS. (2022) Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023)  
[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht\\_en\\_obesitas\\_bij\\_volwassenen\\_en\\_kinderen/startpagina\\_rihtlijn\\_overgewicht\\_en\\_obesitas\\_bij\\_volwassenen\\_en\\_kinderen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_rihtlijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html)

Gale E.(2024) The relationship between multiple sleep dimensions and obesity in adolescents: A systematic review. *Sleep Med Rev.* Feb;73:101875.

García-Hermoso A. (2023) Exercise and Insulin Resistance Markers in Children and Adolescents With Excess Weight: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *JAMA Pediatr* 177(12):1276-1284.

Gesek M. (2023) Promoting Health in Pediatric Obesity: A Decade's Research of Physical Activity's Influence on Cardiometabolic Parameters. *Med Sci Monit* 29:29:e940742.

Gezondheidsraad (2017). Beweegrichtlijnen 2017,  
<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>.

Haqq, A. M., Kebbe, M., Tan, Q., Manco, M., & Salas, X. R. (2021). Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. In *Childhood Obesity* (Vol. 17, Issue 4, pp. 229–240). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0003>

- Harrison K. (2011) Toward a Developmental Conceptualization of Contributors to Overweight and Obesity in Childhood: The Six-Cs Model. *Child Development Perspectives* 5;1:50–58
- Haszard J. (2024) Losing sleep influences dietary intake in children: a longitudinal compositional analysis of a randomised crossover trial  
*Int J Behav Nutr Phys Act.* 4;21(1):61
- Hecker J. (2022) Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life. *BMC Public Health* 22, 46
- Hill JO. Energy balance and obesity. *Circulation.* 2012 Jul 3;126(1):126-32.
- Hill, D.. (2018). Stress and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. In *Appetite* (Vol. 123, pp. 14–22).
- Hu D. Factors That Influence Participation in Physical Activity in School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Review from the Social Ecological Model Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021; 18(6):3147.
- Jang, M., Owen, B., & Lauver, D. R. (2019). Different types of parental stress and childhood obesity: A systematic review of observational studies. In *Obesity Reviews* (Vol. 20, Issue 12, pp. 1740–1758).
- Kao, T (2021). The effects of motivational interviewing on children's body mass index and fat distributions: A systematic review and meta-analysis. In *Obesity Reviews* (Vol. 22, Issue 10).
- Kao, T.-. (2023). Motivational Interviewing in Pediatric Obesity: A Meta-analysis of the Effects on Behavioral Outcomes. In *Annals of Behavioral Medicine* (Vol. 57, Issue 8, pp. 605–619). Oxford University Press (OUP).
- Karnebeek K. (2019) Comorbidities in Primary vs Secondary School Children With Obesity and Responsiveness to Lifestyle Intervention. *J Clin Endocrinol Metab* 104(9):3803-3811
- Kerr, J. (2019). Nutrition-related interventions targeting childhood overweight and obesity: A narrative review. In *Obesity Reviews* (Vol. 20, Issue S1, pp. 45–60). Wiley.
- Kroes, M. E.(2007). Van preventie verzekerd. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Llabre, M. (2018). Clinical Practice Guideline for Multicomponent Behavioral Treatment of Obesity and Overweight in Children and Adolescents: Current State of the Evidence and Research Needs from the Guideline Development Panel (GDP) for Obesity Treatment of the American Psychological Association (APA).
- Mead, E. (2017). Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD012651.
- McPherson AC (2017) Communicating with children and families about obesity and weight-related topics: a scoping review of best practices. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2017;18(2):164-82.
- Morrissey B,. Sleep and obesity among children: A systematic review of multiple sleep dimensions. *Pediatr Obes.* 2020 Apr;15(4):e12619.
- NCJ. <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=10&rlpag=675>
- NJI, Van den Hof, V., De Veld, D., Zoon, M. (2019) Overgewicht Wat werkt bij kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas? Een review gericht op opvoeding en psychosociale factoren in interventies.
- Nooijen, C. (2017). Effectiveness of interventions on physical activity in overweight or obese children: a systematic review and meta-analysis including studies with objectively measured outcomes. In *Obesity Reviews* (Vol. 18, Issue 2, pp. 195–213).
- Noordam, H., Halberstadt, J. (2016) Factsheet Stigmatisering in de zorg voor kinderen met obesitas.

O'Connor, S. G., Maher, J. P., Belcher, B. R., Leventhal, A. M., Margolin, G., Shonkoff, E. T., & Dunton, G. F. (2017). Associations of maternal stress with children's weight-related behaviours: a systematic literature review. In *Obesity Reviews* (Vol. 18, Issue 5, pp. 514–525).

Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion : AJHP*, 12(1), 38-48.

Reilly J. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2003;62(3):611-619.

Robinson, T. (1999). Behavioural treatment of childhood and adolescent obesity. In *International Journal of Obesity* (Vol. 23, Issue S2, pp. S52–S57).

Suire K. (2020) Motivational Interviewing for Overweight Children: A Systematic Review. *Pediatrics*146(5)

Shaban M. (2022) Risk Factors, Clinical Consequences, Prevention, and Treatment of Childhood Obesity. *Children (Basel)* 2022 Dec 16;9(12):1975.

Scaglioni S. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018; 10(6):706.

Seidell, J. C. (2008). Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 152(38), 2071-6.

Seidell, J. C.. (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland.

Seidell, J. (2011). Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland.

Skelton J. Community engagement and pediatric obesity: Incorporating social determinants of health into treatment. *Journal of Clinical and Translational Science*. 2020;4(4):279-285.

Stewart, L. (2009). Evidence-Based Behavioral Treatment of Obesity in Children and Adolescents. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 18, Issue 1, pp. 189–198).

van Hoek, E (2014). Effective Interventions in Overweight or Obese Young Children: Systematic Review and Meta-Analysis. In *Childhood Obesity* (Vol. 10, Issue 6, pp. 448–460)

van Vuuren, C.L., Wachter, G.G., Veenstra, R., Rijnhart, J.J.M., van der Wal, M.F., Chinapaw, M.J.M., & Busch, V. (2019). Associations between overweight and mental health problems among adolescents, and the mediating role of victimization. *BMC public health*, 19(1), 612.

Voedingscentrum. Schijf van Vijf. <https://www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf.aspx>.

White, N.D., Bautista, V., Lenz, T., & Cosimano, A. (2020). Using the SMART-EST Goals in Lifestyle Medicine Prescription. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 14(3), 271-3.

## 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?*

J. is een 14-jarige jongen die door een jeugdverpleegkundige is doorverwezen naar een KLSC van YCND/GO!. In het kennismakingsgesprek hebben J. en zijn moeder aangegeven dat zij begeleiding wensen bij het verbeteren van zijn eetpatroon, beweging en stemming. J. en zijn moeder melden zich aan op de digitale YCND/GO!-portaal en vullen daar alle vragenlijsten in. Er volgt een tweede gesprek waarin de KLSC de gespreksstarter gebruikt en alle informatie uit de vragenlijsten al heeft ingezien. Uit deze uitgebreide anamnese is gebleken dat J. zijn hele leven al kampt met overgewicht. Hij zit nu in de tweede klas van de middelbare school, waar zijn prestaties goed zijn. Echter, hij heeft het op sociaal gebied moeilijk omdat hij gepest wordt. J. heeft vaak negatieve gedachten over zichzelf en uit dit in negatieve uitspraken. In zijn vrije tijd speelt J. videogames of kijkt hij televisie met zijn moeder. Hij slaat altijd zijn ontbijt over en eet pas iets als hij terugkomt van school, meestal een ongezonde snack zoals chips of koekjes. Na het bezoek van de KLSC van YCND vond er een multidisciplinair overleg (MDO) plaats met een diëtiste, psycholoog en CZV. Het verhaal van J. wordt daar gepresenteerd volgens een vaste structuur. In dit MDO zijn behandeldoelen opgesteld die passen bij de behoeften van J. en zijn moeder.

In het eerste begeleidingsgesprek werden de geformuleerde doelen vanuit het MDO besproken met J. en zijn moeder. J. werd actief betrokken bij het opstellen van een plan van aanpak. Echter, J. leek met name aan te geven wat hij allemaal *niet* meer wilde doen. De KLSC heeft J. toen uitgedaagd om voor deze acties alternatieven te maken ('als-dan' plannetjes) door vragen te stellen en oplossingen te formuleren. Het viel op dat de moeder van J. snel oplossingen aandroeg, waardoor J. weinig inspraak had. Daarom besloot de KLSC in de volgende begeleidingsgesprekken te wandelen met J. om zijn focus te vergroten en meer betrokkenheid te stimuleren. J. waardeerde het wandelen als gespreksvorm en kon tijdens deze wandelingen opener praten over zijn gevoelens. In volgende begeleidingsgesprekken werd dit wandelen dan ook voortgezet. Ook maakte de coach gebruik van gesprekskaarten waardoor J. de gespreksonderwerpen mee kon bepalen. Door de berichten uit de YCND/GO! portaal lukte het J. om zijn afspraken met de coach niet te vergeten.

In de eerste begeleidingsgesprekken lag de focus van J. vooral op hetgeen wat misging. De KLSC stuurde in latere gesprekken juist aan naar positieve momenten, bijvoorbeeld toen het ontbijten wel lukte. De KLSC en J. werkte aan terugvalpreventie door factoren te analyseren die invloed hadden op het al dan niet lukken van het ontbijten. Samen maakten ze een plan, waardoor J. nu een vast ritueel heeft ontwikkeld voor het ontbijten. Dit kan zowel worden toegepast bij verschillende schoolroosters als in de weekenden. Na maanden begeleid sporten in een kleine groep verbeterde het zelfvertrouwen van J. Hij ontdekte zijn passie voor judo en schreef zich een jaar later in bij de lokale judovereniging. Hij heeft er nu zowel een hobby als een vriendenclub bij! Het positieve effect op zijn beweging heeft J. ook mentaal goed gedaan; hij krijgt veel lof van teamgenoten en coach, wat zijn negatieve gedachten verminderde.

De vragenlijsten die hij na een jaar en na 2 jaar begeleiding invulde in de digitale omgeving lieten een verbetering zien in zijn leefstijl en welzijn.

Samengevat laat deze persoonlijke casus het belang zien van gepersonaliseerde benadering voor leefstijlverandering waarbij zowel het kind als de ouders betrokken worden.