

## Interventie

# B.Slim beweeg meer.eet gezond

### Samenvatting

#### Doel

Het einddoel van het preventieprogramma 'B.Slim beweeg meer.eet gezond' in de 1e projectperiode was: het percentage kinderen van 0-12 jaar met overgewicht stijgt niet verder in de B.Slim wijken van Amersfoort in de periode 2005-2009. Het einddoel van de 2e projectperiode is: het percentage kinderen van 0-19 jaar met overgewicht neemt in de B.Slim wijken van Amersfoort af met 5% in de periode 2010-2014.

#### Doelgroep

B.Slim is gericht op kinderen van 0-12 jaar met een lage SES en/of van allochtone afkomst en hun ouders/verzorgers. Het richt zich zowel op kinderen met een gezond gewicht als op kinderen die te zwaar zijn. Inmiddels loopt B.Slim in alle vier de prioriteitswijken van de gemeente Amersfoort en is het programma ook verbreed naar zwangere vrouwen en leerlingen van het VMBO, praktijkscholen en ROC's.

#### Aanpak

Het programma werkt zowel aan het voorkomen als aan het vroegtijdig opsporen en terugdringen van overgewicht bij kinderen. Eerste stap in het project is de raadpleging van sleutelfiguren uit de wijk, oftewel het in gesprek gaan met intermediairs én ouders/wijkbewoners. Dit gebeurt aan de hand van focusgroepgesprekken. Als tweede stap wordt, op basis van de input van sleutelfiguren, per wijk een activiteitenplan op maat gemaakt. Bij de keuze van de interventies wordt dus zoveel mogelijk aangesloten bij de belevingswereld, de wensen en behoeften van de doelgroep en bij bestaande initiatieven in de wijk. De pijlers van de integrale aanpak vormen daarbij de kapstok. Voorbeelden van activiteiten zijn: B.Slim ontbijtfeestjes en voorlichting op de peuterspeelzaal, sport- en speltoernooien, Lekker fit! op basisscholen gecombineerd met de B.Slim fruitbakjes, school- buurtmoestuintjes, B.Slim wandelroutes, supermarktrondleidingen, workshops gezonde hapjes maken en voorlichtingen 'Goede voeding hoeft niet veel te kosten'. Kinderen met overgewicht krijgen het Overbruggingsplan aangeboden. De interventie 'De Gezonde Schoolkantine' wordt ingezet voor VO-leerlingen.

B.Slim is een meerjarenaanpak (2005 t/m 2014) en wordt gefinancierd vanuit middelen van het Grote Stedenbeleid van de gemeente Amersfoort en subsidie vanuit het programma Gezonde Slagkracht van ZonMw.

#### Materiaal

Voor de overdracht van B.Slim naar andere gemeenten kan gebruik gemaakt worden van documenten als het plan van aanpak, activiteitenplannen, jaarverslagen. Zie hiervoor de website: [www.bslim.nu](http://www.bslim.nu) of neem contact op met de projectleider.

#### Onderzoek effectiviteit

Op basis van monitorcijfers van de Jeugdgezondheidszorg kan geconcludeerd worden dat het overgewicht bij 5/6 jarige kinderen uit de wijk Kruiskamp/Koppel gestabiliseerd is in de eerste projectperiode (2005-2009), namelijk 20% in 2006 en 19% in 2009. Daarnaast blijkt uit de jaarlijkse procesevaluaties dat B.Slim positief wordt ontvangen in de wijk, zowel bij de doelgroep als bij de vele samenwerkingspartners. De brede samenwerking heeft geleid tot een scala van activiteiten. Door deze interventiemix komt de doelgroep op meerdere momenten en plaatsen in aanraking met de B.Slim boodschap. Door de lokale insteek en door goed aan te sluiten bij bestaande netwerken, lukt het goed om allochtone groepen te bereiken. In de afgelopen jaren is er veel ervaring opgedaan met de integrale wijkgerichte aanpak. B.Slim is vooral een succes geworden door de goede samenwerking. Om inzicht te verkrijgen in het proces worden de verschillende activiteiten op proces geëvalueerd en wordt per activiteit het aantal deelnemers geregistreerd. Voor de resultaten hiervan wordt verwezen naar de jaarverslagen.

#### Ontwikkeld door

GGD Midden-Nederland  
Postbus 51  
3700 AB Zeist  
Email: [info@bslim.nu](mailto:info@bslim.nu)  
Telefoon: 030 608 6086

Contactpersoon: Josien Felix  
Email: [jfelix@ggdmn.nl](mailto:jfelix@ggdmn.nl)  
Telefoon: 030 850 7325

## Erkenning

Erkend door  
Deelcommissie jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering d.d 11-12-2012  
Oordeel: Goed onderbouwd  
Toelichting:  
B.Slim werkt goed vanuit de doelgroep.

De referentie naar dit document is:

Josien Felix  
(december 2012). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'B.Slim beweeg meer.eet gezond'.Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)

### 1. Toelichting naam van de interventie

In de naam van het project staat de centrale gezondheidsboodschap verwoord: beweeg meer en eet gezond. Dit is met opzet zo simpel mogelijk gehouden, zodat iedereen begrijpt waar het om gaat. B.Slim kan opgevat worden als wees slim... en leef gezond. Slim betekent in het Engels natuurlijk ook slank, met andere woorden: let op je gewicht.

Het gezichtje van B.Slim in het logo, kan ook gezien worden als yin-yang: blijf in balans en zorg dat hoeveel je eet en hoeveel je beweegt in evenwicht is. Het B.Slim logo zorgt voor herkenning van het project en de B.Slim boodschap.

### 2. Risico en/of probleem waar de interventie zich op richt

#### Probleem

Uit onderzoek in 2004 bleek dat in de wijk Kruiskamp/Koppel in de gemeente Amersfoort 25% van de 5/6 jarigen kampt met overgewicht (Jeugdgezondheidszorg registratie 5-6 jarigen, GGD Eemland, schooljaar 2003/2004). Dit was voor gemeente Amersfoort en de toenmalige GGD Eemland, nu GGD Midden-Nederland, aanleiding om een aanpak voor overgewicht te ontwikkelen: B.Slim beweeg meer.eet gezond (voortaan B.Slim genoemd).

In 2011 had gemiddeld 13% van alle kinderen in Amersfoort overgewicht. In de prioriteitswijken Kruiskamp-Koppel (27% overgewicht), Liendert-Rustenburg (23% overgewicht), Randenbroek-Schuilenburg (21% overgewicht) en in mindere mate in Soesterkwartier (13% overgewicht) komt overgewicht duidelijk vaker voor dan in de overige wijken van Amersfoort (Jeugdgezondheidszorg registratie 5-6 jarigen, 10-11 jarigen en 13-14 jarigen, GGD Midden-Nederland, schooljaar 20010/2011). Positief is wel dat het verschil in het percentage te dikke kleuters in de periode 2005-2010 in deze wijken ten opzichte van het Amersfoortse gemiddelde kleiner is geworden. Bij 9-11 jarigen is het percentage kinderen met overgewicht in deze wijken stabiel gebleven. Bij 13-14 jarigen in deze wijken was echter sprake van een stijgende trend in het percentage jongeren met overgewicht over de periode 2005-2010 (Jeugdgezondheidszorg registratie 5/6 jarigen, 9-11 jarigen, 13-14 jarigen, GGD Midden-Nederland, schooljaar 2009/2010). Gezien deze ongunstige ontwikkeling is besloten om B.Slim vanaf 2010 uit te breiden naar jongeren van 12-19 jaar. Hierbij ligt de focus op de VMBO- en praktijkscholen en ROC's. Bij leerlingen die deze schooltypen bezoeken is namelijk vaker sprake van overgewicht.

Zwangere vrouwen vormen eveneens een nieuwe doelgroep voor B.Slim vanaf 2010. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat overgewicht bij kinderen al in de buik van de moeder kan ontstaan (zie voor een nadere toelichting onderdeel 6 van deze beschrijving).

#### Gevolgen

Het is van belang overgewicht tijdig aan te pakken of zelfs te voorkomen, omdat overgewicht lastig te bestrijden is. Een aanzienlijk deel van de kinderen met overgewicht, is namelijk ook als volwassene nog te zwaar (Deshmukh-Taskar et al, 2006; Yang et al, 2007). Uit onderzoek is bekend dat mensen met overgewicht een hoger risico hebben op allerlei gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes type II, spier- en gewrichtsproblemen, sommigen soorten kanker (WHO, 2006) en een verminderde kwaliteit van leven (Han et al, 1998). Niet alleen op latere leeftijd, maar ook op jonge leeftijd hebben kinderen met obesitas meer kans op gezondheidsproblemen. Zo hebben zij een grote kans op glucose-intolerantie en diabetes mellitus type II (Kemper et al, 1999). Uit een recente studie blijkt dat twaalfjarige kinderen met overgewicht al een

hogere bloeddruk en ongunstigere cholesterolwaarden hebben in hun bloed dan kinderen met een normaal gewicht (Bekkers, 2012).

### **3. Doel van de interventie**

#### **Eindoelen**

Het einddoel bij de start van de aanpak was: het percentage kinderen van 0-12 jaar met overgewicht in een specifieke wijk stijgt in een periode van vier jaar niet verder.

Het einddoel van het vervolg op de eerste (succesvolle) periode is: het percentage kinderen van 0-19 jaar met overgewicht neemt af met 5% in de periode van vier jaar.

In Amersfoort waren dit de volgende doelen:

- . 1e projectperiode: Het percentage kinderen van 0-12 jaar met overgewicht stijgt niet verder in de B.Slim wijken van Amersfoort in de periode 2005-2009.
- . 2e projectperiode: Het percentage kinderen van 0-19 jaar met overgewicht neemt in de B.Slim wijken van Amersfoort af met 5% in de periode 2010-2014.

#### **Doelen op niveau van determinanten**

Er is een toename van het aantal kinderen dat gezond eet (volgens Richtlijnen Goede Voeding) en voldoende beweegt (volgens Nederlandse Norm Gezond Bewegen). In Amersfoort zijn hiervoor de volgende SMART-doelstellingen opgesteld.

- . Een toename van 5% van het aantal kinderen dat minimaal 5 dagen per week ontbijt.
- . Een toename van 10% van het aantal kinderen dat dagelijks fruit eet.
- . Een toename van 5% van het aantal kinderen dat voldoet aan de beweegnorm.

#### **Subdoelen per pijler van B.Slim**

##### *Strategie op basis van de pijler voorlichting en bewustwording*

Kinderen en ouders hebben kennis over en zijn zich bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging. In Amersfoort zijn hiervoor de volgende SMART-doelstellingen opgesteld:

- . Kinderen van 4-12 jaar zijn zich bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging.
- . Kinderen hebben een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en voldoende beweging (plezier in bewegen).
- . 60% van de ouders kent de B.Slim boodschap.
- . 70% van de ouders heeft een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en voldoende beweging.
- . 80% van de ouders is zich bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging voor hun kinderen.
- . 60% van de ouders weet wat gezonde voeding is.

##### *Strategie op basis van de pijler maatregelen gericht op de omgeving*

De omgeving in de wijk nodigt uit tot bewegen en gezond eten. In Amersfoort zijn hiervoor de volgende SMART-doelstellingen opgesteld:

- . Er zijn begeleide speelmogelijkheden in de buurt voor kinderen van 0-4 en 4-12 jaar.
- . 80% van de peuterspeelzalen heeft een gezond voedings- en beweegbeleid.
- . 40% van de basisscholen heeft een gezond voedings- en beweegbeleid (aan de hand van de Lekker fit! Duim).
- . 10 VMBO-scholen/ praktijkscholen/ ROC's hebben een gezonde schoolkantine.
- . Er zijn 2 B.Slim wandelroutes in het Waterwingebied in Liendert/Rustenburg gerealiseerd.

##### *Strategie op basis van de pijler signaleren en adviseren*

- . Overgewicht en obesitas bij kinderen wordt gesignaleerd door de medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg.
- . Er is een afgestemd aanbod voor advisering en begeleiding van kinderen met overgewicht.

##### *Strategie op basis van de pijler ondersteuning*

- . Er is een multidisciplinair aanbod voor kinderen met overgewicht (en hun ouders), gericht op beweging, voeding en gedrag.

##### *Strategie op basis van de pijler draagvlak*

Er is draagvlak voor de preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen. In Amersfoort zijn hiervoor de volgende SMART-doelstellingen opgesteld:

- . De relevante lokale partners uit de wijk staan achter het B.Slim programma.
- . De relevante lokale partners voelen zich betrokken bij B.Slim (bij de invulling ervan en bij de uitvoering van de activiteiten).
- . 75% van de ouders kent het B.Slim project en driekwart heeft er een positief beeld van.
- . De Raad heeft een positief beeld van B.Slim.
- . Het college van B&W schaart zich achter de plannen van B.Slim.
- . De wethouders volksgezondheid, sport en jeugd zijn ambassadeurs van B.Slim.
- . Ambtenaren van andere relevante afdelingen binnen de gemeente leveren een bijdrage aan de doelstelling van B.Slim.
- . Er is een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere private partijen rondom B.Slim.

. Minimaal 6x keer per jaar is er in de lokale media aandacht voor B.Slim.

Bovengenoemde doelen zijn opgenomen in een zogenaamde doelenboom (zie de bijlage bij dit werkblad). Deze doelenboom gaat uit van een hoofddoel met intermediaire en korte termijn doelen.

NB. Op basis van lokale analyses kan men in een andere gemeente tot andere keuzes komen met betrekking tot de strategieën en activiteiten. Hierdoor zal het onderste niveau van de doelenboom er in een andere stad/dorp anders uitzien.

#### **4. Doelgroep van de interventie**

##### **Voor wie is de interventie bedoeld**

###### **Einddoelgroep eerste projectperiode (2005-2009)**

De einddoelgroep van B.Slim bestaat uit kinderen van 0-12 jaar met een lage SES en/of van allochtone afkomst. B.Slim richt zich zowel op kinderen met een gezond gewicht als op kinderen die reeds te zwaar zijn. In 2005/2006 is het project gestart in de wijk Kruiskamp / Koppel. In 2007 is het project in deze wijk gecontinueerd en eveneens van start gegaan in de wijk Liendert / Rustenburg. In 2008 is daar de wijk Randenbroek / Schuilenburg bijgekomen. Bovengenoemde wijken worden gekenmerkt door een hoog aantal mensen met een allochtone afkomst en lage opleiding. Zo is het percentage allochtonen in de wijk Kruiskamp 38% en het percentage lager opgeleid 44% (stadspeiling 2007/2010, [www.amersfoort.nl](http://www.amersfoort.nl)). Het betreft hier met name mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst.

###### **Einddoelgroep tweede projectperiode (2010-2014)**

In de tweede projectperiode is de doelgroep van B.Slim verbreed van 0-12 jaar naar kinderen en jongeren van -9 maanden tot 19 jaar, in het bijzonder zwangere vrouwen met overgewicht en leerlingen van het VMBO, praktijkscholen en ROC's. Deze projectonderdelen zijn niet gebonden aan de vier B.Slim wijken, maar worden Amersfoort-breed uitgevoerd. Wat betreft de zwangere vrouwen wordt gestart met een pilot in twee verloskundigenpraktijken (gelegen in de nieuwe wijk Vathorst en nabij de wijk Soesterkwartier). Zwangere vrouwen kunnen beschouwd worden als einddoelgroep en als intermediaire doelgroep.

B.Slim is in 2011 eveneens van start gegaan in de wijk Soesterkwartier, waarmee het project in alle vier de prioriteitswijken van de gemeente loopt. Soesterkwartier is in tegenstelling tot de andere drie wijken een autochtone lage SES wijk. In deze wijk is 47% lager opgeleid (stadspeiling 2007/2010, [www.amersfoort.nl](http://www.amersfoort.nl)).

###### **Intermediaire doelgroep**

Ouders/verzorgers van de kinderen.

Voor een nadere toelichting en onderbouwing van de keuze van alle doelgroepen wordt verwezen naar onderdeel 6 van deze beschrijving.

NB. De professionals in de wijken zorgen voor de verspreiding van de B.Slim boodschap en activiteiten. Deze professionals en hun organisaties worden gezien als samenwerkingspartners en niet als doelgroep, hoewel er wel subdoelen en interventies gericht zijn op de professionals als intermediairs naar ouders en kinderen.

###### **Indicatie- en contra-indicatiecriteria**

B.Slim bestaat uit selectieve en geïndiceerde preventie. De selectieve preventieactiviteiten richten zich op alle kinderen uit de vier B.Slim-wijken, wijken met een lage sociaal-economische status. De geïndiceerde preventieactiviteiten worden gemeente breed aangeboden (gericht op alle Amersfoortse kinderen met overgewicht) en dus ook aan de kinderen in de B.Slim wijken.

Voor de activiteiten die zich richten op kinderen met overgewicht, zoals het Overbruggingsplan en Club Extra Fit (voorheen Fit-today-kids), wordt gekeken naar de leeftijds- en geslachtsspecifieke afkappunten van de Body Mass Index (BMI) voor kinderen. Als kinderen boven het voor hen geldende afkappunt voor overgewicht zitten (Bulk-Bunschoten et al, 2005), is de klinische blik van de JGZ-medewerker doorslaggevend bij het vaststellen van overgewicht. Bij kinderen die boven het voor hen geldende afkappunt voor obesitas zitten (Bulk-Bunschoten et al, 2005), wordt obesitas vastgesteld en worden verwezen naar de kinderarts van het Meander Medisch Centrum.

###### **Toepassing bij migranten**

Drie B.Slim wijken worden gekenmerkt door een hoog aantal mensen met een allochtone afkomst, met name mensen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond. Omdat de allochtone doelgroepen uit achterstandswijken minder goed bereikt worden met de standaard voorlichtingsactiviteiten, gaat B.Slim uit van de community benadering, waarbij de doelgroep zelf nauw betrokken wordt bij de invulling van B.Slim. Dit gebeurt bijvoorbeeld door de moskee, de Marokkaanse Ouder Vereniging, het sociaal activeringscentrum, taaldocenten van de ROC, opbouwwerkers van het welzijnswerk, zogenaamde vrouwen van Samen Voortburgeren en het Vrouw- en Kindcentrum te betrekken, en door in gesprek te gaan met de wijkbewoners zelf.

Een voorbeeld van een interventie die afgestemd is op de doelgroep, is de supermarktrondleiding voor moeders. Hierbij wordt

zowel naar supermarkt Hoogvliet als de Turkse supermarkt AL gegaan, zodat ook aandacht is voor de voedingsproducten die door de doelgroep veel gegeten worden. Ook is er aandacht voor betaalbare gezonde voeding en wordt de voorlichting zo interactief en aanschouwelijk mogelijk gemaakt.

## **5. Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

Hieronder wordt beschreven hoe uitwerking gegeven is aan de community benadering en integrale aanpak binnen B.Slim. Daarnaast wordt geschetst hoe binnen B.Slim de uitgangspunten van het Franse project EPODE en de Nederlandse variant JOGG worden toegepast. Eveneens wordt geschetst op welke wijze de samenwerking binnen B.Slim georganiseerd is.

### **Community benadering en integrale aanpak**

#### *Raadpleging sleutelfiguren*

Eerste stap in het project is de raadpleging van sleutelfiguren uit de wijk, oftewel het in gesprek gaan met intermediairs én ouders/wijkbewoners.

De raadpleging van intermediairs bestaat uit 2 fasen:

1. Het vormen van een eerste beeld van de wijk door middel van gesprekken met drie belangrijkste intermediairs uit de wijk. In Amersfoort betrof dat de wijkmanager van de gemeente, de ABC (Amersfoortse Brede school Combinatie)-coördinator en de opbouwwerker van het welzijnswerk. Deze intermediairs kennen de wijk, zowel de bewoners als de infrastructuur, zeer goed. Tijdens de gesprekken gaat het met name over: hoe ziet de wijk eruit, wat zijn de ontwikkelingen in de wijk, welke netwerken bestaan er reeds in de wijk en welke andere intermediairs zijn van belang om te betrekken bij B.Slim?
2. Vervolgens worden deze relevante intermediairs uitgenodigd voor een startbijeenkomst. Tijdens deze startbijeenkomst wordt de urgentie van het probleem met cijfers duidelijk gemaakt om zo commitment te krijgen dat gezamenlijke actie nodig is. Daarnaast geeft de wethouder op ludieke wijze het startsein voor het project om zo bekendheid te geven aan B.Slim. Het geven van deze rol aan de wethouder zorgt eveneens voor bestuurlijke betrokkenheid. Tevens vinden er focusgroepgesprekken plaats om inhoudelijke input te krijgen voor de invulling van B.Slim. Bij deze groepsgesprekken hanteert de gespreksleider de volgende vraagroute:
  - a. Herkent u het probleem van overgewicht bij kinderen in deze wijk?
  - b. Wat denkt u dat de grootste oorzaak is van het toenemende overgewicht bij kinderen in deze wijk? Wat zijn specifieke problemen in de wijk?
  - c. Wat zijn belemmeringen voor ouders denkt u als het om gezond eten en voldoende bewegen bij kinderen gaat? En wat zijn kansen?
  - d. Welke wensen en behoeften denkt u dat ouders hebben als het gaat om gezonde voeding en beweging bij kinderen?
  - e. Via een project wil B.Slim aandacht besteden aan het voorkomen van overgewicht bij kinderen. Hoe zou zo'n project er volgens u uit moeten zien in deze wijk? (suggesties voor activiteiten)
  - f. Welke rol kunt u als sleutelfiguur zelf spelen bij de preventie van overgewicht?In elke wijk is deze vraagroute gebruikt.

Om ouders/wijkbewoners uit de wijk bij B.Slim te betrekken zijn er korte interviews gehouden om de belasting niet te groot te maken. In de allochtone lage SES-wijken bleek een speciaal hiervoor georganiseerd buurtontbijt goed te werken. De werving hiervoor verliep via de scholen en het welzijnswerk en de nadruk lag op een gezellig en gratis ontbijt. In de autochtone lage SES-wijk is aangesloten bij reeds bestaande activiteiten in de wijk, zoals de buurtbudgetavond, een buitendag van de spelbakfiets en een paasontbijt van de spelinloop. Hieronder staat een aantal voorbeeldvragen die gesteld zijn aan de ouders/wijkbewoners tijdens de interviews:

- Kunt u in een aantal woorden de buurt omschrijven?
- Ziet u in de buurt kinderen met overgewicht?
- Hoe denkt u dat het komt dat steeds meer kinderen te dik worden?
- Heeft u ideeën voor activiteiten met betrekking tot voeding en beweging voor kinderen in deze wijk?
- Wat vindt u belangrijk in de wijk op het gebied van voeding en beweging?
- Wat vindt u dat B.Slim zou moeten doen?

### **Activiteitenplan op maat**

Als tweede stap is er op basis van de input van sleutelfiguren per wijk een activiteitenplan op maat voor de periode van één kalenderjaar gemaakt. Bij de keuze van de interventies is dus zoveel mogelijk aangesloten bij de belevingswereld en de wensen en behoeften van de doelgroep. Daarbij was er aandacht voor een evenwichtige mix van activiteiten gericht op:

- 1) ouders én kinderen (met en zonder overgewicht)
- 2) voorlichting én maatregelen in de omgeving
- 3) voeding én beweging.

Bij de keuze van interventies stond dus eveneens centraal dat het een mix van maatregelen moest betreffen. De pijlers van de integrale aanpak vormden hierbij het uitgangspunt: draagvlak, voorlichting en bewustwording, maatregelen gericht op de omgeving, signaleren en adviseren en ondersteuning. Deze worden nader toegelicht in onderdeel 6 van deze beschrijving. Indien landelijk erkende interventies hierbij pasten is hiervan gebruik gemaakt.

Gezien het feit dat beschikbare middelen ook de mogelijkheden begrenzen, was dit ook van invloed op de keuze van de interventies. De uiteindelijke keuze voor de interventies vond plaats in de taakgroep wijkgerichte primaire preventie activiteiten met kernpartners van B.Slim: sportorganisatie SRO, thuiszorgorganisatie Beweging 3.0 en later diëtistenorganisatie LIV, Stichting Welzijn Amersfoort, de ABC-scholen en GGD/gemeente.

Na het eerste projectjaar in de wijk wordt bekeken welke B.Slim interventies gecontinueerd worden. Dit gebeurt op basis van de uitkomsten van de procesevaluatie: hoe zijn de activiteiten verlopen (waarbij gekeken wordt naar proces en samenwerking) en welke activiteiten zijn succesvol (op grond van het bereik ten opzichte van het verwachte aantal, het oordeel van de uitvoerder en de reacties van de doelgroep). De taakgroep met de kernpartners neemt hierover een besluit. Indien nodig worden interventies aangepast naar aanleiding van de verbeterpunten uit de evaluatie.

Daarnaast worden oren en ogen open gehouden voor signalen en wensen uit de wijk via de sleutelfiguren in de wijk. Hieruit kunnen nieuwe B.Slim interventies ontstaan of kan aangehaakt worden bij andere nieuwe initiatieven in de wijk. Ook nieuwe kansrijke landelijke interventies worden in overweging genomen. In de besluitvorming is opnieuw veel aandacht voor een evenwichtige mix van activiteiten gericht op:

- 1) ouders én kinderen (met en zonder overgewicht)
- 2) voorlichting én maatregelen in de omgeving
- 3) voeding én beweging.

Organisatie van B.Slim is daarmee een dynamisch proces.

## **EPODE/JOGG**

### *Bestuurlijk draagvlak*

Vanaf 2010 is de ambtenaar volksgezondheid van de gemeente Amersfoort medeprojectleider samen met de GGD en is de wethouder volksgezondheid voorzitter van de gemeentelijke stuurgroep B.Slim. Daarnaast is er een gemeentelijke klankbordgroep opgericht waarin andere afdelingen (zoals welzijn, onderwijs, sport en recreatie, stedelijk beheer en ontwikkeling, wijkontwikkeling, verkeer, sociale zaken en economie) van de gemeente meedenken met de invulling van B.Slim.

### *Publiek-private samenwerking en sociale marketing*

B.Slim wil extra gaan inzetten op samenwerking met publiek-private partijen om de boodschap nog verder en krachtiger te verspreiden. Met name de social marketing expertise van bedrijven kan van meerwaarde zijn voor B.Slim. Daarbij worden nieuwe manieren ingezet om de boodschap te verspreiden dat aandacht voor gezondheid niet alleen nuttig maar ook leuk kan zijn. In 2011 zijn er gesprekken gevoerd met Friesland Campina, waarvan het hoofdkantoor in Amersfoort gevestigd is. Friesland Campina heeft te kennen gegeven haar werknemers graag in te willen zetten voor B.Slim en de stad Amersfoort. Verkend is hoe deze samenwerking eruit zou kunnen gaan zien en welke activiteiten we gezamenlijk gaan uitvoeren, waaronder een gezonde actie rondom de Avondvierdaagse. In april 2012 is een samenwerkingsovereenkomst afgesloten voor meerdere jaren. Friesland Campina zal ook gevraagd worden om aan te sluiten bij de B.Slim stuurgroep.

### *Wetenschappelijke begeleiding en evaluatie*

B.Slim maakt gebruik van reeds effectieve interventies. Daarnaast worden de verschillende activiteiten op proces geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. Jaarlijks worden gewicht en lengte van de kinderen gemonitord via de Jeugdgezondheidszorg zodat de BMI bepaald kan worden. Bij het opzetten en uitvoeren van verder evaluatieonderzoek zoeken we academische samenwerking met de Universiteit Utrecht en Wageningen Universiteit, waarbij we afstemmen over methoden van onderzoek en zoveel gebruik maken van meetinstrumenten die gevalideerd zijn.

### *Verbinding preventie en zorg*

Het B.Slim programma richt zich zowel op kinderen met een gezond gewicht in aandachtswijken (selectieve preventie) als op kinderen die reeds te zwaar zijn (geïndiceerde preventie). Op deze wijze wordt zowel gewerkt aan het voorkomen van overgewicht, als het vroegtijdig opsporen en terugdringen van overgewicht bij kinderen. Daarnaast vindt afstemming plaats met de zorggerelateerde preventie. Om overgewicht bij kinderen te voorkomen wordt een integraal plan op maat gemaakt, waarbij zowel wordt ingegrepen op de leefstijl van mensen als op de omgeving. Kinderen met overgewicht worden o.a. gesignaleerd door de Jeugdgezondheidszorg en verwezen naar het Overbruggingsplan en/of de interventie Club Extra Fit. Kinderen met obesitas worden doorverwezen naar de kinderartsen in het ziekenhuis en vaak naar het programma Fitkids van MTC-Junior. Er zijn werkafspraken gemaakt tussen medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg, huisartsen en kinderartsen hoe om te gaan met overgewicht en obesitas bij kinderen. Daarnaast is er een digitale sociale kaart ontwikkeld die huisartsen, kinderartsen, diëtisten, jeugdartsen, fysiotherapeuten en anderen kunnen gebruiken om kinderen met overgewicht/obesitas adequaat te kunnen verwijzen naar goede begeleidings- en behandelprogramma's. Door deze ketenaanpak wordt gezamenlijk dezelfde

B.Slim boodschap uitgedragen.

### **Organisatie van de samenwerking**

De grote kracht van B.Slim is de samenwerking tussen professionals. De afgelopen jaren is er een samenhangend en inventief pakket van maatregelen ontwikkeld voor kinderen en hun ouders. Wij willen de komende jaren nog meer partijen bij de samenwerking betrekken om zo B.Slim nog integraler te maken. De projectorganisatie ziet er als volgt uit:

- De stuurgroep is eindverantwoordelijk voor de uitvoering van het project. De leden geven op hoofdlijnen sturing aan het project en dragen zorg voor de voortgang. Daarnaast heeft zij tot taak om te zorgen voor draagvlak binnen de eigen organisatie en de inzetbaarheid van medewerkers voor de overige subgroepen van het project. Voorzitter van de stuurgroep is de portefeuillehouder/wethouder Volksgezondheid.
- Vanaf 2010 is de projectleiding van B.Slim in gezamenlijke handen van de GGD en de gemeente. Zij coördineren de activiteiten van de verschillende taakgroepen, ondersteunen de stuurgroep, de expertgroep en de gemeentelijke klankbordgroep en zijn contactpersoon voor ZonMw. Zij bevorderen de totstandkoming van een doelgerichte en evenwichtige aanpak vanuit de verschillende taakgroepen en stemmen de communicatie over het project af.
- Per onderdeel is een taakgroep geformeerd die verantwoordelijk is voor de uitvoering van interventies, het ontwikkelen van nieuwe interventies en afstemming. Deze taakgroepen adviseren de stuurgroep.
- Gezien de intersectorale aanpak van B.Slim is het belangrijk dat de aandacht voor een gezond gewicht zich richt op alle aspecten die bijdragen aan de voorkoming van overgewicht: onderwijs, sociale omgeving, fysieke activiteit, veiligheid van de woon/speelomgeving, gezondheidszorg en sportaanbod. Via de gemeentelijke klankbordgroep vindt de afstemming plaats tussen verschillende gemeentelijke afdelingen.

De stuurgroepleden zijn erg tevreden over de samenwerking. Elke organisatie beseft dat je het probleem van overgewicht niet als één partij kan aanpakken, en dat we elkaar echt nodig hebben. Door de samenwerking in de stuurgroep, wordt twee keer per jaar gezamenlijk met een helikopterblik naar het probleem gekeken, wat erg belangrijk gevonden wordt. De stuurgroep zorgt ervoor dat initiatieven tot stand komen waarvoor draagvlak is en dat er samenhang is in de activiteiten. Om slagvaardig te zijn vindt men het belangrijk om de groep niet te groot maken.

Ook de meeste taakgroepleden zijn tevreden over de samenwerking. Alles gaat in goed overleg. Iedereen beseft dat we elkaar heel hard nodig hebben in deze strijd. Het plezier van iedereen om het project naar een succes te werken is groot.

Wat betreft de coördinatie vinden de samenwerkingspartners het belangrijk dat er een duidelijke regievoerder is. Men is tevreden hoe hieraan binnen B.Slim de afgelopen jaren gestalte is gegeven. Belangrijk vindt men:

- er is een duidelijke trekker: een projectleider die iedereen informeert en mensen op de hoogte houdt. Duidelijke communicatie en verslaglegging.
- een projectleider die stimuleert en enthousiasmeert.
- duidelijke taakverdeling en afspraken over de activiteiten.

### **Inhoud van de interventie**

De aanpak moet een evenwichtige mix van activiteiten zijn, gericht op alle pijlers van de integrale aanpak (draagvlak, voorlichting en bewustwording, maatregelen gericht op de omgeving, signaleren en adviseren en ondersteuning). Daarnaast moeten de activiteiten zowel gericht zijn op ouders als op kinderen en ingaan op voeding én beweging.

Hieronder staan de activiteiten per pijler.

#### *Pijler voorlichting en bewustwording*

Ontbijtfeestjes en voorlichting op de peuterspeelzalen; Lekker fit!; kinderkokkerel; supermarktrondleiding; food party

#### *Pijler maatregelen gericht op de omgeving*

B.Slim fruitbakjes; sport- en speltoernooien; B.Slim wandelroutes, school- en buurtmoestuin; Gezonde Schoolkantine (Amersfoort breed)

#### *Pijler signaleren en adviseren*

Overbruggingsplan Jeugdgezondheidszorg (Amersfoort breed); Sociale kaart (Amersfoort breed)

#### *Pijler ondersteuning*

Club Extra Fit (Amersfoort breed)

#### *Pijler draagvlak*

Raadpleging sleutelfiguren; communicatie en PR-activiteiten; inzetten local hero; ambassadeurschap B.Slim door wethouders; stuurgroep en taakgroepen

Bovenstaande aanpak van B.Slim resulteert echter in zeer veel verschillende activiteiten. Voor een compleet overzicht wordt verwezen naar de diverse jaarverslagen.

Per wijk wordt jaarlijks een activiteitenplan op maat gemaakt, waarbij zoveel mogelijk geprobeerd wordt aan te sluiten bij wat er

in de wijk leeft (wensen en behoeften van de doelgroep) en speelt (aansluiten bij de situatie). Ter illustratie is hieronder het activiteitenplan voor de wijk Liendert/Rustenburg in 2011 weergegeven, gericht op het voorkomen van overgewicht bij kinderen. Het betreft hier de activiteiten die vallen onder de pijler Voorlichting & bewustwording en de pijler Maatregelen gericht op de omgeving.

#### **B.Slim ontbijtfeestjes en voorlichting op de peuterspeelzalen**

Deze activiteit wordt eens in de 2 jaar op de 3 peuterspeelzalen in de wijk georganiseerd om het belang van ontbijten te onderstrepen. Tijdens de interactieve voorlichting (aan de hand van een spel) worden vooral opvoedingsaspecten rondom voeding en beweging van peuters besproken. Door de ouders uit te nodigen samen met hun peuter gezellig te komen ontbijten, is de opkomst zeer goed. Groot voordeel van het spel is dat het gesprek tussen ouders op gang komt en dat ouders elkaar tips gaan geven. De peuterspeelzalen combineren deze activiteit met het bestaande thema Eet Smakelijk, waarin ze een aantal weken met de peuters knutselen en boekjes lezen rondom dit thema.

De onderstaande input vanuit de community heeft de taakgroep doen besluiten om deze activiteit op het nemen in B.Slim:

- . Veel kinderen ontbijten niet en ouders doen dit vaak ook niet.
- . Ouders hebben moeite met grenzen stellen. Er wordt gesust met snoep en koek. Als kinderen stil moeten zijn, krijgen ze iets te eten.
- . Richten op jonge moeders omdat zij jonge kinderen hebben en deze kinderen nog gemakkelijk beïnvloedbaar zijn.
- . Aansluiten bij de Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE), daar dit een vindplaats is voor risicokinderen.
- . Wens van peuterspeelzalleidsters om aandacht te besteden aan dit thema.

Werkzame principes waarop deze activiteit is gebaseerd zijn modellering en het ASE-model (met name sociale steun en eigen-effectiviteit). In hoofdstuk 6 worden deze theorieën/modellen nader toegelicht. Met de B.Slim Ontbijtfeestjes werken we aan de volgende doelstellingen: 60% van de ouders kent de B.Slim boodschap, 70% van de ouders heeft een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en voldoende beweging en 80% van de ouders is zich bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging voor hun kinderen.

#### **Sport- en speltoernooien bij de Buitenkast en de speeltuin**

Deze activiteit wordt jaarlijks 2 maal georganiseerd in de wijk om zo het buitenspelen te bevorderen.

De onderstaande input vanuit de community heeft de taakgroep doen besluiten om deze activiteit op het nemen in B.Slim:

- . Veel kinderen zitten binnen voor de tv en computer.
- . Ouders vinden sportclubs te duur en te ver weg (er zijn weinig sportverenigingen in de B.Slim wijken, met uitzondering van Soesterkwartier).
- . Buitenspelen wordt als niet veilig ervaren door de ouders.
- . Aansluiten bij de Buitenkasten: daar is toezicht, er is bekende begeleiding en het is in de buurt, dus kinderen mogen er naar toe.
- . Activiteiten moeten zeer laagdrempelig zijn, door doe-dingen in de eigen buurt te organiseren.
- . Wens vanuit de wijk: meer spelactiviteiten organiseren waarbij kinderen onder toezicht kunnen spelen.

Het werkzaam principe waarop deze activiteit is gebaseerd is de FCB-grid. In hoofdstuk 6 wordt deze theorie nader toegelicht. Met de sport- en speltoernooien werken we aan de volgende doelstellingen: er zijn begeleide speelmogelijkheden in de buurt voor kinderen van 4-12 jaar en kinderen hebben een positieve attitude ten aanzien van voldoende beweging (plezier in bewegen).

#### **Lekker fit! op de basisscholen, gecombineerd met de B.Slim fruitbakjes en extra activiteiten om ouders te betrekken**

Twee basisscholen werken structureel met de lesmethode Lekker fit!, waarbij de kinderen jaarlijks 8 lessen over gezonde voeding en beweging krijgen. Daarnaast is er extra aandacht voor het voedingsbeleid op de scholen. Aan alle leerlingen zijn in het schooljaar 2009/2010 B.Slim fruitbakjes uitgedeeld. Naar aanleiding hiervan hebben de 4 basisscholen in de wijk één of meerdere fruitdagen ingesteld. Jaarlijks krijgen nieuwe leerlingen eveneens een B.Slim fruitbakje, zodat ook in de jongere groepen het meenemen van fruit als 10 uurtje ingeburgerd raakt. Om ouders te betrekken bij Lekker fit! zijn er in 2011 op de 2 basisscholen diverse activiteiten uitgevoerd waaronder een workshop gezonde hapjes maken.

De onderstaande input vanuit de community heeft de taakgroep doen besluiten om deze activiteit op het nemen in B.Slim:

- . Veel kinderen ontbijten niet.
- . Het trakteren op school is een probleem, met name de hoeveelheid.
- . Advies van de intermediairs is om via de kinderen ouders 'op te voeden'.

Lekker fit! is een reeds erkende interventie van de Nederlandse Hartstichting. Met Lekker fit! werken we aan de volgende doelstellingen: kinderen van 4-12 jaar zijn zich bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging, kinderen hebben een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en voldoende beweging en 40% van de basisscholen heeft een gezond voedings- en beweegbeleid.



## **Proeftuin**

In het voorjaar van 2011 is deze school- buurtmoestuin aangelegd in speeltuin het Vogelnest in samenwerking met de gemeente, het welzijnswerk, B.Slim, de ABC-school Liendert en een bewonersgroep. Deze moestuin was een wens vanuit diverse wijkbewoners en ontving veel stemmen tijdens de buurtbudgetavond. Het was eveneens een wens vanuit Wijkontwikkeling van de gemeente en het opbouwwerk van het welzijnswerk om zo te werken aan sociale cohesie in de wijk. De scholen zagen het als kans om zo te werken aan ouderbetrokkenheid. Kortom, een mooi voorbeeld van intersectorale samenwerking. De Proeftuin is nu een plek waar buurtbewoners elkaar kunnen ontmoeten tussen de groenten en bloemen die ze zelf kweken en onderhouden. Kinderen van de ABC-school leren er over de natuur en gezonde voeding. Er is veel animo voor de tuintjes vanuit de buurt: 20 bewoners hebben een eigen stukje tuin gekregen van 5 m2 en er is zelfs een wachtlijst. De kinderen van groep 6/7 van de 2 basisscholen in Liendert hebben een groeiseizoen lang elke woensdagochtend in de tuin gewerkt. De bewonersgroep (verenigd in Stichting Vrienden van het Vogelnest) zal in 2012 de Proeftuin gaan organiseren en onderhouden. Ook de bso's en de peuterspeelzalen in de wijk zullen erbij betrokken worden.

De onderstaande input vanuit de community heeft de taakgroep doen besluiten om deze activiteit op het nemen in B.Slim:

- . Wens vanuit diverse wijkbewoners (plus steun tijdens buurtbudgetavond).
- . Wens vanuit opbouwwerk om zo te werken aan sociale cohesie in de wijk.
- . Wens vanuit scholen om zo te werken aan ouderbetrokkenheid.
- . Sluit goed aan bij Lekker fit! Het betreft een praktische vertaalslag van de theorielessen.

Werkzame principes waarop deze activiteit is gebaseerd zijn gezonde keuze faciliteren door aanpassingen in de omgeving en de FCB-grid. In hoofdstuk 6 worden deze theorieën/modellen nader toegelicht. Met de Proeftuin werken we aan de volgende doelstellingen: kinderen van 4-12 jaar zijn zich bewust van het belang van gezonde voeding, kinderen hebben een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en 40% van de basisscholen heeft een gezond voedingsbeleid.

## **Wandelactiviteit B.Slim routes**

In 2008 heeft B.Slim in samenwerking met de gemeente (afdeling wijkontwikkeling en stedelijke ontwikkeling en beheer) en vrijwilligers van Vrienden van het Waterwingebied 2 B.Slim wandelroutes in het Waterwingebied gerealiseerd. Tijdens de sleutelfigurenbijeenkomst in 2007 is B.Slim geadviseerd om deze groenstrook tussen de wijken Liendert en Rustenburg te benutten en de samenwerking te zoeken met de natuurorganisatie en de gemeente. Als resultaat van deze intersectorale samenwerking zijn in het Waterwingebied met gekleurde bordjes met daarop het B.Slim gezichtje, twee routes aangegeven: een blauwe route van 3,5 km over verharde paden en een groene route van 1,5 km door de vrije natuur. Om bekendheid te geven aan de wandelroutes wordt jaarlijks een wandelactiviteit georganiseerd voor ouders en kinderen, dit jaar in de vorm van een speurtocht (met diverse beweegopdrachten en quizvragen over gezonde voeding) en een gezonde picknick.

De onderstaande input vanuit de community heeft de taakgroep doen besluiten om deze activiteit op het nemen in B.Slim:

- . De moeders bewegen vaak ook weinig en zitten binnen en geven dus niet het goede voorbeeld.
- . Er is veel ruimte in de wijk: het Waterwingebied.
- . Stichting Vrienden van het Waterwingebied is actief. Dit biedt kansen om mee samen te werken.
- . Wandelen is goedkoop en laagdrempelig.

Werkzame principes waarop deze activiteit is gebaseerd zijn gezonde keuze faciliteren door aanpassingen in de omgeving en modellering. In hoofdstuk 6 worden deze theorieën/modellen nader toegelicht. Met de wandelactiviteit B.Slim routes werken we aan de volgende doelstellingen: er zijn 2 B.Slim wandelroutes in het Waterwingebied in Liendert/Rustenburg gerealiseerd, 40% van de ouders (in Liendert-/Rustenburg) kent de B.Slim wandelroutes en 10% van de ouders (in Liendert-/Rustenburg) heeft de B.Slim wandelroute gelopen.

## **Voedingsvoorlichting aan Samen Voortburgeren groep (Food Party en supermarktrondleiding)**

Er wordt aangehaakt bij de bestaande Samen Voortburgeren groep in het wijkcentrum om zo allochtone groepen te bereiken met kennis over gezonde voeding. Samen Voortburgeren richt zich op allochtone vrouwen die na het inburgeringstraject verder willen groeien. Bijvoorbeeld door verder te oefenen met de Nederlandse taal of door de omgeving beter te leren kennen. Met de welzijnswerker wordt afgestemd wanneer de activiteit zal plaatsvinden (op basis van vragen van de doelgroep en ruimte in het programma van Samen Voortburgeren). Dit wordt per jaar opnieuw bekeken. In 2011 is er een 'slim rondje' (supermarktrondleiding door de diëtist) en een Food Party praten, proeven, etiketten lezen o.l.v. diëtist) verzorgd.

De onderstaande input vanuit de community heeft de taakgroep doen besluiten om de Food Party op het nemen in B.Slim:

- . Er is te weinig kennis op het gebied van voeding: mensen denken vaak dat ze gezond eten, terwijl dit eigenlijk niet zo is.
- . Voorlichting over gezonde voeding is wens van ouders zelf.
- . Voorlichting moet praktisch zijn, niet theoretisch. Bijvoorbeeld door gezonde voeding concreet te laten zien (verpakkingen bekijken en producten laten proeven).

Het werkzame principe waarop deze activiteit is gebaseerd is de FCB-grid. In hoofdstuk 6 wordt deze theorie nader toegelicht. Met de Food Party werken we aan de volgende doelstellingen: 60% van de ouders kent de B.Slim boodschap, 70% van de ouders heeft een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en voldoende beweging, 80% van de ouders is zich

bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging voor hun kinderen en 60% van de ouders weet wat gezonde voeding is.

De onderstaande input vanuit de community heeft de taakgroep doen besluiten om de supermarktrondleiding op het nemen in B.Slim:

- . Ouders hebben erg weinig kennis over voeding. Het ontbreekt hen aan basisinformatie.
- . Doelgroep heeft behoefte aan voorlichting over productinformatie: wat is wel en niet gezond?
- . Advies om winkeliers te betrekken bij het project.

Werkzame principes waarop deze activiteit is gebaseerd zijn de FCB-grid en sociale leertheorie. In hoofdstuk 6 worden deze theorieën/modellen nader toegelicht. Met de supermarktrondleiding werken we aan de volgende doelstellingen: 60% van de ouders kent de B.Slim boodschap, 70% van de ouders heeft een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en voldoende beweging, 80% van de ouders is zich bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging voor hun kinderen en 60% van de ouders weet wat gezonde voeding is.

Ouders en kinderen worden dus via verschillende plekken in de wijk bereikt (o.a. school, peuterspeelzaal, wijkcentrum, speeltuin, Buitenkast) en er worden gedurende het hele jaar diverse, kleinschalige, laagdrempelige activiteiten georganiseerd in de eigen wijk, zowel gericht op voeding als beweging.

In de verschillende activiteiten staat de volgende B.Slim boodschap centraal:

- . Ontbijt elke dag: het is de belangrijkste maaltijd van de dag
- . Fris water uit de kraan, laat zoete dranken staan
- . Beweeg elke dag: lekker buiten spelen en sporten
- . TV en PC? Zeg wat vaker nee!
- . De eerste 6 maanden borstvoeding heeft de voorkeur (indien van toepassing)

## **6. Materialen en links**

- . Website [www.bslim.nu](http://www.bslim.nu) (klikken op B.Slim Amersfoort)
- . Felix, J. Bestrijding van overgewicht bij kinderen in de gemeente Amersfoort. Een plan van aanpak in het kader van het Grote Steden Beleid, GGD Eemland, 28 juli 2005
- . Dijkstra, N. en Felix, J. Actieplan B.Slim 2010-2014, juni 2010
- . Raadplegingen sleutelfiguren: van elke wijk is hiervan een verslag
- . Diverse activiteitenplannen, te beschouwen als handleiding (voor de verschillende wijken voor elk jaar dat B.Slim loopt)
- . Felix, J. Inhoudelijk en financieel verslag B.Slim in 2005/2006, GGD Eemland, 2007
- . Felix, J. Inhoudelijk en financieel verslag B.Slim in 2007, GGD Eemland, 2008
- . Felix, J. Inhoudelijk en financieel verslag B.Slim in 2008, GGD Midden-Nederland, 2009
- . Felix, J. Inhoudelijk en financieel verslag B.Slim in 2009, GGD Midden-Nederland, 2010
- . Dijkstra, N en Felix, J. Inhoudelijk en financieel verslag B.Slim in 2010, GGD Midden-Nederland, 2011
- . Dijkstra, N en Felix, J. Inhoudelijk en financieel verslag B.Slim in 2011, GGD Midden-Nederland, 2012
- . Venemans A., Poort E. en Gijsen E. Evaluatie overbruggingsplan Eemland pilot Amersfoort, GGD Eemland, 2008.
- . Venemans A., Poort E., Gijsen E en de Vos, N. Evaluatie overbruggingsplan Eemland, GGD Midden-Nederland, 2009.
- . Interview in de Staatscourant 14 april 2008 'Met de moeders naar de supermarkt'
- . B.Slim flyer (met het oog op de allochtone doelgroep zo simpel mogelijk gehouden waarbij de B.Slim boodschap uitgebeeld is met illustraties en weinig tekst)
- . Eet- en beweegkalender met B.Slim stickertjes
- . B.Slim banner en vlag
- . Diverse B.Slim gadgets: springtouw, frisbees, strandballen, fruitbakjes, kinderkoksmutsen, schorten, sleutelhangers, bidons, jongleerballetjes, boodschappenblokjes en winkelwagenmuntjes.

Alle bovengenoemde materialen zijn verkrijgbaar of in te zien via projectleider Josien Felix, GGD Midden-Nederland. Diverse documenten zijn ook te raadplegen via de website [www.bslim.nu](http://www.bslim.nu).

## **7. Verantwoording van de doelen, de doelgroep en de aanpak**

### **Onderbouwing doelgroep**

#### *Focus op de prioriteitswijken*

Uit de gezondheidsonderzoeken van de toenmalige GGD Eemland bleek dat kinderen met een lagere sociaal-economische status (uitgedrukt als opleidingsniveau van de ouders) vaker overgewicht hebben dan kinderen met een hogere sociaal-economische status (SES). Verder bleken allochtone kinderen vaker te dik in vergelijking met hun Nederlandse leeftijdsgenootjes (de Vos, 2004). Lage SES en allochtone afkomst vormen dus een risicogroep voor overgewicht. Binnen B.Slim is de keuze gemaakt om ons te richten op risicogroepen omdat de verwachting is dat daar de meeste gezondheidswinst valt te behalen. Het probleem is daar het grootst. Dit leidt tot grote gezondheidsverschillen tussen arm en rijk. Laag opgeleide

Nederlanders overlijden 6/7 jaar jonger dan hooggeschoolde Nederlanders en leven 14 jaar in minder goede gezondheid (Storm et al, 2011).

Om de Grote Steden Beleid-gelden zo efficiënt mogelijk te benutten, heeft de toenmalige GGD Eemland de gemeente Amersfoort aangeraden om te beginnen in de wijk Kruiskamp/Koppel, één van de vier prioriteitswijken van de gemeente Amersfoort waar het overgewichtprobleem het grootst is. Deze wijk wordt gekenmerkt door veel gezinnen met een lage SES en een hoge concentratie van allochtone bevolkingsgroepen. De kernpartners van B.Slim hebben geadviseerd om in 2007 het programma te verbreden naar de wijk Liendert/Rustenburg en in 2008 naar de wijk Randenbroek/Schuilenburg. In 2011 is B.Slim gestart in de wijk Soesterkwartier. In 2010 was het percentage kinderen in de wijk Soesterkwartier dat met overgewicht kampte gemiddeld 15% en lag daarmee ook hoger dan het Amersfoortse gemiddelde (Jeugdgezondheidszorg registratie 5-6 jarigen, 9-11 jarigen en 13-14 jarigen, GGD Midden-Nederland, schooljaar 2009/2010). Daarmee loopt B.Slim nu in alle vier de prioriteitswijken van de gemeente Amersfoort.

#### *Focus op kinderen van 0-12 jaar en hun ouders*

In de projectperiode 2005-2009 is ervoor gekozen om B.Slim te richten op kinderen van 0-12 jaar en hun ouders, omdat verwacht werd hier de meeste gezondheidswinst te kunnen behalen. Jonge kinderen hebben nog weinig invloed op hun eigen gedrag. Om die reden moet preventie voor een belangrijk deel gericht zijn op de ouders (en andere opvoeders zoals grootouders). Ouders zijn krachtige rolmodellen voor hun kinderen. Onderzoek geeft verder aan dat de primaire preventie van overgewicht vooral gericht zou moeten worden op het voorkomen van een BMI SDS stijging tussen 2- en 6-jarige leeftijd (de Kroon, 2011).

#### **Verbreding naar jeugd 12-19 jaar**

Gezien de ongunstige ontwikkeling van het overgewicht bij de 13/14 jarigen en mede door extra financiële middelen vanuit de Gezonde Slagkracht subsidie, is besloten om B.Slim vanaf 2010 uit te breiden naar jongeren van 12-19 jaar. Hierbij ligt de focus op de VMBO- en praktijkscholen en ROC's. Bij leerlingen die deze schooltypen bezoeken is namelijk vaker sprake van overgewicht: 17% van de VMBO-leerlingen kampt met overgewicht, op de praktijkscholen is dit 24%. Op HAVO/VWO komt overgewicht bij 10% van de leerlingen voor (Jeugdgezondheidszorg registratie 13-14 jarigen, GGD Midden-Nederland, schooljaar 2008/2009).

#### **Verbreding naar zwangere vrouwen**

Zwangere vrouwen vormen een nieuwe doelgroep voor B.Slim. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat zwangere vrouwen met overgewicht een grotere kans hebben op complicaties en hun baby's een grotere kans op overgewicht (Guelinckx, 2010). Bovendien blijkt dat moeders die meer dan 14 kilo aankomen tijdens de zwangerschap, vaker baby's krijgen met een hoog geboortegewicht. Dit betekent dat de baby's meer risico hebben op overgewicht later (L'Abée, 2010). In het Meander Medisch Centrum werd de gynaecoloog steeds vaker geconfronteerd met te dikke zwangere vrouwen. Dit signaal, in combinatie met de risico's van het overgewicht zowel voor moeder als kind, presenteerde hij tijdens een B.Slim symposium eind 2009. Hij gaf daarbij aan dat hij vrouwen pas in een laat stadium van de zwangerschap ziet en pleitte er daarom voor dat gezonde voeding en actief blijven meer aandacht moet krijgen in het begin van de zwangerschap via de verloskundige in de 1e lijn. Het onderwerp is vervolgens geagendeerd in de Kring Verloskunde, waarna een taakgroep aan de slag is gegaan met de opzet voor een pilot.

#### **Onderbouwing doelen**

Voor B.Slim is een doelenboom opgesteld (zie de bijlage bij dit werkblad). Deze doelenboom gaat uit van een hoofddoel met intermediaire en korte termijn doelen. De hoofddoelstelling van het project is een afname van 5% van het percentage kinderen met overgewicht in de B.Slim wijken in Amersfoort in 2014. Het doel van de vorige periode (2005-2009) was een stabilisatie in overgewicht. De hoofddoelstelling willen we bereiken door te werken aan determinanten van overgewicht: voeding én beweging. De volgende laag is het niveau van de pijlers: binnen B.Slim zijn de activiteiten rondom vijf pijlers van de integrale aanpak opgezet. Binnen deze pijlers (hieronder nader beschreven) hebben we doelstellingen geformuleerd die bijdragen aan een beter beweeg- en voedingspatroon van kinderen en op de langere termijn aan het afnemen van de prevalentie van overgewicht. Van boven naar beneden neemt de termijn waarop de doelen gerealiseerd moeten zijn dus af.

#### **Onderbouwing aanpak**

De werkzame principes van B.Slim zijn:

1. De pijlers van de integrale aanpak
2. Uitgangspunten van de community benadering
3. Toepassen van de elementen van het Franse EPODE-project en de Nederlandse variant JOGG
4. Principes op het niveau van de gekozen activiteiten

#### *Ad. 1. Pijlers integrale aanpak*

Bij de preventie en aanpak van overgewicht is een integrale aanpak cruciaal. Dat wil zeggen: overgewicht kan alleen succesvol aangepakt worden als er wordt ingestoken op een breed samenhangend pakket van middelen waarbij gedrag en

omgeving in ruime zin gelijktijdig en geïntegreerd worden aangepakt (De Gouw, 2012). Ook om gezondheidsachterstanden te verkleinen dient het beleid integraal te zijn (Schrijvers en Storm, 2009). Reden om te kiezen voor een meersporenaanpak is dat uit de literatuur blijkt dat niet één factor als belangrijkste aan te wijzen is als oorzaak van overgewicht. Gezondheid wordt beïnvloed door veel verschillende factoren. Niet alleen leefstijl is van invloed op de gezondheidstoestand van individuen. Ook de sociale en fysieke omgeving, de preventie en de zorg, of externe ontwikkelingen spelen een rol (De Hollander et al, 2006). Integraal gezondheidsbeleid is erop gericht de determinanten (zoals leefstijl, fysieke en sociale omgeving) die van invloed zijn op gezondheid van individuen in samenhang aan te pakken (Storm et al, 2011). Daarom gaat bij een preventieprogramma de voorkeur uit naar een breed samenhangend pakket van interventies. B.Slim zet hiervoor de volgende pijlers in: draagvlak, voorlichting en bewustwording, maatregelen gericht op de omgeving, signaleren en adviseren, en ondersteuning. De pijlers voorlichting en bewustwording, maatregelen gericht op de omgeving, signaleren en adviseren en ondersteuning zijn afkomstig uit de handreiking gezonde gemeente van het Centrum voor Gezond Leven (Loketgezondleven.nl, 2011). Met het oog op het volgende uitgangspunt (community benadering) is hier de pijler draagvlak aan toegevoegd. Dit betekent dat invulling van de andere vier pijlers binnen B.Slim op wijkniveau gebeurt.

Door de mix aan interventies komt de doelgroep op verschillende settings in aanraking met de B.Slim boodschap: op de peuterspeelzaal, op school, op het consultatiebureau, in het wijkcentrum, Vrouw- en Kindcentrum, bij de Buitenkast (plekken in de wijk waar kinderen veilig kunnen buitenspelen en waar kinderen speelgoed voor buiten kunnen lenen), bij de speeltuin, bij de supermarkt, bij de moskee, enzovoorts.

#### *Ad. 2. Community benadering*

De community benadering, ook wel de wijkgerichte aanpak genoemd, wordt gezien als dé methode om risicogroepen als kinderen en ouders met een lage SES te bereiken (Harting en Van Assema, 2007). Deze gezinnen worden vaak niet goed bereikt met reguliere preventieve activiteiten (Vaandrager et al, 2000). Dit was ook het geval in de prioriteitswijken in Amersfoort. Zo dicht mogelijk bij de mensen informatie verspreiden, samen met hen activiteiten kiezen en opzetten verhoogt de effectiviteit en gezondheidswinst (Vaandrager et al., 2000). Een belangrijke reden voor het betrekken van de doelgroep is dat organisaties beter kunnen aansluiten op en bij de behoeften die er zijn. Programma's zullen tot betere resultaten leiden wanneer deze ontwikkeld en uitgevoerd worden in samenspraak met de doelgroep. De doelgroep zal zich meer verantwoordelijk voelen doordat zij betrokken zijn bij het programma en de activiteiten (Koelen en Van den Ban, 2004). In de VTV van het RIVM wordt aangegeven dat wijkgerichte interventies, waarmee eveneens de community benadering bedoeld wordt, logisch zijn, gezien het feit dat ongezond gedrag en ongezondheid niet op zichzelf staat, maar een sterke samenhang vertoont met de sociale en fysieke omgeving van mensen (Hollander et al, 2006). Door de WHO wordt de community aanpak eveneens aangegeven als een veelbelovende aanpak met betrekking tot de preventie van overgewicht en obesitas bij lage SES-groepen (Branca et al, 2007; Kuipers, 2010). Het communityproject Gezond Gewicht Overvecht heeft inmiddels aangetoond dat een dergelijke aanpak kan leiden tot een reductie in overgewicht bij kinderen met 6% (Oosterman et al, 2010).

Om de doelgroep van B.Slim te kunnen bereiken, is daarom gekozen voor een wijkgerichte aanpak. De volgende 4 principes van de community benadering zijn toegepast binnen B.Slim (Harting et al, 2007):

- . Participatie van de doelgroep
- . Sociale netwerkbenadering
- . Aansluiting bij bestaande initiatieven
- . Intersectorale samenwerking

#### Toelichting participatie van de doelgroep

Een belangrijke stap in de uitwerking van de community benadering binnen B.Slim is de raadpleging van sleutelfiguren, oftewel het in gesprek gaan met intermediairs én ouders/wijkbewoners. Deze stap is cruciaal omdat zo inzichtelijk wordt welke determinanten vooral een rol spelen bij het thema overgewicht bij kinderen in de betreffende wijk én wat de inwoners in de wijk belangrijk vinden. Daarnaast wordt op hetzelfde moment draagvlak gecreëerd, wat de samenwerking in de uitvoering van het project bevordert.

Gekozen is om met de intermediairs focusgroepen te houden omdat uit de literatuur blijkt dat deze methodiek veel informatie én diepte-informatie oplevert door de onderlinge interactie (Van Assema et al, 1992). Op deze wijze wordt ervoor gezorgd dat de activiteiten aansluiten bij de wensen en behoeften van de doelgroep (preventie op maat). Op deze wijze wordt vormgegeven aan participatie van de doelgroep. Binnen de participatieladder (Pretty, 1995) is dit niveau 3: participatie via consultatie.

#### Toelichting aansluiting bij bestaande initiatieven en sociale netwerkbenadering

Aansluiting bij het bestaande betekent dat B.Slim zo veel mogelijk voortbouwt op wat er in een gemeenschap al aanwezig is. Daarom wordt bij de start in een nieuwe wijk eerst geïnventariseerd wat er al gebeurt in de wijk en hoe hierbij aangehaakt kan worden (via de raadpleging sleutelfiguren). Voorbeelden hiervan zijn: van het bestaande huttenbouwdorp een gezonde week maken met elke dag fruit, op het bestaande Turkse kinderfeest een workshop jongleren geven met de B.Slim jongleerballetjes, het thema gezondheid en gezonde voeding verweven in de bestaande kinderkookgroepjes vanuit het welzijnswerk, de bestaande spelinloop ombuigen tot een beweeg speel inloop, in de bestaande budgetteringscursus van de sociale dienst een

bijeenkomst over 'Gezonde voeding hoeft niet veel te kosten' inbouwen.

Bij opgespoorde hiaten wordt er bekeken welke nieuwe initiatieven hiervoor opgezet kunnen worden, waarbij zo goed mogelijk wordt aangesloten bij de sociale netwerken in de wijk. Deze netwerken worden in de startfase eveneens in kaart gebracht (bijvoorbeeld ABC-stuurgroep, groepen Samen Voortburgeren, vrouwontmoetingscentrum/ Vrouw- en Kindcentrum, Marokkaanse buurtvaders). Zij vormen een toegangspoort waarlangs moeilijk toegankelijke doelgroepen toch te bereiken zijn (Harting et al, 2007). Een sociale netwerkbenadering verspreidt gezondheidsboodschappen dus onder meer mensen en met een grotere kans op het gewenste effect. Dit heeft ook te maken met de sociale invloed die het netwerk uitoefent (bieden van sociale steun en beïnvloeding van de sociale norm).

#### Toelichting intersectorale samenwerking

Overgewicht kan alleen effectief aangepakt worden als partijen actief samenwerken. Intersectorale samenwerking is van belang omdat organisaties gezamenlijk meer bereiken kunnen dan één organisatie (Koelen en Van den Ban, 2004). Intersectorale samenwerking versterkt de ontwikkeling van de interventie, vergemakkelijkt de implementatie en vergroot het bereik van de interventie. Binnen B.Slim hebben daarom diverse organisaties hun krachten gebundeld: SRO, Beweging 3.0 en later LIV voeding- en leefstijladvies, Stichting Welzijn Amersfoort, Stichting ABC, Meander Medisch Centrum, Huisartsen Vereniging Eemland, gemeente Amersfoort en GGD Midden-Nederland. De brede samenwerking heeft geleid tot meerdere interventiemethoden. Door deze interventiemix komt de doelgroep op meerdere momenten en plaatsen in aanraking met de B.Slim boodschap. Door de sportorganisatie en de diëtistenorganisatie is er binnen B.Slim expertise op het vlak van respectievelijk sport & beweging en voeding. De betrokkenheid van de welzijnsorganisatie is van cruciaal belang voor de toegang naar risicogroepen. De ABC-school kan gezien worden als centrale vindplaats van kinderen en ouders. Door de betrokkenheid van het Meander Medisch Centrum en de Huisartsen Vereniging Eemland kan afstemming met de zorg plaatsvinden.

Om determinanten die van invloed zijn op de gezondheid te beïnvloeden is ook de inzet nodig van sectoren buiten het volksgezondheidsdomein (Storm et al, 2007). Daarom zijn binnen de gemeente zelf diverse afdelingen betrokken bij B.Slim: naast volksgezondheid, welzijn, onderwijs, sport en recreatie, groen en stedelijk beheer, wijkontwikkeling, verkeer, sociale zaken en economie. Via een interne klankbordgroep vindt afstemming plaats tussen deze verschillende gemeentelijke afdelingen.

Daarnaast wordt in de wijk actief samengewerkt met lokale partijen als basisscholen, peuterspeelzalen, moskeeën, Buitenkasten, speeltuinverenigingen en ouders uit de wijk.

Een belangrijk element van de community benadering is empowerment (Harting en Van Assema, 2007). Empowerment is een proces dat burgers helpt zelf hun leefsituatie te verbeteren. De zogenaamde B.Slim Battle (gebaseerd op de Gezondheidsrace in Laarbeek) die we in de EK-periode in 2012 in de wijk Soesterkwartier willen organiseren sluit hier goed bij aan. Belangrijk doel van deze interventie is dat ouders/kinderen uit de wijk gaan nadenken wat ze zelf kunnen doen om gezond en fit te blijven en zelf in actie gaan komen. Op deze wijze wordt de eigen kracht van de wijk aangeboord en wordt gestimuleerd om dit verder te ontwikkelen. Een ander voorbeeld is de Proeftuin in de wijk Liendert. Samen met de schoolkinderen en buurtbewoners zijn de moestuintjes aangelegd. Het enthousiasme van de kinderen en de betrokkenheid van de bewoners/buurt was zeer groot. Inmiddels heeft de bewonersgroep de organisatie van de Proeftuin geheel overgenomen en is daarmee een succesvol voorbeeld van hoe gezondheidsbevordering kan bijdragen aan zelfredzaamheid, o.a. door het versterken van het sociale netwerk.

#### *Ad. 3. EPODE en JOGG*

Vanuit het succesvolle Franse EPODE-project (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants, of "samen voorkomen we overgewicht bij kinderen") is aangetoond dat bestuurlijk draagvlak van wezenlijk belang is voor de effectiviteit en de continuïteit van het preventieprogramma, evenals het aangaan van publieke-private partnerships, het gebruik maken van sociale marketingtechnieken en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek zodat activiteiten bijgesteld kunnen worden (Protéines, 2008).

In de Nederlandse variant van EPODE, JOGG (Jongeren op gezond gewicht), is het uitgangspunt verbinding van preventie en zorg toegevoegd. Door deze ketenaanpak wordt gezamenlijk dezelfde B.Slim boodschap uitgedragen. De meerwaarde van ketenvorming heeft inmiddels op verschillende terreinen van de gezondheidszorg bewezen dat het geheel meer is dan de som der delen. Doelmatigheid en efficiëntie staan hierbij voorop (Bruin et al., 2010). Ook in de Zorgstandaard Obesitas is het belang van deze ketenzorg beschreven, waarbij sprake is van een onderling op onderdelen afgestemd geheel van processen en activiteiten, elkaar opvolgend in de tijd, met omschrijving van rollen, taken en verantwoordelijkheden van betrokken disciplines, om zo optimale zorg te leveren aan kinderen met overgewicht (PON, 2010).

#### *Ad. 4. Principes op het niveau van de gekozen activiteiten*

Binnen B.Slim gaan we uit van het feit dat de aanpak van overgewicht een complex geheel is. In gedrag spelen zowel bewuste als onbewuste processen een rol, evenals de omgeving. Niet één theoretisch model doet recht aan de complexiteit van de problematiek. Daarom is vanuit verschillende invalshoeken en denkkaders vorm gegeven aan de activiteiten. We zijn ervan overtuigd dat juist de combinatie van onderstaande werkzame principes de effectiviteit van het B.Slim programma bevordert.

### FCB-grid

Om nog beter aan te sluiten bij de doelgroep, is bij B.Slim gebruik gemaakt van het FCB-grid (Vaughn, 1980). Het FCB-grid komt uit de marketing en is bedoeld om te bekijken op welke manier een advertentie het beste aansluit bij de stijl van beslissen (kopen) van mensen.

Bij de doelgroep van B.Slim gaat het om mensen met een lage SES en/of een allochtone achtergrond. Deze doelgroep heeft doorgaans een lage betrokkenheid en gezondheid is voor hen eerder een emotioneel dan een rationeel 'iets'. Hiermee komt gezondheid voor hen in het kwadrant 'reageren' (do > feel > learn). De strategie die hier het beste bij past is het doen van prettige, leuke activiteiten. Eerst een gezonde activiteit doen (do), dan ervaren (feel) hoe het is om gezond bezig te zijn en door het te doen en te ervaren zal de doelgroep ervan leren (learn) en komen tot gedragsverandering. In veel B.Slim activiteiten wordt het principe toegepast dat de doelgroep moet ervaren dat gezond bezig zijn leuk is, denk bijvoorbeeld aan de workshops gezonde hapjes maken, de Food Party, B.Slim prijsvraag op de braderie enzovoorts.

### Sociale leertheorie

Daarnaast worden binnen B.Slim principes uit de sociale leertheorie (Bandura, 1977) toegepast. Deze theorie veronderstelt dat mensen leren door te observeren. Een voorbeeld hiervan is het 'slim rondje': een rondleiding in de supermarkt, waarbij producten vergeleken worden en etiketten bekeken worden. Ook leren mensen, en in het bijzonder kinderen, door elkaar te observeren. Zo worden ouders in de voorlichting op de peuterspeelzalen bewust gemaakt van de voorbeeldfunctie die ze richting hun kinderen hebben en komt ook hun eigen voedings- en beweeggedrag ter sprake in het spel. Dit principe heet modellering.

### Sociale cognitieve theorie

De sociale cognitieve theorie is een verdere uitwerking van de sociale leertheorie (Bandura, 1986). Volgens deze theorie wordt menselijk gedrag in vergaande mate bepaald door de verwachtingen die men van bepaald gedrag heeft en of men zich in staat voelt om het uit te voeren (eigen effectiviteitsverwachting). De theorie stelt dat gedrag dynamisch is en het gevolg is van de interacties tussen de persoon, het gedrag en de omgeving. De omgeving speelt een grote rol in dit model, omdat deze mogelijkheden geeft en beperkingen oplegt en dus kan bekrachtigen of tegenwerken. Binnen B.Slim wordt gepoogd de gezonde keuze te faciliteren door aanpassingen in de omgeving te doen. Op deze wijze wordt tevens aangesloten bij het WHO-principe 'Maak de gezonde keuze de gemakkelijke keuze'. Voorbeelden van omgevingsinterventies binnen B.Slim zijn de school- buurtmoestuin, fruitbeleid op scholen aan de hand van de B.Slim fruitbakjes, De Gezonde Schoolkantine, B.Slim wandelroutes en de Beweeg Speel inloop.

### ASE-model

ASE is een afkorting van attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit. Volgens het model zijn dit drie belangrijke factoren die van invloed zijn op gezondheidsgedrag (De Vries et al, 1988). Alle activiteiten van B.Slim hebben een positieve insteek. Dit draagt bij aan een positieve houding ten aanzien van een gezonde leefstijl. Volgens het ASE-model zijn er verschillende sociale invloeden, waaronder het ervaren van sociale steun. Bij de B.Slim activiteiten wordt veelal aangesloten bij bestaande groepen: dit kan sociale steun bieden. Een ander voorbeeld van een B.Slim activiteit waarbij ingespeeld wordt op sociale steun is de voorlichting op de peuterspeelzalen. Aan de hand van een spel met diverse stellingen/vragen wordt het gesprek tussen ouders onderling bevorderd, waarin ze hun ervaringen rondom het eet- en beweeggedrag van hun peuter met elkaar delen en elkaar tips geven. Dit is een effectieve methode aangezien een ouder sneller iets aanneemt van een andere ouder dan van een professional. Dit bevordert tevens de eigen-effectiviteit, waardoor ouders zich in staat voelen om het gezonde gedrag ook in de eigen thuissituatie toe te passen.

### Stages of change model

Indien er sprake is van overgewicht (zowel bij kinderen als bij zwangere vrouwen) wordt de techniek motivational interviewing gebruikt. Dit is gekoppeld aan het stages of change gedragsveranderingsmodel (Prochaska & DiClemente, 2002). In dit model is motivatie de belangrijkste determinant die zorgt voor voortgang tussen de stadia die leiden tot gedragsverandering: van voorbeschouwingsfase, overpeinzingsfase, voorbereidingsfase, actiefase en fase van gedragbehoud en eventueel terugval naar eerdere fase. In diverse studies is motivational interviewing effectief gebleken, ook voor leefstijlinterventies (Rubak et al, 2005; Hetteema et al, 2005).

### Nudging principe

Binnen B.Slim willen we in de toekomst graag meer gebruik gaan maken van het principe nudging om inwoners van de wijken te verleiden tot gezond gedrag. Dit omdat veel gedrag onbewust is. Nudging is kort gezegd mensen een vriendelijk duwtje in de goede richting geven door subtiele aanpassingen te doen in de sociale of fysieke omgeving zodat de gezonde keuze de makkelijkste keuze wordt ((Thaler en Sunstein, 2008). Een mogelijke nudge om kinderen (en hun ouders) aan te zetten tot meer bewegen is het aanbrenge van voetstapjes op tegels die leiden naar een object of locatie die op zichzelf aanzet tot gezond gedrag, zoals een speeltuin. In 2012 zal bekeken worden of een dergelijke nudge in de wijk Liendert gerealiseerd kan worden,

zodat de nieuwe natuurspeelplaats, het Waterwingebied én de B.Slim wandelroute bekender gemaakt kunnen worden en men tegelijkertijd aangespoord wordt om meer te bewegen. Begin 2012 is door een student van de opleiding Klinische en gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht onderzocht of zogenaamde B.Slim winkelwagenmuntjes en B.Slim boodschappenblokjes mensen kunnen aanzetten tot het nadenken over gezondheid en het vaker kopen van groente en fruit. Hieruit is gebleken dat beide nudges effectief zijn als het aankomt op het vaker aanschaffen van fruit.

#### Activiteiten richten op zowel voeding als beweging

Er is gekozen voor activiteiten gericht op zowel het stimuleren van gezonde voeding (minder suikerhoudende dranken en meer fruit en groente) als lichaamsbeweging (alledaagse activiteiten als buitenspelen, minder tv kijken en computerspelletjes doen) omdat gebleken is dat juist deze combinatie vooralsnog de beste aanpak is (Campbell, 2002; Kremers et al, 2008). Hierbinnen krijgen de volgende onderwerpen extra aandacht, gebaseerd op de vijf veelbelovende elementen voor preventie, zoals opgesteld door het Kenniscentrum Overgewicht (Bulk-Bunschoten et al., 2005):

1. Het stimuleren van borstvoeding
2. Het reduceren van het gebruik van gezoete dranken
3. Het verminderen van zittende activiteiten (met name TV-kijken en computergebruik)
4. Het bevorderen van buitenspelen
5. Ontbijten

Bij de bewustwording van de risico's van overgewicht en een ongezonde leefstijl is het belangrijk om consequent dezelfde boodschap over te brengen. Daarom is veel aandacht besteed aan de B.Slim boodschap zoals beschreven in onderdeel 4 van deze beschrijving: een pakkende, korte en makkelijke tekst, uitgebeeld in grappige illustraties.

#### Gebruik maken van erkende interventies

Tot slot maakt B.Slim gebruik van het best beschikbare bewijs over werkzame interventies door gebruik te maken van (landelijke) erkende interventies, indien deze pasten bij de wensen/situatie in de wijken. Voorbeelden hiervan zijn Lekker fit!, Gezonde Schoolkantine, Superchefs, Beweegkriebels, Gezonde voeding hoeft niet veel te kosten, de Beweegkuur en het Overbruggingsplan.

### **8. Samenvatting van de onderbouwing**

B.Slim wil overgewicht bij kinderen van 0-12 jaar met een lage SES en/of van allochtone afkomst voorkomen, vroegtijdig opsporen en terugdringen. De interventie omvat een mix aan maatregelen (integrale aanpak) die aansluiten bij de wensen en behoeften van de doelgroep (community benadering) en maakt tevens gebruik van erkende interventies. Er is aangesloten bij diverse modellen/principes zoals de FCB-grid, de sociale leertheorie, de sociale cognitieve theorie, het ASE-model, het stages of change model en nudging.

### **9. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking**

#### **Eisen ten aanzien van opleiding**

##### **Programmaniveau**

Voor de uitvoering van een programma als B.Slim is een sterke regievoerder / coördinator nodig. Deze rol past goed bij een functionaris gezondheidsbevordering van een GGD en/of bij een beleidsambtenaar van een gemeente. Deze functionaris is verantwoordelijk voor het uitzetten van de grote lijnen en de samenhang van alle onderdelen bin-nen het programma.

##### **Interventie-/activiteitsniveau**

De professionals in de wijk die meewerken aan B.Slim zijn veelal professionals op MBO- of HBO-niveau, zoals: projectmedewerkers gezondheidsbevordering, opbouwwerkers, diëtisten, sportconsulenten / combinatiefunctionarissen, dansdocenten, jeugdverpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

De medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg hebben voor de uitvoering van het Overbruggingsplan een extra training 'Motivational Interviewing' gevolgd. De training Beweegkriebels wordt gegeven door een sportconsulent die de train-de-trainer cursus van het NISB gevolgd heeft.

#### **Protocol / handleiding**

##### **Programmaniveau**

Voor de overdracht van B.Slim naar andere gemeenten kan gebruik gemaakt worden van aanwezige documenten als het plan van aanpak, activiteitenplannen, jaarverslagen (evaluatie). Zie hiervoor de website: [www.bslim.nu](http://www.bslim.nu). Tevens zijn hieronder de belangrijkste stappen van de aanpak geschetst en wordt inzicht gegeven in de randvoorwaarden die nodig zijn om een dergelijk programma ook elders in Nederland uit te kunnen voeren.

##### **Interventieniveau**

De interventies die uitgevoerd worden binnen B.Slim zijn vaak landelijk beschikbare interventies die zijn aangepast aan de situatie in de B.Slim wijken, zoals bijvoorbeeld het Overbruggingsplan en Beweegkriebels. Voor de primaire preventie

activiteiten zijn er activiteitenplannen beschikbaar, waarop de activiteiten op eenduidige wijze beschreven zijn (titel, korte beschrijving inhoud, doelgroep, doelen, organisatie, wanneer, locatie, werving, begroting en evaluatie). Dit is te gebruiken als draaiboek.

Geïnspireerd door het project in Amersfoort, zijn in de regio Midden-Nederland in o.a. de gemeenten Baarn, Zeist en Soest vergelijkbare programma's opgezet. Hierbij is de kennis en ervaring van B.Slim toegepast. Het volgende stappenplan is hierbij gehanteerd, dat goed bruikbaar is voor andere gemeenten in Nederland:

1. Eerste stap is een inventarisatie van hetgeen in de gemeente/wijk al gebeurt aan het thema overgewicht binnen de pijlers van de integrale aanpak. Zo komen de eventuele hiaten in het huidige aanbod in beeld. Het beste is om hiervoor een lokale werkgroep op te richten waarin de betrokken partijen zitting hebben onder regie van de gemeente, waarin in elk geval de sport- en welzijnsorganisatie participeert, evenals de scholen, de 1e lijn en de GGD.
2. Vervolgens is lokale screening gewenst over de vraag hoe deze pijlers het beste nader in te vullen. Hiervoor is het nodig om signalen en ervaringen van lokale organisaties en de wensen en behoeften van de doelgroep zelf in kaart te brengen. Bij deze raadpleging staan de vragen centraal wat de specifieke problemen in de gemeente zijn en aan welke (extra) preventieve activiteiten behoefte is. Hiervoor is van belang dat de gemeente verschillende partijen bij elkaar brengt. Dit kan aan de hand van een startbijeenkomst om lokale sleutelfiguren te raadplegen. Naast samenwerking met diverse partijen uit het veld, is betrokkenheid nodig van andere sectoren binnen de gemeente: volksgezondheid, welzijn, veiligheid, sociale zaken, onderwijs, sport en recreatie, groen en stedelijk beheer, ruimtelijke ordening, wijkontwikkeling, etc.
3. Op basis van al deze input volgt het opstellen van een activiteitenplan op maat door de werkgroep waarin doelstellingen, aanpak, taakverdeling, tijdspad etc. omschreven staan. De gemeente maakt hiervoor afspraken met de betrokken partijen over de bijdragen van iedere organisatie aan de uitvoering van dit programma.
4. Dan volgt uitvoering van de activiteiten door diverse organisaties. Bewaking van de voortgang, evaluatie van het proces en het monitoren van het bereik van de activiteiten is in deze fase van belang, waarbij de gemeente weer de regierol op zich neemt.

Om een programma als B.Slim ook in andere gemeenten uit te kunnen voeren, zijn daarnaast de volgende randvoorwaarden van belang:

- Een goed netwerk met samenwerkingspartners. Enerzijds is hun input nodig om tot goede keuzes voor de activiteiten te komen die aansluiten in de wijk. Anderzijds is hun draagvlak en commitment nodig bij de uitvoering van deze activiteiten en het mede uitdragen van de B.Slim boodschap. Bij een goed netwerk gaat het vanzelfsprekend om de juiste partijen/disciplines, maar daarnaast is bevoegdheid nodig. Deze bevoegdheid zorgt ervoor dat de samenwerkingspartners elkaar weer enthousiast maken om zich in te zetten voor één gezamenlijk doel, namelijk de preventie van overgewicht bij kinderen. Advies is om klein te beginnen, daar waar de energie zit, en het netwerk in de loop van de jaren verder uit te bouwen. Indien het project voldoende bekend is (zie ook randvoorwaarde communicatie), zal dit deels ook vanzelf gaan.
- Sterke regievoerder / coördinator. Deze persoon is de aanjager en trekker, brengt partijen bijeen, kan deze partijen enthousiasmeren en weet de juiste verbindingen te leggen (bruggebouwer). De coördinator moet niet alleen achter zijn bureau werken, maar zelf ook echt de wijk in om in verbinding te staan met de doelgroep en de partners in de wijk.
- Financiële middelen. Een community project is intensief en kost al gauw 2-3 dagen per week voor de coördinatie. Ook is budget nodig waarmee activiteiten gefaciliteerd kunnen worden.
- Betrokken gemeente. De gemeente moet zich eigenaar voelen van het project. De gemeente moet 'het gezicht' zijn van B.Slim, bij voorkeur in de vorm van een enthousiaste wethouder Volksgezondheid. De gemeente moet het project als prioriteit zien en dat ook uitstralen. Op deze manier worden sleutelfiguren gemotiveerd om deel te nemen. De ambtenaar moet voldoende tijd hebben voor het project en in staat zijn om verbindingen binnen de gemeente zelf te leggen om zo de intersectorale samenwerking tot stand te brengen.
- Communicatie. Het project moet zichtbaar zijn en blijven ten behoeve van betrokkenheid. Een duidelijk gezicht door het gebruik van een herkenbaar logo is daarbij van belang, evenals regelmatig publicitaire momenten.
- Lange adem. Het creëren van draagvlak, het implementeren van interventies, het boeken van resultaten en de borging daarvan in de wijken kost tijd. Daarom is een lange termijn aanpak vereist van minimaal 5-10 jaar.
- Planmatig te werk gaan, maar ook flexibel zijn. De organisatie van een community project vereist projectmanagement, maar is ook een dynamisch proces waarbij vooraf niet alles planbaar is. Van belang is om oren en ogen open te houden voor ontwikkelingen, signalen en wensen uit de wijk. Juist door hierbij aan te haken, bundel je de krachten en wordt de zichtbaarheid van de boodschap versterkt.

### **Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking**

De projectleiders van B.Slim maken duidelijke afspraken over de inzet van de verschillende partijen binnen het project. Ook bewaken zij de voortgang van de activiteiten en dragen zij zorg dat de verschillende uitvoerende partijen de activiteiten evalueren op proces. Ten behoeve van deze procesevaluatie is een activiteitenregistratieformulier gemaakt. Dit wordt gebruikt om te bepalen welke activiteiten uit het activiteitenplan worden gecontinueerd in het volgende jaar en welke niet. De projectleiders beschrijven de resultaten jaarlijks in een evaluatieverslag.



## Kosten

In de eerste projectperiode (2005-2009) was per jaar een bedrag van 70.000,- euro beschikbaar vanuit de gemeente Amersfoort. Vanaf 2010 wordt B.Slim gefinancierd vanuit middelen van het Grote Stedenbeleid van de gemeente Amersfoort (70.000 euro per jaar) én subsidie vanuit het programma Gezonde Slagkracht van ZonMw (50.000 euro per jaar). Het jaarlijks beschikbare budget is dus 120.000 euro.

Bij een grote stad (in dit voorbeeld Amersfoort) komt dat neer op de volgende verdeling van de kosten. Kosten van de coördinatie bedragen rond de 31.000-34.000 euro. Kosten van het materiaal zijn met name in het eerste jaar hoger (ca. 19.000) en bedragen daarna ongeveer 10.000-13.000 euro. Voor de Club Extra Fit en het overbruggingsplan moet ongeveer 20.000 gerekend worden. De kosten van de activiteiten voor zwangeren bedragen zo'n 5000-10.000 euro. Voor het voortgezet onderwijs bedragen de kosten zo'n 10.000-15.000 euro. Voor de verschillende wijken (in dit geval Liendert Rustenburg, Randenbroek Schuilenburg, Kruiskamp-Koppel en Soesterkwartier) zullen de kosten zo'n 8000-10.000 euro bedragen.

### 10. Onderzoek naar de uitvoering van de interventies

De opgestelde doelenboom is leidraad voor de evaluatie. Om het hoofdoel van B.Slim te evalueren worden de BMI-gegevens van de kinderen gemonitord door het meten van lengte en gewicht bij de reguliere periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO's) van de GGD. Daarnaast wordt op basis van de 4-jaarlijkse enquêteonderzoeken op het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs (Schoolkracht) inzicht verkregen in het eet- en beweeggedrag van kinderen en jongeren (doelen op determinatenniveau). Het eet- en beweeggedrag van 0-4 jarigen wordt uitgevraagd in een vierjaarlijks onderzoek onder ouders van 0-4 jarigen, dat in 2012 voor het eerst plaatsvindt. We zijn voornemens onderzoek te doen naar bewustwording, kennis, houding en gedrag bij ouders, in samenwerking met de universiteit van Wageningen. In dit kader wordt een logisch model ontwikkeld op basis van de doelenboom dat als uitgangspunt van de evaluatie zal dienen (Haveman-Nies et al, 2010). Dit logisch model zal uitmonden in een lijst van indicatoren, waarvoor geschikte meetmethoden en -vragenlijsten worden gezocht. Onze voorkeur gaat uit naar een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

Om inzicht te verkrijgen in het proces worden de verschillende activiteiten op proces geëvalueerd en wordt per activiteit het aantal deelnemers geregistreerd. Het proces wordt beschreven aan de hand van een format voor de registratie van activiteiten, die door de verschillende organisaties ingevuld wordt na afloop van een activiteit. Andere gehanteerde methoden zijn: observaties van de reacties tijdens de voorlichting, interviews met de intermediairen, kringgesprek met de kinderen (over wat ze geleerd hebben en wat ze ervan vonden), korte vragenlijsten voor ouders en een quiz om de kennis te toetsen. Voor het aantal deelnemers per activiteit wordt verwezen naar de jaarverslagen (in verband met de veelheid van activiteiten). Ter illustratie worden hieronder wel de bereikcijfers van de activiteiten in de wijk Liendert/Rustenburg in het jaar 2011 gegeven. De procesevaluatie worden besproken in de taakgroepvergaderingen. Op basis hiervan worden adviezen voor eventuele aanpassingen en het vervolg gedaan aan de stuurgroep. Uit deze procesevaluatie blijkt dat het goed lukt om de risicogroepen binnen de wijken te bereiken. De B.Slim activiteiten worden goed bezocht door inwoners uit de wijk, die gekenmerkt wordt door een hoog aantal kinderen met overgewicht. We zien dat de groepen met meer risico (ouders en kinderen van allochtone afkomst en inactieve kinderen) baat hebben bij het B.Slim project. Zo doen aan de B.Slim activiteiten zoals de Food Party's en de supermarktrondleidingen relatief veel Turkse en Marokkaanse moeders mee. Daarnaast zijn de combinatiefunctionarissen van sportorganisatie SRO goed in staat om de risicokinderen te bereiken. Deze vakleerkrachten organiseren naast de lessen Lichamelijke Opvoeding op de scholen ook naschoolse activiteiten. Bij de werving van de kinderen voor deze activiteiten (inclusief de B.Slim activiteiten) ligt de nadruk op kinderen die het het hardst nodig hebben. Dit zijn de kinderen die weinig of niet sporten, géén lid zijn van een sportclub of kinderen die motorisch of sociaal/emotioneel een achterstand hebben. Omdat de combinatiefunctionaris de kinderen ook ziet tijdens de gymles, kan hij/zij zich hier een goed beeld van vormen. Bovendien is de drempel voor kinderen laag om bij hem/haar te komen sporten na schooltijd, omdat ze hem/haar goed kennen. De genoemde kinderen zijn ook vaak de kinderen waarbij sprake is van overgewicht. De procesevaluatie zijn terug te vinden in de diverse jaarverslagen.

Naar het Overbruggingsplan in de regio Eemland (waar Amersfoort onderdeel van uit maakt) is een effectevaluatie gedaan in het schooljaar 2007/2008. Het rapport van de uitkomsten is te vinden op [www.ggdatlas.nl](http://www.ggdatlas.nl) (klik op evaluatieonderzoek). Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de aanpak succesvol is. Van deelnemers die het gehele project hebben doorlopen is gemiddeld de BMI en de middelomtrek afgenomen. Zij zijn gezonder gaan eten en meer gaan bewegen. Wel is gebleken dat het lastig is om alle ouders van kinderen met overgewicht te motiveren om aan het Overbruggingsplan te gaan deelnemen: ongeveer 20% van de kinderen doet mee.

Op verschillende momenten is de samenwerking met de kernpartners van B.Slim geëvalueerd. In 2009 aan de hand van een korte vragenlijst, waarvan de uitkomsten in de taakgroep en regiegroep besproken zijn. In 2010 heeft de Academische Werkplaats GGD Zuid Limburg onderzoek gedaan naar de duurzame samenwerking binnen het wijkgerichte B.Slim programma in Amersfoort. De resultaten van deze evaluatie naar de samenwerking zijn terug te vinden in de jaarverslagen van B.Slim.

Vanuit Gezonde Slagkracht wordt in 2012 een kwalitatieve netwerkanalyse uitgevoerd om de samenwerking binnen B.Slim te evalueren.

### **Succesfactoren van B.Slim zijn:**

- . B.Slim wordt positief ontvangen in de wijken, zowel bij de doelgroep als bij de vele samenwerkingspartners.
- . De brede samenwerking heeft geleid tot een scala van activiteiten.
- . Door de interventiemix komt de doelgroep op meerdere momenten en plaatsen in aanraking met de B.Slim boodschap. Dit heeft positief gewerkt: mensen in de wijk herkennen het project. Ook geven de medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg aan dat dit er toe geleid heeft dat ouders onderling over het thema overgewicht zijn gaan praten.
- . Door de lokale insteek en door goed aan te sluiten bij bestaande netwerken, lukt het goed om allochtone groepen te bereiken.
- . Kracht van B.Slim is dat door verschillende mensen/instellingen dezelfde boodschap uitgedragen wordt.

### *Learnings van B.Slim zijn:*

- . De eerste projectjaren is er zeker bewustwording ontstaan, verandering van leefstijl is echter een kwestie van lange adem.
- . Het welzijnswerk, sleutelfiguren in de wijk en bestaande netwerken zijn enorm belangrijk om de doelgroep te bereiken.
- . Het project zichtbaar maken is ontzettend belangrijk: veel PR.
- . Activiteiten niet vanachter je bureau verzinnen, maar je ogen en oren te luisteren leggen in de wijk.
- . Het project is vooral een succes geworden door de goede samenwerking. Er wordt gezamenlijk aan één gemeenschappelijk doel gewerkt. De neuzen staan dezelfde kant op. De samenwerking heeft voor de ketenpartners een duidelijke meerwaarde om het probleem van overgewicht bij kinderen aan te pakken. Op deze wijze zijn we namelijk in staat om een interventiemix uit te voeren, waardoor de aanpak veel effectiever is. Het heeft een duidelijke win-win situatie doordat programma's op elkaar aansluiten en elkaar aanvullen.

### **Bereikcijfers: een voorbeeld**

Activiteiten wijk Liendert/Rustenburg 2011:

#### *B.Slim Ontbijt en voorlichting peuterspeelzalen:*

- 10 groepen peuters: 103 peuters
- 82 ouders aanwezig bij het ontbijt (84%) en 59 ouders bij de voorlichting (61%)

#### *Sport- en speltoernooi:*

- Ongeveer 40 kinderen

Extra activiteiten rondom Lekker fit! basisscholen De Wiekslag en De Windroos

- Workshop gezonde hapjes maken op De Wiekslag: 18 moeders (van allochtone afkomst) en op De Windroos: 4 moeders
- Ouderbijeenkomst Gezond Leven spel op De Wiekslag: 3 ouders en op De Windroos: 3 ouders
- Supermarktrondleiding op De Wiekslag: 4 vrouwen (van allochtone afkomst)

#### *Wandelactiviteit B.Slim route ouders en kinderen:*

- 80 kinderen, een mix tussen allochtone en autochtone kinderen in de leeftijd van 6 t/m 10 jaar, aantal ouders die kwamen helpen
- 24 vrouwen van Samen Voortburgeren

Voedingsvoorlichting aan de Samen Voortburgeren groep

- Food Party: 11 personen (10 vrouwen en 1 man)
- Supermarktrondleiding: 7 personen

#### *Openingsfeest Proeftuin:*

- 24 kinderen van De Wiekslag en 12 kinderen van De Windroos (groep 6)
- Ongeveer 15 kinderen van de BSO en 15 kinderen van de peuterspeelzaal
- Daarnaast leerkrachten van de scholen, wijkbewoners/ ouders, BSO-leidsters, peuterspeelzaalleidsters, Accent, De Baander, Stichting Islamitisch Centrum Amersfoort (SICAF) en andere betrokken professionals (bijvoorbeeld van de gemeente, SWA, Zichtbare Schakel): ruim 50 mensen

#### *Oogstfeest Proeftuin:*

- Ongeveer 20 kinderen van de Wiekslag, 8 kinderen van de Windroos (groep 7), aantal moeders die kwamen helpen
- Ruim 50 wijkbewoners (20 deelnemers aan de tuintjes en hun complete gezin)

#### *Overbruggingsplan:*

- 44 kinderen uit (de stad) Amersfoort hebben in 2011 deelgenomen aan het Overbruggingsplan.

## **11. Nederlandse effectstudies**

### **Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland**

Niet bekend

## **12. Buitenlandse effectstudies**

Niet bekend

## **13. Uitvoering van de interventies**

Niet bekend

## **14. Overeenkomsten met andere interventies**

Niet bekend

## **15. Lijst met aangehaalde literatuur**

Bandura, A (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bekkers MBM (2012). Overweight and respiratory and cardiovascular health in children. The PIAMA birth cohort study. Utrecht: Universiteit Utrecht en RIVM.

Branca F, Nogason H & Lobstein T. (eds) (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: WHO.

Bruin A de en Gelderloos A (2010). Sterke schakels. Op zoek naar succesfactoren voor ketensamenwerking in de jeugdzorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam FJM van, Hirasing RA (2005). Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: Sociale Geneeskunde (JGZ) EMGO, VUMC.

Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S (2002). Interventions for preventing obesity in children. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software.

Deshmukh-Taskar, P, Nicklas, T, Morales, M, Yang, S, Zakeri, I, Berenson, G (2006). Tracking of overweight status from childhood to young adulthood: the Bogalusa Heart Study. Eur J Clin Nutr (60), p. 48-57.

French, SA en Stables G (2003). Environmental interventions to promote vegetable and fruit consumption among youth in school settings. Preventive Medicine (37), p. 593-610.

Gouw de S (2012). Effectiviteit van overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid. Met name op het gebied van overgewicht, voeding en bewegen. Leiden: GGD Hollands Midden.

Guelinckx, I, Vansant, M, Devlieger, R (2010). Pregnancy and obesity: clinical approach and nutritional management. Leuven: Katholieke Universiteit.

Han, TS, Tijhuis, MAR, Lean, MEJ, Seidell, JC. (1998). Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. Am J Public Health (88), p. 1814-20.

Harting J, Assema P van (2007). Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte? Maastricht: Universiteit Maastricht.

Harting J, Assema P van, Ruland E (2007). De communitybenadering voor GVO-interventies. In: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.

Haveman-Nies N, Jansen S, Oers van H, Veer van 't P (2010). Epidemiology in Public Health Practice. Wageningen: Wageningen pers.

Hettema J, Steele J, Miller WR (2005). Motivational interviewing. Annual review of Clinical Psychology (1), p. 91-111.

Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (2006). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapport nr. 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kemper HC, Post GB, Twisk JW, Mechelen van W. (1999). Lifestyle and obesity in adolescence and young adulthood: results from the Amsterdam Growth And Health Longitudinal Study (AGAHLS). Int J Obes Relat Metab Disord. Apr; 23 Suppl 3:S34-40.

Koelen MA, Ban AW van den (2004). Health Education and Health Promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.

Kremers S, Martens M, Reubsat A, Weerdt de I, Vries de N, Jonkers R (2008). Programmeringstudie overgewicht. Rescon en Universiteit Maastricht.

Kroon de M (2011). The Terneuzen Birth Cohort. Detection and prevention of overweight and cardiometabolic risk from infancy onward. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Kuipers YM (2010). Focusing on obesity through a health equity lens. A collection of innovative approaches and promising practices by European and international health promotion bodies to counteract obesity and improve health equity. EurohealthNet.

L'Abée C (2010). Infant Growth. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Loketgezondleven.nl Bilthoven: RIVM, <http://www.loketgezondleven.nl> versie 2.24, 5 augustus 2011.

Middelbeek L, Blokdijk L, Schuit AJ, Buijs G, Rutz SI, Schilthuis HJ, Bemelmans WJE (2007). Overgewichtpreventie in het

voortgezet onderwijs: het landelijke en regionale beeld. RIVM rapport 260412001.

Oosterman J, Schreurs H, Groeneboom G, Hillen S, Geus de G, Goot van der K, Ameijden van E. (2010). Eindevaluatie Gezond Gewicht Overvecht. Monitoring en evaluatie van het vijfjarige communityproject Gezond Gewicht Overvecht. Utrecht: GG & GD, gemeente Utrecht.

Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) (2010). Zorgstandaard obesitas.

Perry CL, Bishop DB, Taylor GL, Davis M, Story M, Gray C (2004). A randomized school trial of environmental strategies to encourage fruit and vegetable consumption among children. *Health Education & Behavior* (31), p. 65-76.

Pretty JN (1995). Regenerating agriculture policies and practice for sustainability and self-reliance. London: Earthscan Publication Ltd.

Prochaska, JO, Redding, CA & Evers, KE (2002). The transtheoretical model and stages of change. In: K. Glanz, BK Rimer, FM Lewis et al (red.), *Health behaviour and health education: theory, research and practice*, 3rd edition, p. 99-120.

Protéines (2008). Preventing childhood obesity: the EPODE methodology. Parijs: EPODE International Coordination Unit, Protéines Company.

Rubak S, Sandboek A, Lauritzen T, Christensen B (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* (55), p. 305-312.

Schrijvers CTM en Storm I (2009). Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector. Bilthoven: RIVM.

Storm I, Zoest F van, Broeder L den, Storm I (2007). Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: RIVM.

Storm I, Verweij A en Lucht v.d. F (2011). Integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau; wat weten we en hoe nu verder. Bilthoven: RIVM.

Thaler, RH, Sunstein, C (2008). *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven: Yale University Press.

Vaandrager, L (2000). Gezonde wijken. In: *Gezond leven: stand van zaken en voorstel van programmering*. In opdracht van ZorgOnderzoek Nederland, p. 97-117.

Van Assema P, Mesters I, Kok G (1992). Het focusgroep-interview: een stappenplan. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* (70, 7), p. 431-437.

Vaughn, R (1980). How Advertising Works: A Planning Model. *Journal of Advertising Research* (20, 5), p. 27-33.

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

World Health Organization (WHO) (2006). Obesity and overweight. Factsheet no. 311. Geneva: WHO.

Yang, X, Telama, R, Leskinen, E, Mansikkaniemi, K, Viikari, J, Raitakari, O (2007). Testing a model of physical activity and obesity tracking from youth to adulthood: the cardiovascular risk in young Finns study. *International Journal of Obesity* (31), p. 521-527.

## Samenwerking erkenningstraject

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

