

# Samen Happie!

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Radboud Universiteit; Behavioural Science Institute

Postadres: Postbus 9104. 6500 HE Nijmegen.

E-mail: [samenhappie@ru.nl](mailto:samenhappie@ru.nl)

Telefoon: 024-3612370 / 024-3612822 (secretariaat)

## Website (van de interventie):

- [www.samenhappie.nl](http://www.samenhappie.nl)

## Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Junilla K. Larsen

E-mail : [j.larsen@bsi.ru.nl](mailto:j.larsen@bsi.ru.nl)

Telefoon : 024-3612370 / 024-3612822 (secretariaat)

## Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: J. K. Larsen, C. P. M. de Kort & L. T. Karssen

Titel interventie: Samen Happie!

Databank(en): RIVM Loket Gezond Leven

Plaats, instituut: Nijmegen, Radboud Universiteit.

Datum: Augustus 2020

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

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

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

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek .....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
Beschrijving interventie .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	6
1.3 Aanpak .....	7
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>19</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	211
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>22</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>23</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>26</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

## Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

*Samen Happie!* heeft als doel om ouders te stimuleren vaker opvoedstrategieën op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd (gedefinieerd als ‘gewichtsgelateerde opvoedpraktijken’) toe te passen die een gezonde leefstijl bij hun kind(eren) bevorderen om een gezonder gewicht van kinderen te bewerkstelligen. De totale interventie bestaat uit online (app en website) en offline (2 groepsbijeenkomsten) tools. De totale interventie is gericht op ouders van jonge kinderen (2-4 jaar) met een lagere sociaaleconomische status (SES) die interesse hebben in opvoedtips (op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd) [53-54]. Sterke punten van de interventie zijn de combinatie van online en offline tools die elkaar zowel methodisch als inhoudelijk versterken en het feit dat naast ouderlijke kennis en motivatie ook ingezet wordt op de ontwikkeling van vaardigheden (gewoonten). Beide online tools kunnen al eerder verspreid worden onder een breed publiek van (lage SES) ouders met kinderen jonger dan 2 jaar.

## Doelgroep – max 50 woorden

*Samen Happie!* (online tools + groepsbijeenkomsten) richt zich op ouders van jonge kinderen (2-4 jaar) met een lage SES achtergrond die interesse hebben in opvoedtips (op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd). De ervaring leert dat deze ouders meer openstaan voor groepsbijeenkomsten gericht op (gezonde) opvoeding [53-54].

## Doel – max 50 woorden

Het hoofddoel van *Samen Happie!* is om ouders te stimuleren vaker opvoedstrategieën op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd toe te passen die een gezonde leefstijl bij hun kind(eren) bevorderen om zodoende een gezonder gewicht van kinderen te kunnen bewerkstelligen.

## Aanpak – max 50 woorden

Twee groepsbijeenkomsten (ieder 2 uur; 4-6 ouders; 3 maanden tussentijd) met thuisopdrachten zetten in op het aanleren van algemene opvoedvaardigheden (balans in controle en warmte) bij de toepassing van gewichtsgelateerde opvoedpraktijken. Ook wordt ouderlijk welbevinden gestimuleerd. De app en website bieden verdiepende informatie over gewichtsgelateerde opvoedpraktijken en ouderlijk welbevinden.

## Materiaal – max 50 woorden

- *Samen Happie!* app (gratis beschikbaar via Play Store en App Store)
- Handleiding app voor ouders ([download](#))
- *Samen Happie!* website: [www.samenhappie.nl](http://www.samenhappie.nl)
- Handleidingen groepsbijeenkomsten voor professionals ([download](#))
- Materiaal groepsbijeenkomsten ([download Bijeenkomst 1](#); [download Bijeenkomst 2](#))
- Evaluatievragenlijsten bijeenkomsten ([download](#))
- Eindrapportage voor subsidiegever FNO ([download](#))
- Rapportage procesevaluatie ([download](#))

De map met alle bovengenoemde materialen is [hier](#) te bekijken.

## Onderbouwing – max 150 woorden

*Samen Happie!* biedt de potentie om gezonde gewichtsgelateerde opvoedpraktijken van ouders met een lage SES te stimuleren en een gezonder gewicht van kinderen te bewerkstelligen omdat de interventie:

- Is ontwikkeld via Intervention Mapping [22] en in continue co-creatie met de doelgroep (ouders met een lage SES) en zorgprofessionals en qua communicatie ook op de doelgroep is afgestemd.
- Naast gewichtsgelateerde opvoeding ook inspeelt op het welzijn van ouders en barrières die er zijn.
- Een combinatie biedt van (keuze uit) online met offline tools.
- Inspeelt op opvoeding op het gebied van alle relevante gewichtsgelateerde gedragingen: Eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd.
- Naast een gezonde opvoeding ook inzet op belangrijke moderatoren: Algemene opvoeding en ouderlijk welbevinden.

- Aansluit bij het I-Change model en naast belangrijke sociaal-cognitieve determinanten (zoals kennis, attitudes en geloof in eigen kunnen) ook inzet op het verwerven van vaardigheden (gezonde gewoonten ontwikkelen).

### Onderzoek – max 100 woorden

Twee studies zijn verricht met meer dan 500 deelnemers om het proces en de effecten van de app (*Studie 1*; RCT met ouders van baby's) en app in combinatie met groepsbijeenkomsten (*Studie 2*; quasi-experimenteel design met ouders van peuters) te onderzoeken. De procesevaluatie (2019) laat zien dat zowel zorgprofessionals (verpleegkundigen) als deelnemers (ouders) de app en groepsbijeenkomsten positief evalueren. Wel wordt de app positiever beoordeeld in *Studie 2* dan in *Studie 1*, specifiek in combinatie met groepsbijeenkomsten en worden de groepsbijeenkomsten positiever geëvalueerd dan de app. Vandaar de focus op offline én online tools, waarbij ook een website is ontwikkeld.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

*Samen Happie!* richt zich op ouders van jonge kinderen (2-4 jaar) met een lage SES achtergrond die interesse hebben in opvoedtips (op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd) [53-54]. Deze ouders worden met name bereikt via peuterspeelzalen en consultatiebureaus in lage SES wijken. De online tools kunnen al eerder verspreid worden onder een breed publiek van (lage SES) ouders met kinderen jonger dan 2 jaar.<sup>1</sup>

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

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

Zorgprofessionals (zie onder 2) volgen een korte training, zodat zij daarna zelfstandig de *Samen Happie!* interventie kunnen geven.

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

De doelgroep van de *Samen Happie!* interventie (online tools + groepsbijeenkomsten) wordt geselecteerd door zogenoemde sleutelfiguren (zie onder 2). Er is echter geen harde contra-indicatie voor ouders met opvoedvraagstukken uit andere doelgroepen (bijv. ouders met een middelhoge SES). Wel is het belangrijk dat het tempo en taalgebruik worden aangepast aan doelgroep van ouders met een lage SES. Voor het gebruik van de interventie is het verder van belang dat ouders de Nederlandse taal voldoende beheersen om de informatie en video's te kunnen begrijpen. Het niet kunnen lezen en begrijpen van het Nederlands op B1-niveau is daarom een contra-indicatie voor deelname aan de *Samen Happie!* interventie.

**Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

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

In de opzetfase van de interventie zijn focusgroepen gehouden met ouders van jonge kinderen (peuters) met een lagere SES. Deze focusgroepen hadden als doel om lastige opvoedsituaties en bijhorende opvoedvraagstukken bij de doelgroep te detecteren. Deze focusgroepen vormden de basis van de ontwikkeling van de opvoedtips in de app en de groepsbijeenkomsten, zodat de informatie, thema's en voorbeelden in de interventie afgestemd werden op de doelgroep. Ook werden de werkvormen (online app/offline groepsbijeenkomsten) afgestemd. De app (en later ook de website) is tot stand gekomen in een proces van continue interactie en co-creatie met de doelgroep, niet enkel op inhoudelijk, maar ook op lay-out technisch gebied. Ook is een aantal JGZ verpleegkundigen van de GGD Gelderland-Zuid nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de app en met name de groepsbijeenkomsten. Door hun praktijkervaring hebben we de inhoud en vorm van de groepsbijeenkomsten zo goed mogelijk op de doelgroep kunnen afstemmen.

### 1.2 Doel

**Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het hoofddoel van *Samen Happie!* is om ouders te stimuleren vaker opvoedstrategieën op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd (gedefinieerd als 'gewichtsgerelateerde opvoedpraktijken') toe te passen die een gezonde leefstijl bij hun kind(eren) bevorderen om zodoende een gezonder gewicht van kinderen te kunnen bewerkstelligen.

---

<sup>1</sup> De online tools (app en/of website) hebben de potentie om ouders met een lage SES te helpen bij de ontwikkeling van een gezonde leefstijl bij hun kind(eren) jonger dan twee jaar, los van de bijeenkomsten. Uit zowel de literatuur als ons eigen onderzoek blijkt dat ouders van kinderen jongeren dan 2 jaar veelal nog geen behoefte hebben aan groepsbijeenkomsten.

## **Subdoelen** – max 350 woorden

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

Het hoofddoel van het programma kan bereikt worden via het behalen van de volgende subdoelen, uitgekristalliseerd voor de offline (groepsbijeenkomsten) versus online (app/website) tools:

### **1. Subdoelen groepsbijeenkomsten**

- 1.1 Ouders bewustmaken van algemene opvoedvaardigheden
- 1.2 Ouders motiveren tot het uitoefenen van meer warmte en controle in de algemene opvoeding
- 1.3 Het verbeteren van opvoedvaardigheden op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd
- 1.4 Het verbeteren van ouderlijk welzijn
- 1.5 Het faciliteren van sociale steun en het uitwisselen van ervaringen met andere ouders

### **2. Subdoelen online tools (app & website)**

- 2.1 Ouders bewustmaken van gezonde opvoedpraktijken op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd
- 2.2 Ouders motiveren tot het uitoefenen van gezonde opvoeding op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd
- 2.3 Het verbeteren van planmatig gedrag op het gebied van gezonde opvoedpraktijken
- 2.4 Ouders bewustmaken van het belang van goed voor zichzelf zorgen

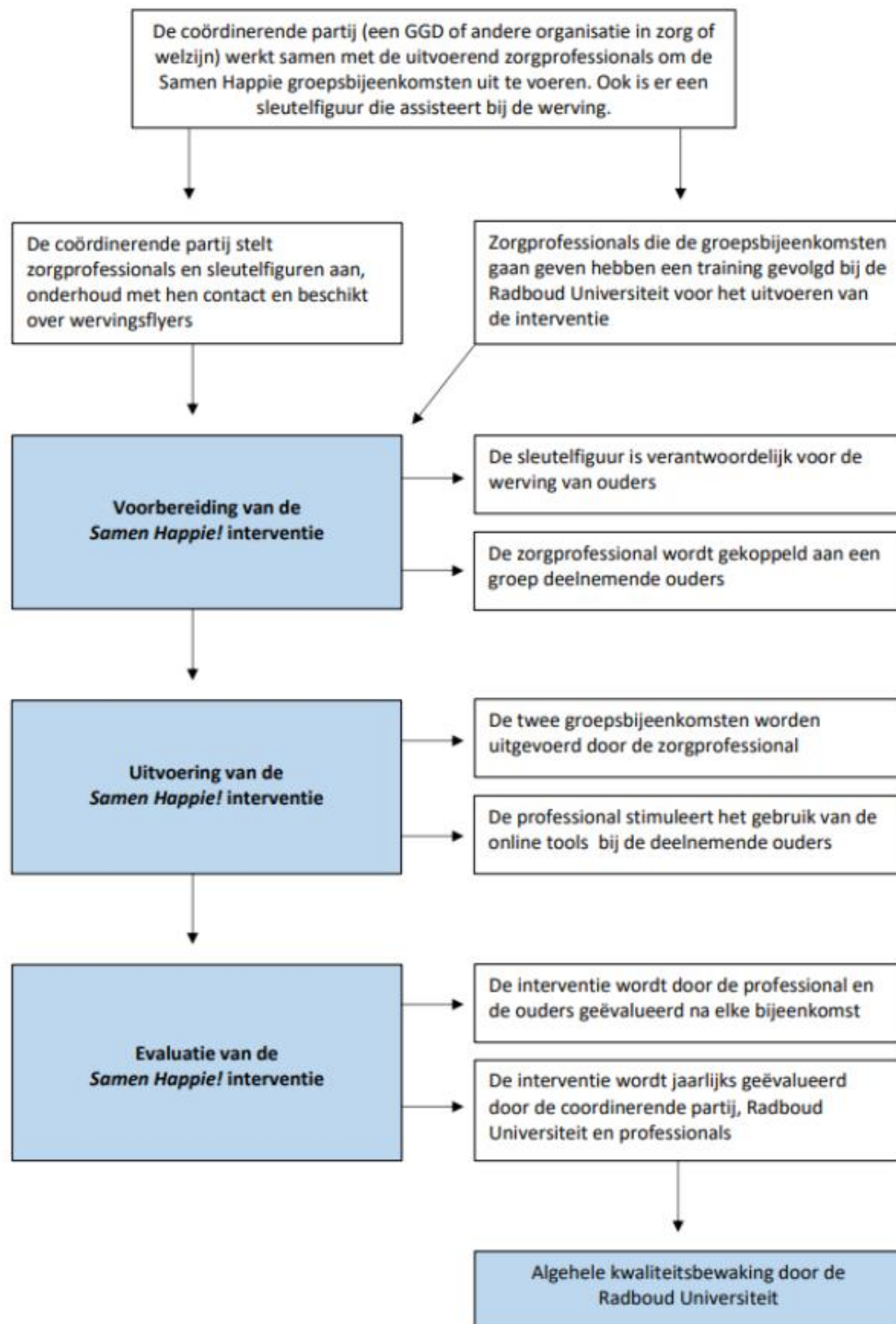
## **1.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie** – max 200 woorden

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

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

*Samen Happie!* kan in diverse regio's in Nederland worden uitgevoerd vanuit een zorg- of welzijnsorganisatie (de coördinerende partij), bijvoorbeeld een GGD of kinderopvangorganisatie. De Radboud Universiteit is de interventieontwikkelaar en draagt zorg voor de kwaliteitsbewaking (zoals het up-to-date houden van materialen). Zorgprofessionals dienen een korte training bij te wonen bij de Radboud Universiteit voordat ze de groepsbijeenkomsten kunnen uitvoeren. In Figuur 1 worden de verhoudingen en verantwoordelijkheden van de diverse partijen verder gevisualiseerd. De coördinerende partij stelt een sleutelfiguur en zorgprofessional aan. De sleutelfiguur assisteert enkel bij de werving en vorming van de groepen voor de groepsbijeenkomsten. De zorgprofessional voert de twee groepsbijeenkomsten uit, met gemiddeld 4-6 ouders (duur per groepsbijeenkomst = 2 uur; idealiter 3 maanden tussentijd tussen de 2 bijeenkomsten). Voorts stimuleert de zorgprofessional ouders tot het gebruik van de online tools (dit wordt echter niet verplicht gesteld). De app is gratis te downloaden via de Google Play Store of iOS App Store. Er is een handleiding beschikbaar van de app, ook te downloaden via [www.samenhappie.nl](http://www.samenhappie.nl). Voorts dienen na afloop van elke groepsbijeenkomst standaard evaluatieformulieren te worden ingevuld. Zo kan door de Radboud Universiteit worden gewaarborgd dat de interventie overal wordt uitgevoerd zoals bedoeld.



*Figuur 1. Schematisch overzicht van de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen*  
*Notitie: Afhankelijk van de grootte van de organisatie kunnen 1 of meerdere zorgprofessionals en/of sleutelfiguren worden aangesteld. Binnen kleinschaligere organisaties kunnen zorgprofessional en sleutelfiguur dezelfde persoon zijn. Wel gelden dan vanzelfsprekend de minimale competenties van de zorgprofessional die de groepsbijeenkomsten gaat uitvoeren (zie onder 2).*



## Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

*Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt. Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving. Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.*

De *Samen Happie!* interventie (groepsbijeenkomsten + online tools) richt zich op ouders van jonge kinderen (2-4 jaar) met een lage SES achtergrond die interesse hebben in opvoedtips op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd [53-54]. Ouders worden tijdens de groepsbijeenkomsten gestimuleerd om de online tools te gebruiken. Dit wordt echter niet 'verplicht' gesteld. De voorbereidende stappen en de concrete inhoud van de *Samen Happie!* interventie worden hieronder toegelicht.<sup>2</sup>

### Groepsbijeenkomsten

#### Stap 1: Werving en training zorgprofessionals

Zorgprofessionals (zie onder 2: Opleiding en competenties van de uitvoerders) worden geworven via nieuwsbrieven (JGZ en Gezonde Kinderopvang). Zij worden middels een korte cursus getraind, zodat zij daarna zelfstandig de groepsbijeenkomsten kunnen geven (en online tools kunnen promoten). Voor de uitvoer van de training zijn presentatie-slides beschikbaar. De training wordt gegeven door een onderzoeker van de Radboud Universiteit die veel ervaring heeft met de uitvoering en opzet van *Samen Happie!*

#### Stap 2: Werving ouders

De coördinerende partij (zie figuur 1) werft ouders (bijvoorbeeld via peuterspeelzalen in lage SES wijken) via een sleutelfiguur (bijvoorbeeld Pedagogisch Medewerker peuterspeelzaal). Deze persoon heeft direct contact met de doelgroep en kan daarom goed inschatten welke personen in aanmerking komen voor de groepsbijeenkomsten.

#### Stap 3: Voorbereiding groepsbijeenkomsten

Afspraken worden in overleg met ouders gemaakt over de locatie, data en tijden van de cursus. De cursus wordt uitgevoerd op een locatie bij de ouders in de buurt op een dagdeel dat voor hen handig is. De sleutelfiguur van de groep doet hiervoor een voorstel. De sleutelfiguur is ook verantwoordelijk voor het reserveren van de benodigde ruimte en materialen.

#### Stap 4: Uitvoer & inhoud groepsbijeenkomsten

Beide groepsbijeenkomsten (ideaaliter 3 maanden tussen bijeenkomsten) verlopen volgens een vast programma, waarbij wordt gestart met een korte en eenvoudige uitleg van een specifiek thema door de zorgprofessional, al dan niet ondersteund met presentatie-slides of een filmpje (zie [handleiding](#)). In de uitleg worden bewust ook opvoedsituaties besproken die minder goed verlopen, zoals een kind die niet naar de regels luistert. Daarna wordt een vraag aan de groep gesteld, bijvoorbeeld 'Hoe had de ouder kunnen reageren zodat het kind wel luistert?'. Dit zorgt ervoor dat de doelgroep actief wordt betrokken. Ook wordt ruimte ingebouwd voor het uitwisselen van onderlinge ervaringen van ouders. Ieder thema wordt afgesloten met een korte nabespreking, waarbij nogmaals de kern wordt besproken. Aan het einde van beide groepsbijeenkomsten worden thuisopdrachten en oefenbladen meegegeven (zie [materialen](#)).

- *Groepsbijeenkomst 1*

De eerste groepsbijeenkomst focust op het aanleren van een balans in sturing en warmte en op positief denken. Na de voorstelronde en het 'stoplichtspel' om elkaar beter te leren kennen en om te zien dat er verschillen zijn in opvoeding komen de volgende thema's aan bod:

- Hoe stel ik regels en grenzen?
- Hoe spreek ik mijn kind aan op ongewenst gedrag?
- Hoe luister ik echt naar mijn kind?
- Aandacht geven en belonen
- Hoe geef ik mijn kind een compliment?
- Oefening positief denken

---

<sup>2</sup> De online tools kunnen al eerder verspreid worden onder ouders met een lage SES met kinderen jonger dan 2 jaar. Zorgprofessionals die de online tools verspreiden worden geworven via nieuwsbrieven (JGZ en Gezonde Kinderopvang). Zij hoeven hiervoor geen training te hebben gevolgd en kunnen de online tools zonder verdere ondersteuning aanbevelen bij ouders uit de doelgroep (ouders met een lage SES) vanaf dat het kind start met het eten van de eerste hapjes.

- Afsluiting: samenvatting, thuisopdrachten, stimuleren tot gebruik online tools en eventuele vorming van Whatsapp groep met deelnemende ouders
- **Groepsbijeenkomst 2**  
De tweede bijeenkomst focust op lastige situaties, opvoeden als team en kwaliteit van leven. Na het uitwisselen van thuiservaringen op basis van de thuisopdracht komen de volgende thema's achtereenvolgens aan bod:
  - Lastige situaties algemeen
  - Je kind wil geen groente eten
  - Je kind heeft een driftbui
  - Opvoeden als team & het overlegmodel
  - Effect 'lekker in je vel' op opvoeding
  - Automatische opvoedreacties
  - Leuke activiteiten

### Stap 5: Evaluatie groepsbijeenkomsten

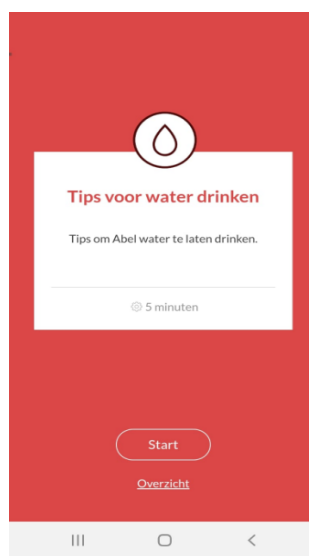
Na beide bijeenkomsten vullen zowel ouders als de professional een evaluatieformulier in.

### App

De app is gratis te downloaden via de Google Play Store of iOS App Store en geschikt voor smartphones (niet voor tablets). Na het downloaden van de app kan een account worden aangemaakt, zodat app informatie wordt gepersonaliseerd op naam van het kind en gepersonaliseerde reminders kunnen worden aangemaakt (app informatie kan echter ook zonder account worden bekeken). De app is allereerst ingedeeld in vijf verschillende levels die corresponderen met de leeftijd van het kind (zie *tabel 1*). Zo is er aparte informatie voor jongere en oudere kinderen (7-12, 12-15, 15-18, 18-24 en 24-48 maanden). Vervolgens komen er binnen ieder niveau van leeftijd identieke thema's terug gericht op opvoeding rondom eten, drinken, slapen en/of bewegen/schermtijd. Ook komen de thema's 'voel je goed' en 'omgang met peuter' (enkel in niveau 4 en 5) terug. Binnen de thema's (eten, drinken etc.) zijn aparte modules aangemaakt (zie *tabel 1*). Bij de lagere levels qua leeftijd wordt met name ingegaan op structuur ontwikkelen. Bij de hogere levels/leeftijden wordt ook ingegaan op het stimuleren van gezond gedrag. Ouders kunnen zelf kiezen in welke volgorde ze welke modules bekijken. Het icoontje van een afgeronde module wordt ingekleurd (zie *figuur 2*). Een module begint met een introductiekaart waarop de titel en de tijdsduur van de module worden weergegeven (zie *figuur 3*). Daarna volgen verschillende informatiekaarten met informatie in de vorm van tips en wist-je-datjes ondersteund met foto's en iconen (zie *figuur 4*). Ook zijn er filmpjes opgenomen en wordt aan het eind van bepaalde modules een aantal quizvragen gesteld waarop ouders feedback krijgen. Er zijn ook uitdagingen waarin ouders worden gestimuleerd om met de nieuw geleerde kennis aan de slag te gaan. Zo wordt bijvoorbeeld in de uitdaging 'Nieuwe smaken' in level 1 (zie *figuur 2*) een smaak gekozen die ouders hun kind willen laten proeven en wordt een plan opgesteld wanneer ouders deze groente gaan aanbieden. Hierbij is er de optie om een reminder in te stellen, waardoor de ouder op het juiste moment aan dit plan herinnerd wordt.



*Figuur 2. Overzicht level 1*



*Figuur 3. Introductiekaart*



*Figuur 4. Informatiekaart*

**Tabel 1.** Overzicht van niveaus met bijbehorende modules en uitdagingen, gespecificeerd per thema

Level	Leeftijd kind	Titels van modules en uitdagingen per thema					
		Eten	Drinken	Slapen	Schermen	Voel je goed	Omgang
1	7-12 maanden	Eerste hapjes, nieuwe smaken (module + uitdaging), tips voor eten geven, hoeveel eten is genoeg?	Hoe geef je water?, water uit een beker (uitdaging), waarom water drinken?, etiketten lezen	Genoeg slaap, bedruteel (module + uitdaging)	-	Zorgen voor jezelf, tips om tijd voor jezelf te maken	-
2	12 – 15 maanden	Tussendoortjes, ongezond eten gaat gemakkelijk, gezonder huis (uitdaging)	Tips voor water drinken (module + uitdaging)	-	Zo min mogelijk schermen, geen schermen maar wat dan wel, genoeg bewegen (uitdaging)	Positief denken, tips voor positief denken	-
3	15 – 18 maanden	Eten en controle, het goede voorbeeld geven (module + uitdaging)	Gezond drinken in huis, water of zoete drankjes?	Niet naar bed willen (module + uitdaging), fijne slaapkamer	-	Samen opvoeden, overlegmodel	-
4	18 – 24 maanden	Eten op dezelfde tijden, tips voor eten aan tafel (module + uitdaging), als je kind niet wil eten	Tips voor gezond drinken, waar of niet waar?	Tips voor genoeg slaap	Regels over schermen (module + uitdaging), genoeg bewegen	Stress, wat te doen tegen stress, stress voorkomen	Eerste hulp bij driftbuien
5	24 – 48 maanden	Regels over eten (module + uitdaging), gezond eten stimuleren, als je kind geen groente wil eten, gezond eten met weinig tijd en geld	Water drinken, tips om water te geven, water bij het eten, wat op een pak drinken staat is niet altijd waar	Tips bij slaapproblemen, nachtmerries, bedruteel (uitdaging)	Peuters en schermen, mediatips voor peuters	Mindfulness, mindfulness oefeningen, mindfulness en opvoeding	Eerste hulp bij driftbuien, geen driftbui in de supermarkt

*Notitie: Bewegen/schermtijd wordt in de app weergegeven als 'schermen'.*

### *Website*

Uit de procesevaluatie van de app bleek onder andere dat ouders de informatie van de app niet altijd even overzichtelijk vonden weergegeven (zie [procesevaluatie](#)). Dit heeft te maken met het feit dat de app geschikt is voor smartphones en hierdoor beperkte schermruimte beschikbaar is. Qua budget bleken structurele app oplossingen niet mogelijk. Derhalve is besloten om een website te ontwikkelen, zie [www.samenhappie.nl](http://www.samenhappie.nl). De website is gratis toegankelijk via telefoon, tablet of computer. De website vult de app aan met meer informatie, overzicht, een zoekfunctie, een forum en voorbeeldverhalen vanuit de doelgroep. Tot slot is de inhoud van de website niet op leeftijd ingedeeld. Hier is bewust voor gekozen, zodat alle informatie thematisch wordt aangeboden en ouders zich dus desgewenst verder in een bepaald thema kunnen verdiepen. Ouders kunnen zelf kiezen welke online tools bij hen passen. Deze gepersonaliseerde keuze vergroot de kans op kennisbenutting [55].

## 2 Uitvoering

**Materialen** – max 200 woorden

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

### **Samen Happie! interventie materialen**

- De *Samen Happie!* app is gratis te downloaden via de Google Play store en de iOS App store
- De gebruikershandleiding van de app voor ouders is [hier](#) te downloaden
- *Samen Happie!* website: [www.samenhappie.nl](http://www.samenhappie.nl)
- Handleidingen groepsbijeenkomsten voor professionals ([download](#))
- Materiaal groepsbijeenkomsten voor ouders, verspreiding via professional ([download](#) Bijeenkomst 1; [download](#) Bijeenkomst 2)
- Evaluatieformulier van de groepsbijeenkomsten voor professionals ([download](#))

### **Overige materialen**

- Evaluatieformulier van de interventie voor ouders ([download](#))
- Eindrapportage voor subsidiegever FNO ([download](#))
- Rapportage procesevaluatie ([download](#))

**Locatie en type organisatie** – max 200 woorden

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

*Samen Happie!* kan worden uitgevoerd door organisaties die zich inzetten voor de gezondheid en het welzijn van jonge kinderen, zoals GGDs of kinderopvangorganisaties. In overleg met de deelnemende ouders en sleutelfiguur wordt gekozen voor een locatie die goed bereikbaar is voor de ouders. Zo kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een buurtcentrum of een peuterspeelzaal. Buiten het feit dat er een computer of laptop (incl. beamer) aanwezig moet zijn in de ruimte, zijn er geen speciale vereisten aan de locatie van de groepsbijeenkomsten.

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

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

De professionals die de groepsbijeenkomsten uitvoeren zijn HBO(+) opgeleid en werken met ouders van jonge kinderen (2-4 jaar) binnen de sectoren Welzijn of Zorg. Voorbeelden van deze professionals zijn:

- Medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (JGZ), zoals kinderartsen en jeugdverpleegkundigen
- Fysiotherapeuten, diëtisten, pedagogen en gezinscoaches
- Managers binnen de peuterspeelzaal of kinderopvang

Deze uitvoerende professionals moeten derhalve aan de volgende kwaliteitseisen voldoen:

- De professionals hebben een geschikte vooropleiding gevolgd. Dat wil zeggen: HBO Welzijn of een relevante zorgopleiding, zoals HBO Pedagogiek, Pedagogisch Management Kinderopvang, HBO-V of CJG jeugdverpleegkundige.
- De professionals hebben vaardigheid in het toepassen van interactieve voorlichtingsmethoden.
- De professionals hebben de aangeboden training gevolgd.

Het is verder wenselijk dat de uitvoerende professional beschikt over:

- Ervaring met de doelgroep van personen met een lage SES
- Communicatieve vaardigheden. Het is een meerwaarde indien de professional ervaring heeft met Motivationeel Interviewen.

Voor de sleutelfiguur is geen specifieke scholing vereist. Voorbeelden van sleutelfiguren zijn:

- Pedagogisch medewerkers peuterspeelzalen of kinderdagverblijven
- Consultatiebureau assistenten
- Vrijwilligers binnen Zorg- en Welzijnsorganisaties

Bij voorkeur is de sleutelfiguur iemand uit de desbetreffende wijk waar de interventie zal plaatsvinden en die ouders al kennen. Gewenste competenties van de sleutelfiguur zijn daarom:

- Betrokkenheid bij de doelgroep en interventie
- Wervingsvaardigheden
- Organisatievaardigheden
- Communicatieve vaardigheden

## **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden

*Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

De kwaliteit van de uitvoering van de groepsbijeenkomsten wordt bewaakt middels de eerder beschreven criteria qua opleiding en ervaring van de uitvoerend professionals en de training die zij ontvangen voordat ze de groepsbijeenkomsten uitvoeren. Deze training zorgt ervoor dat professionals bekend zijn met de doelen en onderbouwing van de interventie, zodat deze wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Na iedere groepsbijeenkomst zorgt de professional ervoor dat er evaluatieformulieren door de ouders en de professional zelf worden ingevuld. Deze evaluatieformulieren geven inzicht in de waardering van de bijeenkomst en of deze is uitgevoerd volgens plan. De evaluatieformulieren worden gebundeld en jaarlijks teruggekoppeld naar de Radboud Universiteit, zodat zicht kan worden behouden op de uitvoering van de interventie in het werkveld.

De informatie in de app, website en handleiding van de groepsbijeenkomsten zullen periodiek worden aangepast aan eventueel vernieuwde richtlijnen. We gaan ervan uit dat ouders de app en website zelfstandig kunnen gebruiken. Mochten ouders vragen hebben over het gebruik van de online tools dan kunnen ze deze stellen aan de professional die hun heeft gewezen op de tools of via het mailadres van *Samen Happie!* ([samenhappie@ru.nl](mailto:samenhappie@ru.nl)). Ook professionals met vragen over de groepsbijeenkomsten kunnen deze stellen via hetzelfde e-mailadres.

## **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

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

Voor het gebruik van de app is een smartphone nodig met een goede internetverbinding. De app is voor iedereen met een smartphone gratis toegankelijk. Voor de website is een computer, telefoon of tablet met internetverbinding vereist.

Voor de uitvoering van de groepsbijeenkomsten zijn de volgende organisatorische en contextuele randvoorwaarden van toepassing.

### Organisatorische randvoorwaarden

- Een HBO-opgeleide professional die voldoende tijd en middelen heeft voor de uitvoering van de groepsbijeenkomsten; die is getraind; en die beschikt over de juiste vaardigheden voor de uitvoering van de bijeenkomsten.
- Een geschikte ruimte voor de groepsbijeenkomsten (inclusief computer of laptop/beamer) in de directe omgeving van de doelgroep.

### Contextuele randvoorwaarden

- Beschikbaarheid van financiering en/of middelen om de groepsbijeenkomsten uit te voeren (zie hieronder voor een specificatie van deze middelen).

## **Implementatie** – max 200 woorden

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

Het systeem voor implementatie van de *Samen Happie!* interventie is ontleend aan het model van Fleuren en collega's [2]. Zij specificeren de volgende stadia: disseminatie, adoptie, uitvoering en behoud. De implementatie-activiteiten voor de interventie worden hieronder per onderdeel gespecificeerd.

### Disseminatie

- *Samen Happie!* symposium (28 november 2019) voor (praktijk)professionals
- Voorlichtingsactiviteiten via diverse online- en offlinekanalen (bijvoorbeeld via nieuwsbrieven van GGD en kinderopvangorganisaties).
- In de regio Nijmegen: kinderopvangorganisatie KION en welzijnsorganisatie Bindkracht10 gaan de doelgroep selecteren en interventie uitvoeren.
- GGD Zaanstreek-Waterland heeft de intentie om mee te werken aan de doorontwikkeling van *Samen Happie* en disseminatie van materialen in Zaanstreek-Waterland.

### Adoptie

Alle documenten die nodig zijn voor uitvoering van de interventie worden beschikbaar gesteld via de Radboud Universiteit. De coördinerende partij gaat aan de slag met de voorbereidingen voor de invoering van de *Samen Happie!* groepsbijeenkomsten (zie ook 1.3 'inhoud van de interventie' '*groepsbijeenkomsten*'). Zorgprofessionals zijn meestal werkzaam bij de coördinerende partij, maar dit hoeft niet het geval te zijn. Zo kan bijvoorbeeld een Kinderopvangorganisatie als coördinerende partij optreden en samenwerken met een

JGZ verpleegkundige die als zorgprofessional de groepsbijeenkomsten aanbiedt. Alle zorgprofessionals volgen standaard een korte training (dagdeel). Vooraf dienen zij de handleiding te hebben bestudeerd. Materialen die nodig zijn voor uitvoer van de interventie dienen te worden gereproduceerd door de betreffende coördinerende partij.

#### Uitvoering

De groepsbijeenkomsten worden uitgevoerd zoals ontwikkeld via het gebruik van duidelijke draaiboeken (handleidingen).

#### Behoud

De coördinerende partij van de groepsbijeenkomsten ziet erop toe dat groepsbijeenkomsten worden uitgevoerd zoals bedoeld. Uitvoering wordt geëvalueerd en jaarlijks teruggekoppeld naar de Radboud Universiteit. Aanpassingen worden gedaan op basis van deze feedback, zodat de kans groter is dat uitvoerders de groepsbijeenkomsten ook blijven uitvoeren. Het behoud van app is geregeld tot 2023. DIO Agency (app ontwikkelaar) zorgt ervoor dat de *Samen Happie!* app op alle soorten smartphones werkt en wordt bijgewerkt naar nieuwere softwareversies.

#### **Kosten** – max 200 woorden

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

Hieronder worden de kosten van de interventie gespecificeerd voor de online tools en de groepsbijeenkomsten.

#### *Groepsbijeenkomsten*

##### Materiële kosten

Het materiaal voor de groepsbijeenkomsten (handleidingen, werkbladen, extra materialen zoals filmpjes) wordt gratis beschikbaar gesteld. Wel dienen er basis kantoorbodigheden (bijv. pennen, papier, post-its) te worden aangeschaft en dienen digitale materialen zoals handleidingen, oefenbladen en evaluatieformulieren te worden afgedrukt.

Qua materiële kosten dient voorts rekening gehouden te worden met de huur van locatie, administratie en transport. Afhankelijk van hoe de interventie uitgevoerd wordt kunnen deze kosten beperkt blijven. Denk bijvoorbeeld aan samenwerking met peuterspeelzalen waar een ruimte beschikbaar is om de groepsbijeenkomsten te kunnen houden.

##### Personeelskosten professional

Voor het uitvoeren van de groepsbijeenkomsten hebben professionals minimaal 16 uur nodig: 10 uur totale voorbereiding (inclusief training) en 3 uur uitvoer van iedere groepsbijeenkomst (voorbereiding, reistijd en evaluatieformulieren verzamelen meegerekend).

##### Training professional

Tot slot dient rekening gehouden te worden met de kosten van de korte training. Dit zal gaan om het salaris van een WO opgeleide onderzoeker (schatting rond de 250 euro per training inclusief BTW).

##### *Online tools (app/website)*

Er zijn geen kosten verbonden aan het gebruik van de online *Samen Happie!* tools (app/website) door professionals en ouders. App onderhoud is via FNO subsidiegelden afgekocht tot in ieder geval 2023. De licentiekosten voor de website zijn minimaal en vallen ten lasten van de RU (gecompenseerd vanuit jaarlijks binnenkomende fee bij RU vanuit SWP voor het boekje '*Eetgedrag in balans*' geschreven door J. Larsen).

### 3 Onderbouwing

#### Probleem – max 400 woorden

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

Het is welbekend dat overgewicht het risico op gezondheidsproblemen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten, verhoogt [4]. Ook heeft overgewicht verschillende nadelige gevolgen voor de psychische gezondheid, zoals gepest worden, sociale uitsluiting en depressie. Bovendien hebben kinderen die al op jonge leeftijd te zwaar zijn een grotere kans dat zij ook later overgewicht zullen hebben [5]. De vroege preventie van overgewicht bij jonge kinderen is derhalve van groot belang. Ondanks dat de prevalentie van overgewicht stabiliseert in bevolkingsgroepen met een gemiddeld tot hogere SES achtergrond, blijkt dat de prevalentie van overgewicht nog steeds toeneemt in gezinnen met een lagere SES [3-4]. Hierbij is sprake van een intergenerationale overdracht van overgewicht.

Een belangrijk punt bij deze intergenerationale overdracht is dat 'genen enkel het geweer laden, maar dat het de omgeving is die de trekker overhaalt' [12;18]. Voor jonge kinderen bepalen ouders deze omgeving via de leefstijlgedragingen die ze hun kinderen vroegtijdig aanleren [2;10]. Het betreft hier niet enkel leefstijlgedragingen gericht op eten en fysieke activiteit, maar ook leefstijlgedragingen gericht op slapen en schermtijd. Ouderlijke opvoedinterventies ter preventie van overgewicht dienen derhalve gericht te zijn op alle leefstijlgedragingen die ten grondslag liggen aan overgewicht bij kinderen (eten/drinken, slapen en bewegen/schermtijd) [51].

#### Oorzaken – max 400 woorden

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

In de eerste vijf levensjaren worden leefstijlgedragingen ontwikkeld die de basis vormen voor toekomstige leefstijlgewoonten [2]. Zowel voeding, beweging, schermtijd, en slaap blijken belangrijke factoren te zijn in de energiebalans en het ontstaan van overgewicht bij kinderen [1; 7; 51]. Ter preventie van overgewicht is het dus belangrijk ouders vroegtijdig te ondersteunen op het gebied van ál deze leefstijlgedragingen van hun kinderen (eten/drinken, slapen en bewegen/schermtijd) [51]. Hoe kan dit het beste worden aangepakt?

Leefstijlgedragingen van kinderen worden in belangrijke mate worden bepaald door ouderlijke *opvoedpraktijken* op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd ('gewichtsgelateerde opvoedpraktijken'). Ouders kunnen via deze gewichtsgelateerde opvoedpraktijken gezonde leefstijlgedragingen (zoals op tijd gaan slapen en water of thee drinken) bij hun kinderen stimuleren, waardoor kinderen een gezonder gewicht ontwikkelen, zelfs wanneer ouders zelf overgewicht hebben [10]. Ouders met overgewicht kunnen bijvoorbeeld leren om niet te snacken in het zicht van hun jonge kind, om hun kind systematisch andere voedingsmiddelen aan te bieden, om dagelijks bewegingsactiviteiten samen met hun kind uit te voeren en een vaste slaaroutine voor hun kind in te bouwen. Deze voorbeelden maken deel uit van gestructureerde opvoedpraktijken. Naast deze gestructureerde opvoedpraktijken zijn er ook nog dwangmatig controlerende ('bord moet leeg') en autonomie-ondersteunende ('prijzen van beweeggedrag') praktijken te onderscheiden [10-11]. In het algemeen geldt dat als ouders meer gestructureerde en autonomie-ondersteunende en minder controlerende opvoedpraktijken toepassen dat hun kinderen gezonder opgroeien [10]. Deze gewichtsgelateerde opvoedpraktijken vormen dus een belangrijke oorzaak voor de ontwikkeling van leefstijlgedragingen en overgewicht bij kinderen. Het is daarom belangrijk dat preventieprogramma's hierop insteken.

Binnen de lage SES doelgroep is niet enkel sprake van ongezondere gewichtsgelateerde opvoedpraktijken [19]; ook komen ongunstige patronen van algemene opvoeding [13] en een verminderde ouderlijk welbevinden (bijvoorbeeld door stress) frequenter voor en beïnvloeden deze factoren de mate waarin gewichtsgelateerde opvoedpraktijken effecten genereren [8-10;14;15-17;23]. Gegeven de kwetsbare doelgroep van lage SES ouders is het dus belangrijk om gewichtsgelateerde opvoedprogramma's specifiek voor deze doelgroep te ontwikkelen die zorg hebben voor belangrijke contextuele factoren zoals algemene opvoeding en ouderlijk welbevinden. Deze zorg op maat sluit ook perfect aan bij de doelen die worden gesteld vanuit het huidige Nationale Preventieakkoord [6].



### Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

De *Samen Happie!* interventie focust ten eerste op het vergroten van kennis van ouders met een lage SES achtergrond op het gebied van gewichtsgerelateerde opvoedpraktijken, algemene opvoeding en ouderlijk welbevinden (subdoelen 1.1; 2.1 en 2.4). Kennis vergroot bewustzijn en gevoelens van zelfeffectiviteit [29], hetgeen indirect de motivatie tot gedragsverandering kan vergroten. Ten tweede speelt de interventie ook nog meer direct in op de motivatie door onderliggende attitudes van ouders met een lage SES qua gezonde opvoedingspraktijken (ook door informatie over gezonde, goedkope en gemakkelijke voeding) en algemene opvoeding (subdoelen 1.2 en 2.2) en zelfeffectiviteit (subdoel 2.1) [37, 38,] aan te pakken. De interventie sluit zodoende perfect aan bij het I-Change model dat meerdere sociaal-cognitieve modellen integreert [20, 21]. Intenties worden volgens dit model bepaald door de motivatie om gedrag te willen uitvoeren en deze motivatie wordt bepaald door onder andere 'attitudes' en 'zelfeffectiviteit'. Volgens het I-Change model is het ook belangrijk om op 'planning' in te zetten om het gat van intenties naar gedragingen te overbruggen. Derhalve zet *Samen Happie!* ook in op het verwerven van (plannings)vaardigheden (subdoelen 1.3 en 2.3) en het wegnemen van emotionele barrières die gezonde gedragingen in de weg staan (subdoelen 1.4 en 1.5).

### Verantwoording – max 1000 woorden

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

De *Samen Happie!* interventie is ontwikkeld via Intervention Mapping en in nauwe co-creatie met de doelgroep en zorgprofessionals [22]. De interventie omvat een combinatie van online (app en website) met offline (groepsbijeenkomsten) tools. Volledige online interventies bereiken vaak met name een hoger opgeleid publiek [46]. Offline groepsbijeenkomsten stimuleren het gebruik van online materiaal, online materiaal wordt ook positiever beoordeeld bij gebruik in combinatie met groepsbijeenkomsten (blijkend uit de *Samen Happie!* procesevaluatie), en het online materiaal kan ook beter worden toegepast door extra oefening en praktische voorbeelden vanuit de groepsbijeenkomsten. Het is dus niet verwonderlijk dat juist deze combinatie van online tools met verdere (offline) begeleiding veelbelovend lijkt te zijn voor het veranderen van attitudes en gedragingen rondom opvoeding [45].

Waarom is binnen *Samen Happie!* specifiek gekozen voor offline groepsbijeenkomsten (en bijvoorbeeld niet voor individuele bijeenkomsten)? Groepsbijeenkomsten zijn goedkoper dan individuele consulten en lijken ook nog eens meer effecten te kunnen genereren op leefstijlgedragingen, zelfs indien de voorkeur van cliënten uitgaat naar individuele begeleiding [47, 48]. Ondanks dat *Samen Happie!* niet direct inzet op de leefstijlgedragingen van ouders zelf, biedt ze ouders wel handvatten hoe ze om kunnen gaan met leefstijl in het bijzijn van hun kind(eren). Voorts zijn groepsbijeenkomsten die gericht zijn op de training van opvoedvaardigheden effectiever dan individuele opvoedprogramma's, specifiek voor jonge en kwetsbare moeders [49] en bieden zij ook indirecte positieve effecten op het welbevinden en de mentale kwaliteit van leven van ouders [50]. Dit zijn redenen waarom groepsbijeenkomsten te prefereren zijn boven individuele consulten. De *Samen Happie!* groepsbijeenkomsten stimuleren ouders om ook buiten de bijeenkomsten om contact met elkaar onderhouden (via bijvoorbeeld een Whatsappgroep). Zodoende wordt ingespeeld op de ervaren sociale steun van ouders. Dit kan eveneens bijdragen aan ouderlijk welbevinden [52].

Waar de groepsbijeenkomsten met name inzetten op het aanleren van algemene opvoedvaardigheden bij de toepassing van gewichtsgerelateerde opvoedpraktijken, biedt de online informatie met name verdere achtergrondinformatie over gezonde gewichtsgerelateerde opvoedpraktijken op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd. De inhoudelijke combinatie van inzet op algemene opvoeding en ouderlijk welbevinden (via groepsbijeenkomsten) met extra verdiepende online informatie over specifieke gewichtsgerelateerde opvoedpraktijken en onderliggende leefstijlgedragingen lijkt eveneens veelbelovend te zijn [16-18, 23]. Dit is dus een extra reden waarom juist de *Samen Happie!* combinatie van offline en online tools veelbelovende effecten zou kunnen genereren.

Zowel de online als offline tools spelen allereerst in op *kennis*, een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering [24], specifiek binnen hoog-risicogroepen zoals personen met een lage SES [25, 26]. Vaak weten ouders bijvoorbeeld niet dat slaap een belangrijke factor is voor een gezonde gewichtsontwikkeling. En ontbreekt vervolgens ook de kennis over het ontwikkelen van gestructureerde slaapgewoontes en algemene opvoedtechnieken. Ouders staan in principe open voor gewichtsgerelateerde opvoedinformatie [37]. De online *Samen Happie!* tools maken ouders specifiek meer bewust van een gezonde opvoeding (subdoel 2.1; tabel 2) door informatie te bieden over gewichtsgerelateerde gedragingen en opvoedpraktijken die ten grondslag liggen aan deze gedragingen. De groepsbijeenkomsten maken ouders bewust van hun algemene opvoedvaardigheden (subdoel 1.1.; tabel 2). Ook wordt ingespeeld op

*attitudes* van ouders (zie tabel 2). Attitudes van ouders over gezond gedrag bepalen bijvoorbeeld in belangrijke mate het leefstijlgedrag van kinderen [30-33]. De focus binnen de online tools ligt daarom op stimuleren van positieve attitudes ten aanzien van gezond gedrag, bijvoorbeeld door het leuk en haalbaar maken van gezonde leefstijlgedragingen voor hun kind. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van bekende leuke ouder-kind activiteiten uit een eerdere interventie voor de doelgroep van ouders met jonge kinderen [34]. Voorts wordt aangesloten bij uit focusgroepen blijkende affectieve attitudes van ouders met een lage SES (zoals 'water drinken is voor honden') door naast water ook het drinken van thee zonder suiker te stimuleren. Qua 'framing' wordt met name ingezet op positieve 'gain-framed' boodschappen ('van water word je fit'), omdat ouders dan meer ontvankelijk lijken voor de boodschap [35, 36]. Tot slot wordt via effectieve methoden ingezet op de *zelfeffectiviteit* [38] en *planningsgewoonten* van ouders (zie tabel 2). Er is vaak een gat tussen wat ouders zouden willen doen qua gewichtsgerelateerde opvoedpraktijken en wat ze uiteindelijk doen [39-41]. Het hebben van gezonde gewoonten en routines kan dit gat overbruggen [42, 43] en implementatie intenties ('als-dan-plannen') zijn een effectieve methode om deze gewoonten te bevorderen [44]. Via de app en website krijgen ouders informatie over het maken van 'als-dan-plannen' en via de app kunnen ze ook oefenen met deze plannen en krijgen ze ook gepersonaliseerde reminders. Tot slot wordt in de groepsbijeenkomsten geoefend met opvoedvaardigheden aan de hand van voorbeelden en bijvoorbeeld thuisopdrachten (zie tabel 2).

**Tabel 2.** Overzicht van aansluitingen tussen subdoelen, determinanten, theoretische methoden en praktische uitvoer

Subdoelen	Determinant(en); onderliggende theoretisch construct	Theoretische methoden	Praktische uitvoer
1.1 Ouders bewustmaken van algemene opvoedvaardigheden	Kennis (I-Change 'awareness')	Informatie geven over hoe het gedrag kan worden uitgevoerd, vragen stellen, gebruik van visueel beeldmateriaal (filmpjes) en discussies	Via uitwisselen van onderlinge ervaringen tijdens de groepsbijeenkomsten (offline). Online ligt minder focus op de algemene opvoeding.
1.2 Ouders motiveren tot het uitoefenen van meer warmte en controle in de algemene opvoeding	Attitudes (I-Change 'motivation')	'Argumenten gegeven' en 'shifting perspectief'	In de groepsbijeenkomsten worden argumenten door de zorgprofessional geboden waardoor het belang van de balans tussen warmte en controle duidelijk wordt.
1.3 Het verbeteren van opvoedvaardigheden op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd	Gewoonten ontwikkelen en plannen uitvoeren (I-Change 'action')	Concrete doelen maken, zelf-monitoring en uitvoering specifieke opvoedregels via implementatie intenties	In de groepsbijeenkomsten zelf komt dit terug, maar ook worden 'huiswerkbladen' mee gegeven, waarmee deelnemers hier nog verder mee kunnen oefenen. Ook wordt naar de online tools verwezen.
1.4 Het verbeteren van ouderlijk welzijn	Barrières wegnemen (I-Change 'action')	Gebruik van elementen uit Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Stimuleren positieve en reduceren negatieve emoties, framing, zelf-monitoring	Oefeningen tijdens de groepsbijeenkomsten.
1.5 Het faciliteren van sociale steun en het uitwisselen van ervaringen met andere ouders	Barrières wegnemen (I-Change 'action') via omgeving context en hulpbronnen	Praktische en emotionele sociale steun (gefaciliteerd via overlegmodel, ruimte voor onderlinge feedback ouders en whatsapp groep)	Na de eerste groepsbijeenkomst worden deelnemers gestimuleerd om een onderlinge whatsapp groep aan te maken. Ook tijdens de bijeenkomsten wordt gelegenheid geboden voor onderlinge steun (ervaringen uitwisselen).
2.1 Ouders bewustmaken van gezonde opvoeding op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd	Kennis (I-Change 'awareness')	Informatie geven over antecedenten, gezondheidsgevolgen en hoe het gedrag kan worden uitgevoerd, bewustzijnsverhoging ('weet je dat'...) en gebruik van visueel beeldmateriaal en actief leren (bijvoorbeeld quizvragen met feedback) en 'behavioral journalism' (voorbeeld verhalen uit doelgroep)	De app biedt informatie via korte statements en maakt ook gebruik van gepersonaliseerde feedback (quizvragen), terwijl de website werkt met voorbeeldverhalen uit de doelgroep, zodat de boodschap inhoudelijk aansluit bij de belevingswereld van de doelgroep.
2.2 Ouders motiveren tot het uitoefenen van gezonde opvoeding op het gebied van eten, drinken, slapen en bewegen/schermtijd	Attitudes (I-Change 'motivation')	Persuasieve communicatie en aansluiten bij weerstand (bv. 'vind je water maar saai? Je kunt.. ook...geven). Framing (positieve boodschappen)	Alle genoemde methoden komen zowel in de app als de website terug, alleen in de app worden deelnemers ook direct aangemoedigd (feedback).
	Zelfeffectiviteit (I-Change 'motivation')	Methoden feedback, verbale aanmoedigingen ('kop op, je kunt het') en doelen stellen.	
2.3 Het verbeteren van planmatig gedrag op het gebied van gezonde opvoedpraktijken	Gewoonten ontwikkelen via het uitvoeren van plannen (I-Change 'action')	Implementatie intenties ('als-dan-plannen') en 'nudging'	Via de app kunnen 'als-dan-plannen' worden opgesteld en kunnen planvaardigheden worden getraind (via gepersonaliseerde reminders). Voorts worden via website en app nog praktische tips gegeven.
2.4 Ouders bewustmaken van het belang van goed voor jezelf zorgen	Kennis (I-Change 'awareness')	Informatie geven over antecedenten, gevolgen en hoe het gedrag kan worden uitgevoerd (tips)	Via zowel de app als de website wordt deze informatie weergegeven (website biedt meest uitgebreide informatie voorziening rondom dit thema).

Voor beide online tools (app en website) geldt dat op identieke determinanten wordt ingespeeld (zie tabel 2). Echter, de theoretische methoden en praktische strategieën verschillen soms. De app en website vullen elkaar zodoende aan. Zo kan via de website *geen* gebruik gemaakt worden van gepersonaliseerde methoden van feedback. Wel wordt binnen de website gebruik gemaakt van voorbeeldverhalen uit de doelgroep. Dit zorgt ervoor dat de doelgroep zich beter kan identificeren met de informatie zodat deze beter begrepen wordt. Binnen de app wordt gebruik gemaakt van visuele ondersteuning (afbeeldingen, filmpjes, emoticons), de teksten van de app zijn herschreven op taalniveau B1 (door expertisecentrum Pharos) en worden deels ondersteund door auditieve samenvattingen in combinatie met beeldmateriaal. Zodoende sluit de app-informatie goed aan bij de doelgroep. Concluderend, *Samen Happie!* biedt een veelbelovende combinatie van inzet op belangrijke sociaal-cognitieve determinanten (zoals kennis en attitudes) en het aanleren van (plannings)vaardigheden (ook al deels in de app, zie tabel 2) via praktische strategieën die aansluiten bij de doelgroep van ouders met een lage SES.

## 4 Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

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

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

Beschrijf per onderzoek:

a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)

- Procesevaluatie *Samen Happie!* Levie Karssen, Carina de Kort, Junilla Larsen. 2019. ([download](#))
- Using the Intervention Mapping Protocol to develop an app-based parenting intervention to prevent early childhood obesity: Samen Happie! Karssen, L. T., Vink, J. M., de Weerth, C., de Kort, C. P. M., Hermans, R. C., Kremers, S. P. J., Ruiters, E. L. M., Fransen, G. A. J., & Larsen, J. K. (in preparation)

b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek

Er zijn twee grootschalige studies uitgevoerd om het proces van de *Samen Happie!* interventie te onderzoeken met in totaal meer dan 500 deelnemers (zie 4.2). In Studie 1 (ouders baby's) hebben in totaal 179 ouders de app gekregen en 178 niet (controlegroep). In Studie 2 zijn de app en de app + groepsbijeenkomsten onderzocht bij respectievelijk 76 en 55 ouders met een kind in de peuterleeftijd (de controlegroep bestond hier uit 77 ouders). De waardering van de app is nagevraagd door middel van online vragenlijsten. De waardering van de bijeenkomsten bij ouders is nagevraagd door middel van evaluatieformulieren die direct na de bijeenkomsten zijn ingevuld. De jeugdverpleegkundigen (uitvoerders van de groepsbijeenkomsten) vulden ook na iedere bijeenkomst een evaluatieformulier in. Ook zijn beide jeugdverpleegkundigen tweemaal geïnterviewd.

c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

De belangrijkste uitkomsten beschrijven we hieronder.

#### *Groepsbijeenkomsten*

- In totaal zijn in de periode september 2018 tot en met maart 2019 in Nijmegen 11 *Samen Happie!* groepsbijeenkomsten uitgevoerd. Meer dan de helft van de deelnemende ouders had een lagere opleiding (lagere school – MBO). Verder had meer dan een derde van de ouders moeite met rondkomen. In dat opzicht kan dus gesteld worden dat de beoogde doelgroep van ouders met een lage SES is bereikt.
- De antwoorden van de deelnemers op de evaluatievragenlijsten zijn positief. Ouders beoordeelden de inhoud gemiddeld met een 8.7 na bijeenkomst 1 en een 8.1 na bijeenkomst 2. De diverse onderwerpen die tijdens de groepsbijeenkomsten aan bod kwamen scoorden ieder afzonderlijk een 7.9 of hoger, met uitzondering van de ontspanningsoefening aan de start van bijeenkomst 1 (een ademhalingsoefening), die scoorde met een 6.4 het laagst. Verdere resultaten zijn te vinden in de uitgebreide beschrijving van de procesevaluatie.
- De groepsbijeenkomsten zijn grotendeels uitgevoerd volgens plan (zie [procesevaluatie](#)). De ontspanningsoefening in de eerste bijeenkomst is bij veel groepen niet uitgevoerd (vanwege lage beoordeling). Deze oefening is derhalve ook uit de handleiding verwijderd.

#### *App*

- In het *Samen Happie!* onderzoek hebben in totaal 310 ouders de app ontvangen. Dit waren 179 ouders in Studie 1 en 131 ouders in Studie 2. Gegeven de demografische karakteristieken (zie [procesevaluatie](#)) kan gesteld worden dat de doelgroep in voldoende mate is bereikt.
- De app kreeg in Studie 1 het gemiddelde cijfer 6.7 en in Studie 2 het gemiddelde cijfer 7.5. De app werd in Studie 2 significant beter beoordeeld dan in Studie 1. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat in de hogere levels van de app meer ingegaan wordt op uitdagingen in de opvoeding. Dit zijn ook precies de levels die qua leeftijd van kinderen gebruikt worden binnen de totale *Samen*

*Happie!* interventie. Ouders vonden de app mooi, makkelijk en snel in gebruik. Voorts werd benoemd dat de app inhoudelijk leuke weetjes bevatte en een prettige positieve toon had. Ouders die ook bij de groepsbijeenkomsten aanwezig waren beoordeelden de app positiever (zie procesevaluatie).

- Uit de procesevaluatie van de app bleek dat ouders onder andere graag de volgende aspecten beschikbaar zouden willen hebben: (1) meer structuur en overzicht, (2) een zoekfunctie en (3) een forum om ervaringen uit te kunnen wisselen met andere ouders. Qua budget bleken structurele app veranderingen niet mogelijk. Derhalve is besloten om een website te ontwikkelen die de app verder aanvult met informatie, overzicht, een zoekfunctie, een forum en verhalen uit de doelgroep. De website biedt als online tool ook specifieke voordelen ten opzichte van de app. Zo kan informatie meer uitgebreid en thematisch geordend worden aangeboden met voorbeeldverhalen uit de doelgroep. Ouders kunnen kiezen welke online tools bij hen passen en dit vergroot de kans op kennisbenutting.

Succes- en faalfactoren van de *Samen Happie!* interventie zijn uitgebreid in de procesevaluatie beschreven. De samenwerking met praktijkpartners, zoals de GGD Gelderland-Zuid, GGD Zaanstreek-Waterland, KION en Bindkracht10 in de ontwikkeling en uitvoer van het project was een succesfactor. Deze samenwerking zorgt ook voor draagvlak voor verdere implementatie van de interventie. Ook het betrekken van de doelgroep door middel van focusgroepen en co-creatie bij de ontwikkeling van de interventie is een succesfactor. Tot slot zijn de resultaten van de procesevaluatie tijdens het project al gebruikt om de interventie aan te passen en verder te optimaliseren. Concluderend kan gesteld worden dat het totale *Samen Happie!* interventie pakket positief wordt geëvalueerd.

#### **4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten** – max 600 woorden

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

De *Samen Happie!* interventie omvat ook een grootschalig effectonderzoek. Zo zijn twee wetenschappelijke effectevaluatie studies uitgevoerd met in totaal meer dan 500 ouders. Deze studies bevatten drie meetmomenten, waaronder een follow-up meting van 1 jaar na de start van de interventie. De laatste meting is in februari 2020 afgerond. Op basis van deze data kan de *Samen Happie!* interventie in de toekomst ook daadwerkelijk getoetst worden op effectiviteit.

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

## 5 Samenvatting Werkzame elementen

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

Max 250 woorden

*Inhoudelijke werkzame elementen:*

- Combinatie van informatie over gezonde opvoedpraktijken en het oefenen van opvoedvaardigheden, met oog voor ouderlijk welbevinden (groepsbijeenkomsten).
- Inzet op gezonde opvoeding op het gebied van alle belangrijke risicogedragingen voor overgewicht: eten, drinken, slaap en bewegen/schermtijd.
- Combinatie van sociaal-cognitieve factoren (kennis, attitudes en zelfeffectiviteit) en het aanleren van vaardigheden (gewoonten).

*Praktische werkzame elementen:*

- Combinatie online en offline tools.
- Keuze uit online tools (website of app).
- Gebruik van visuele en auditieve ondersteuning (afbeeldingen, auditieve samenvattingen, filmpjes, emoticons) en teksten herschreven op taalniveau B1 om aan te sluiten bij het taalniveau van de doelgroep.
- Gratis online beschikbaarheid van materialen voor de groepsbijeenkomsten, alsmede een gratis beschikbare app en website. Korte voorbereiding/training nodig voor groepsbijeenkomsten.

## 6 Aangehaalde literatuur

1. Ash, T., & Taveras, E. M. (2017). Associations of short sleep duration with childhood obesity and weight gain: summary of a presentation to the National Academy of Science's Roundtable on Obesity Solutions. *Sleep Health, 3*(5), 389-392.
2. Lioret, S., Campbell, K. J., McNaughton, S. A., Cameron, A. J., Salmon, J., Abbott, G., & Hesketh, K. D. (2020). Lifestyle patterns begin in early childhood, persist and are socioeconomically patterned, confirming the importance of early life interventions. *Nutrients, 12*(3): 724.
3. Volksgezondheidszorg.info. Huidige situatie - overgewicht kinderen 2018 [cited 2019 03-07-2019]; Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-kinderen>.
4. WHO. Why does childhood overweight and obesity matter? 2019 [cited 2019 03 July 2019]; Available from: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_consequences/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en/).
5. Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., Van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews, 9*(5), 474-488.
6. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S., Nationaal Preventieakkoord. 2018.
7. WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. What are the causes? 2019 [cited 2019 03 July 2019]; Available from: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_why/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/en/).
8. Gerards, S. M., Sleddens, E. F., Dagnelie, P. C., De Vries, N. K., & Kremers, S. P. (2011). Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *International Journal of Pediatric Obesity, 6*(2Part2), e28-e45.
9. Sleddens, E. F., Gerards, S. M., Thijs, C., De Vries, N. K., & Kremers, S. P. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. *International journal of pediatric obesity, 6*(2Part2), e12-e27.
10. Larsen, J. K., Hermans, R. C., Sleddens, E. F., Engels, R. C., Fisher, J. O., & Kremers, S. P. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence?. *Appetite, 89*, 246-257.
11. Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P., ... & Power, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition reviews, 74*(2), 98-117.
12. Ravussin, E., & Ryan, D. H. (2018). Three new perspectives on the perfect storm: what's behind the obesity epidemic?. *Obesity, 26*(1), 9-10.
13. Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin, 113*(3), 487.
14. Sleddens, E. F., Kremers, S. P., Stafleu, A., Dagnelie, P. C., De Vries, N. K., & Thijs, C. (2014). Food parenting practices and child dietary behavior. Prospective relations and the moderating role of general parenting. *Appetite, 79*, 42-50.
15. Tate, E. B., Spruijt-Metz, D., O'Reilly, G., Jordan-Marsh, M., Gotsis, M., Pentz, M. A., & Dunton, G. F. (2013). mHealth approaches to child obesity prevention: successes, unique challenges, and next directions. *Translational behavioral medicine, 3*(4), 406-415.
16. O'Connor, S. G., Maher, J. P., Belcher, B. R., Leventhal, A. M., Margolin, G., Shonkoff, E. T., & Dunton, G. F. (2017). Associations of maternal stress with children's weight-related behaviours: a systematic literature review. *Obesity Reviews, 18*(5), 514-525.
17. Shankardass, K., McConnell, R., Jerrett, M., Lam, C., Wolch, J., Milam, J., ... & Berhane, K. (2014). Parental stress increases body mass index trajectory in pre-adolescents. *Pediatric obesity, 9*(6), 435-442.
18. Meldrum, D. R., Morris, M. A., & Gambone, J. C. (2017). Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions—but do we have the will?. *Fertility and sterility, 107*(4), 833-839.
19. Gibbs, B. G., & Forste, R. (2014). Socioeconomic status, infant feeding practices and early childhood obesity. *Pediatric obesity, 9*(2), 135-146.
20. De Vries, H. (2017). An integrated approach for understanding health behavior: The I-Change Model as an example. *Psychology and Behavioral Science International Journal, 2*(2).
21. de Vries, H., Mesters, I., Van de Steeg, H., & Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient education and counseling, 56*(2), 154-165.
22. Bartholomew, L.K., Parcel, C.S., Kok G., Gottlieb, N.H. & Fernández M.E., Planning health promotion programs: An Intervention Mapping approach. 3 ed. 2011, San Francisco CA: Jossey-Bass.
23. Voedingscentrum, Invloed van opvoeding op eetgedrag van kinderen. Factsheet. 2017.

24. van Empelen, P., Kok, G., Schaalma, H. P., & Bartholomew, L. K. (2003). An AIDS risk reduction program for Dutch drug users: an intervention mapping approach to planning. *Health promotion practice*, 4(4), 402-412.
25. Cluss, P. A., Ewing, L., King, W. C., Reis, E. C., Dodd, J. L., & Penner, B. (2013). Nutrition knowledge of low-income parents of obese children. *Translational behavioral medicine*, 3(2), 218-225.
26. Vereecken, C., & Maes, L. (2010). Young children's dietary habits and associations with the mothers' nutritional knowledge and attitudes. *Appetite*, 54(1), 44-51.
27. Skouteris, H., McCabe, M., Swinburn, B., Newgreen, V., Sacher, P., & Chadwick, P. (2011). Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. *Obesity reviews*, 12(5), 315-328.
28. McDowall, P. S., Galland, B. C., Campbell, A. J., & Elder, D. E. (2017). Parent knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep medicine reviews*, 31, 39-47.
29. Amin, N. A. L., Tam, W. W., & Shorey, S. (2018). Enhancing first-time parents' self-efficacy: a systematic review and meta-analysis of universal parent education interventions' efficacy. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 149-162.
30. Asplund, K. M., Kair, L. R., Arain, Y. H., Cervantes, M., Oreskovic, N. M., & Zuckerman, K. E. (2015). Early childhood screen time and parental attitudes toward child television viewing in a low-income Latino population attending the special supplemental nutrition program for women, infants, and children. *Childhood Obesity*, 11(5), 590-599.
31. Kostyrka-Allchorne, K., Cooper, N. R., & Simpson, A. (2017). Touchscreen generation: children's current media use, parental supervision methods and attitudes towards contemporary media. *Acta Paediatrica*, 106(4), 654-662.
32. Njoroge, W. F., Elenbaas, L. M., Garrison, M. M., Myaing, M., & Christakis, D. A. (2013). Parental cultural attitudes and beliefs regarding young children and television. *JAMA pediatrics*, 167(8), 739-745.
33. Xu, H., Wen, L. M., & Rissel, C. (2015). Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. *Journal of obesity*, 2015.
34. Beweegkriebels. 2014; Available from: <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/interventies/interventie/beweegkriebels/>.
35. Zahid, A., & Reicks, M. (2018). Gain-Framed Messages Were Related to Higher Motivation Scores for Sugar-Sweetened Beverage Parenting Practices than Loss-Framed Messages. *Nutrients*, 10(5), 625.
36. Zahid, A., & Reicks, M. (2019). A Newsletter/Text Message Intervention Promoting Beverage-Related Parenting Practices: Pilot Test Results. *Health promotion practice*, 20(6), 897-904.
37. Bentley, F., Swift, J. A., Cook, R., & Redsell, S. A. (2017). "I would rather be told than not know"-A qualitative study exploring parental views on identifying the future risk of childhood overweight and obesity during infancy. *BMC Public Health*, 17(1), 684.
38. Parekh, N., Henriksson, P., Delisle Nyström, C., Silfvernagel, K., Ruiz, J. R., Ortega, F. B., ... & Löf, M. (2018). Associations of parental self-efficacy with diet, physical activity, body composition, and cardiorespiratory fitness in Swedish preschoolers: results from the MINISTOP trial. *Health Education & Behavior*, 45(2), 238-246.
39. Fisher, J. O., Wright, G., Herman, A. N., Malhotra, K., Serrano, E. L., Foster, G. D., & Whitaker, R. C. (2015). "Snacks are not food". Low-income, urban mothers' perceptions of feeding snacks to their preschool-aged children. *Appetite*, 84, 61-67.
40. Gerards, S. M., Hummel, K., Dagnelie, P. C., de Vries, N. K., & Kremers, S. P. (2013). Parental self-efficacy in childhood overweight: validation of the Lifestyle Behavior Checklist in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 7.
41. Herman, A. N., Malhotra, K., Wright, G., Fisher, J. O., & Whitaker, R. C. (2012). A qualitative study of the aspirations and challenges of low-income mothers in feeding their preschool-aged children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 132.
42. Larsen, J. K., Hermans, R. C., Sleddens, E. F., Vink, J. M., Kremers, S. P., Rutter, E. L., & Fisher, J. O. (2018). How to bridge the intention-behavior gap in food parenting: Automatic constructs and underlying techniques. *Appetite*, 123, 191-200.
43. McGowan, L., Cooke, L. J., Gardner, B., Beeken, R. J., Croker, H., & Wardle, J. (2013). Healthy feeding habits: efficacy results from a cluster-randomized, controlled exploratory trial of a novel, habit-based intervention with parents. *The American journal of clinical nutrition*, 98(3), 769-777.
44. Carrero, I., Vilà, I., & Redondo, R. (2019). What makes implementation intention interventions effective for promoting healthy eating behaviours? A meta-regression. *Appetite*, 140, 239-247.
45. Nieuwboer, C. C., Fukkink, R. G., & Hermanns, J. M. (2013). Online programs as tools to improve parenting: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, 35(11), 1823-1829.



46. Kohl, L. F., Crutzen, R., & de Vries, N. K. (2013). Online prevention aimed at lifestyle behaviors: a systematic review of reviews. *Journal of medical Internet research*, *15*(7), e146.
47. Paul-Ebhohimhen, V., & Avenell, A. (2009). A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. *Obesity facts*, *2*(1), 17-24.
48. Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of consulting and clinical psychology*, *69*(4), 717.
49. Coren, E., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: A systematic review. *Journal of Adolescence*, *26*(1), 79-103.
50. Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Campbell Systematic Reviews*, *8*(1), 1-197.
51. Ash, T., Agaronov, A., Aftosmes-Tobio, A., & Davison, K. K. (2017). Family-based childhood obesity prevention interventions: a systematic review and quantitative content analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *14*(1), 113.
52. Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, *27*(5), 745-749.
53. Van Mourik, K., Crone, M. R., Pels, T. V. M., & Reis, R. (2016). Parents' beliefs about the cause of parenting problems and relevance of parenting support: Understanding low participation of ethnic minority and low socioeconomic status families in the Netherlands. *Children and Youth Services Review*, *61*, 345-352.
54. Jago, R., Steeds, J. K., Bentley, G. F., Sebire, S. J., Lucas, P. J., Fox, K. R., ... & Turner, K. M. (2012). Designing a physical activity parenting course: parental views on recruitment, content and delivery. *BMC Public Health*, *12*(1), 356.
55. Shogren, K. A., Faggella-Luby, M. N., Bae, S. J., & Wehmeyer, M. L. (2004). The effect of choice-making as an intervention for problem behavior: A meta-analysis. *Journal of Positive Behavior Interventions*, *6*(4), 228-237.

## 7 Praktijkvoorbeeld

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

### **Verslag van een Samen Happie! (tweede) groepsbijeenkomst**

#### *Voorafgaand aan de tweede bijeenkomst*

Ongeveer drie maanden geleden hebben de ouders meegedaan aan de eerste *Samen Happie!* groepsbijeenkomst. Vandaag vindt de tweede bijeenkomst plaats, in de huiskamer van een basisschool. De jeugdverpleegkundige is al aanwezig en de koffie en thee staan klaar. De ouders komen één voor één binnen en krijgen wat te drinken aangeboden. Ze kennen elkaar nog van de eerste bijeenkomst en maken een praatje.

#### *Tijdens de bijeenkomst*

De jeugdverpleegkundige heet de ouders welkom. Ze start met een terugblik naar de eerste bijeenkomst. Hoe hebben ouders deze ervaren? En zijn ze met de informatie aan de slag gegaan? De jeugdverpleegkundige licht het programma van vandaag toe.

De eerste opdracht is het maken van een top-3 van lastige situaties in de opvoeding. Deze situaties schrijven ouders op post-its die plenair worden besproken en gegroepeerd op thema. Er blijkt redelijk wat overlap te zitten in de situaties die ouders hebben opgeschreven. De jeugdverpleegkundige gaat dieper in op twee lastige situaties: het niet willen eten van groente en driftbuien. Aan de hand van het infoblad worden tips besproken om groente eten te stimuleren en ouders wisselen tips uit die voor hen goed werken. Daarna bespreekt de jeugdverpleegkundige manieren om te reageren op een driftbui. Ze toont een filmpje waarin een vader zijn dochter een time-out geeft en vraagt ouders hierop te reflecteren. Wat doet de vader goed? En wat zou hij nog kunnen verbeteren? Tot slot wordt het verschil tussen een driftbui en verdrietige bui besproken aan de hand van het infoblad.

Dan is het tijd voor een korte pauze. Ouders kunnen naar het toilet en schenken nog wat te drinken in.

Na de pauze wordt teruggeblikt naar het 'stoplichtspel' uit de eerste bijeenkomst, waarin ouders met groene, oranje en rode kaartjes aangaven in hoeverre ze bepaald gedrag van hun kind acceptabel vinden. Hieruit bleek dat ouders verschillen in hun opvattingen en dat er niet één manier van opvoeden is. Het belang van basisregels wordt besproken, alsmede het belang om met alle opvoeders op één lijn te zitten wat betreft deze regels. Aan de hand van een voorbeeld legt de jeugdverpleegkundige het overlegmodel uit. Ouders herkennen zich in het voorbeeld, al is het niet altijd de schoonmoeder die lekkere dingen geeft aan hun kind, maar soms ook de buurvrouw of een vriendin.

Tot slot kaart de jeugdverpleegkundige het thema 'lekker in je vel' aan. Ze vraagt de ouders of zij denken dat hun kind het merkt als zij niet lekker in hun vel zitten. Ouders beamen dit. Er wordt gevraagd wat ouders aan leuke activiteiten doen om zich fijn te voelen. Eén van de ouders geeft aan eens per twee weken een oppas te regelen. Andere ouders reageren dat ze hier eigenlijk geen tijd voor maken, maar dat dit wel goed zou zijn. Sommigen nemen zich voor om bewuster tijd voor zichzelf in te plannen. Een moeder noemt als voorbeeld dat ze binnenkort bij de vriendin op bezoek gaat waar ze al een tijdje niet meer is geweest als haar kind op de peutergroep zit, in plaats van snel even boodschappen doen en schoonmaken. Dat kan ook wel een keertje met haar kind samen.

Dan is het einde van de bijeenkomst alweer in zicht. De jeugdverpleegkundige bedankt iedereen voor zijn of haar aanwezigheid en sluit af met een samenvatting van wat er vandaag is besproken. Ook is er nog ruimte voor vragen.

#### Na afloop van de bijeenkomst

De ouders, jeugdverpleegkundige en aanwezige onderzoeker vullen elk een evaluatieformulier in. De ouders bedanken ons voor de bijeenkomsten en gaan naar huis.