

**Preventie en behandeling van  
overgewicht en obesitas in Zwolle**

**KINDEREN**

**Eindrapport Kwalitatief Onderzoek  
ATW Overgewicht**

Versie: 05032010/definitief

Maart 2010

Drs. R.E. Derksen

Drs. W.J. Brink- Melis

Dr. C.M. Renders

Prof. dr. ir. J.C. Seidell

Dr. T.L.S. Visscher

# Inhoudsopgave

<b>LEESWIJZER</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>4</b>
<b>1 INLEIDING EN UITGANGSPUNTEN</b> .....	<b>7</b>
1.1 KINDEREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS.....	7
1.2 ZORGVERLENING VOOR KINDEREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS .....	8
1.2.1 <i>Structuur en landelijke ontwikkelingen</i> .....	8
1.2.2 <i>De Zwolse situatie</i> .....	11
1.3 KETENZORG VOOR KINDEREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS .....	11
1.3.1 <i>Waarom ketenzorg?</i> .....	12
1.3.2 <i>Modellen van ketenzorg</i> .....	12
<b>2 PROBLEEMSTELLING</b> .....	<b>16</b>
2.1 ONDERZOEKSDOEL.....	16
2.2 ONDERZOEKSVRAGEN .....	16
<b>3 METHODE</b> .....	<b>17</b>
3.1 WERVING DEELNEMERS .....	17
3.1.1 <i>Zorgverleners</i> .....	17
3.1.2 <i>Ouders van kinderen</i> .....	18
3.2 DATAVERZAMELING.....	18
3.2.1 <i>Zorgverleners</i> .....	19
3.2.2 <i>Ouders van kinderen</i> .....	20
3.3 DATA-ANALYSE .....	20
3.3.1 <i>Open coderen</i> .....	20
3.3.2 <i>Axiaal coderen</i> .....	20
3.3.3 <i>Selectief coderen</i> .....	21
3.3.4 <i>Integreren</i> .....	21
3.4 KWALITEITSBEWAKING.....	22
3.4.1 <i>Kwaliteit van de dataverzameling</i> .....	22
3.4.2 <i>Kwaliteit van de data-analyse</i> .....	22
<b>4 RESULTATEN</b> .....	<b>24</b>
4.1. ONDERZOEKSPOPULATIE .....	24
4.2. HUIDIGE SITUATIE .....	24
4.3. GEWENSTE SITUATIE .....	27
4.4 HOOFDTHEMA'S .....	30
4.4.1 <i>Serius nemen &amp; bespreken</i> .....	30
4.4.2 <i>Motiveren</i> .....	34
4.4.3 <i>Volhouden</i> .....	37
4.4.4 <i>Samenwerken</i> .....	39
4.5 BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN .....	43
4.5.1 <i>Bevorderende factoren</i> .....	43
4.5.2 <i>Belemmerende factoren</i> .....	45
<b>5 BESCHOUWING</b> .....	<b>48</b>
5.1 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN .....	48
5.2 DISCUSSIE .....	50
5.2.1 <i>Onderzoeksmethode</i> .....	50
5.2.2 <i>Kwaliteit</i> .....	50
5.2.3 <i>Praktische haalbaarheid</i> .....	51
5.3 CONCLUSIE.....	51
5.4 AANBEVELINGEN.....	52
5.4.1 <i>Vervolgonderzoek</i> .....	52
5.4.2 <i>Vervolgstappen voor de praktijk</i> .....	53
<b>6 REFERENTIES</b> .....	<b>54</b>
<b>7 BIJLAGEN</b> .....	<b>57</b>

## Leeswijzer

Overgewicht en obesitas nemen ook in Zwolle toe. Een adequate aanpak om de problematiek aan te pakken is gewenst. Ketenzorg wordt gezien als een veelbelovende aanpak, maar wordt nog niet ingezet in de huidige situatie. Binnen de ATW Overgewicht werken OPOZ en Icare samen met ketenpartners aan het realiseren van ketenzorg voor senioren en kinderen met overgewicht in Zwolle. Dit eindrapport betreft de zorg gericht op kinderen. Het eindrapport gericht op senioren is eveneens afgerond en beschikbaar. Het project wordt gesubsidieerd door ZonMw voor een periode van 3 jaar en heeft een looptijd tot april 2011.

Dit eindrapport beschrijft de conclusies van het kwalitatieve onderzoek rondom zorgverlening voor kinderen met overgewicht dat in de inventarisatiefase van het project heeft plaatsgevonden. Middels dit onderzoek is onderzocht hoe de huidige zorgverlening en de gewenste zorgverlening eruit zien volgens zorgverleners en ouders van kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle en welke bevorderende en belemmerende factoren een rol spelen bij het realiseren van de gewenste situatie.

Dit document is geschreven voor de projectleider van de ATW Overgewicht Kinderen, de projectgroep ATW Overgewicht Kinderen en de Stuurgroep ATW Overgewicht. De conclusies in dit rapport bieden de projectleider handvatten om de zorgverlening in Zwolle voor kinderen met overgewicht en obesitas te verbeteren. Daarnaast zal vervolgonderzoek plaatsvinden, dat samen met het hier beschreven onderzoek zal leiden tot de beschrijving van een best-practice ketenzorgmodel voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle.

Dit eindrapport was niet tot stand gekomen zonder de inzet van de projectgroepen, de stuurgroep en de geconsulteerde adviseurs. Maar bovenal niet zonder de deelnemers aan de focusgroepen en interviews. Bedankt voor jullie inzet!

# **Samenvatting**

## **Titel**

Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Kinderen  
Eindrapport Kwalitatief Onderzoek – ATW Overgewicht

## **Achtergrond**

De zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas kenmerkt zich door verschillende knelpunten. Ketenzorg kan de zorgverlening verbeteren, maar wordt in de huidige situatie nog niet ingezet. Om passende ketenzorg te realiseren is inzicht in de huidige en gewenste situatie noodzakelijk, evenals inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de zorginnovatie. De situatie dient zowel vanuit het perspectief van zorgverleners als van ouders en kinderen bekeken te worden.

## **Doel**

Inzicht verkrijgen in de huidige en gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle en de belemmerende en bevorderende factoren die worden gezien met betrekking tot implementatie. De beschrijving dient handvatten te bieden om verandering in de praktijk te realiseren.

## **Onderzoeksvraag**

Hoe kan de zorgverlening voor kinderen in de leeftijd van 0-19 jaar met overgewicht en obesitas in Zwolle verbeterd worden?

## **Methode**

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een kwalitatief onderzoek volgens de methode van de grounded theory (GT) plaatsgevonden. Middels focusgroepen en interviews met 31 zorgverleners (fysiotherapeuten, diëtisten, JGZ-medewerkers, orthopedagogen, leerkrachten, kinderarts, huisarts, kinderpsycholoog, kinderdagverblijfmedewerkers en thuisbegeleiders) en focusgroepen met 7 ouders van kinderen met overgewicht en obesitas zijn gegevens verzameld. De analyse heeft plaatsgevonden in het programma Atlas.ti conform de stappen binnen GT. De data zijn aangevuld met gegevens vanuit expertmeetings en consultering van individuele landelijke adviseurs met diverse relevante achtergronden (bijlage 1).

## Resultaten

De huidige zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle, kenmerkt zich door moeizame signalering van overgewicht. Ouders van kinderen voelen zich vaak niet serieus genomen en verwijzingen verlopen moeizaam. De behandeling is veelal monodisciplinair. Waar toch multidisciplinair wordt samengewerkt, zijn de ervaringen positief. Evaluaties vinden plaats op individueel niveau met de klant. Zowel in de infrastructuur van de keten als in de deskundigheid van zorgverleners worden knelpunten ervaren door zowel zorgverleners als ouders van kinderen. De verwachtingen van ouders en zorgverleners met betrekking tot het resultaat van een behandeling komen vaak niet overeen, waardoor ouders en kinderen teleurgesteld zijn over het behaalde resultaat.

Ten aanzien van de gewenste zorgverlening bestaat vooral behoefte aan duidelijke en efficiënte werkafspraken. In de gewenste situatie is er sprake van continue monitoring. De schoolverpleegkundige kan een spilfunctie vervullen, mits aansluiting met wijkgerichte activiteiten is gewaarborgd. Zorgverleners verlenen zorg op maat, waarbij kinderen uit een gedifferentieerd aanbod kunnen kiezen.

Het is essentieel dat in de gewenste situatie voldoende aandacht is voor zowel de bejegening van de kinderen, als aansluiting bij de belevingswereld, het bewustzijn en de motivatie van kinderen en hun gezin. Dit kan worden samengevat in de volgende hoofdthema's: *serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden* en *samenwerken*. Bij het implementeren van de zorgverbetering dient rekening gehouden te worden met de bevorderende en belemmerende factoren genoemd door kinderen en zorgverleners.

## Conclusie

De zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle kan worden verbeterd door het opzetten van een zorgketen waarin structuur-, proces-, en zorginhoudelijke elementen een plaats krijgen. De uitgevoerde inventarisatie biedt handvatten voor het verbeteren van deze elementen. De op te zetten keten kan verder ontwikkeld worden aan de hand van de uitgangspunten uit de modellen van Schrijvers, Donkers en Wagner, mits aangevuld met aandacht voor de communicatie tussen zorgverlener en ouders en tussen zorgverleners onderling. De essentie van deze aandacht voor communicatie is op te splitsen in de volgende hoofdthema's: *serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden* en *samenwerken*. Zorgverleners en ouders van kinderen blijken vanuit verschillende perspectieven te kijken naar deze thema's. Door deze verschillen kan miscommunicatie ontstaan en daardoor stagnatie in de gewenste keten van de zorgverlening. Zorgen voor

passende aansluiting bij landelijke ontwikkelingen, bij andere zorgketens, bij de belevingswereld van het kind en bij wijkgerichte (preventie)activiteiten zijn belangrijke bevorderende factoren bij de realisering van de gewenste zorgverlening. Evenals het aanstellen van een regievoerder en het monitoren van de behandelgegevens. Een eenzijdige focus op een individuele aanpak, in plaats van op een systeemaanpak, is een belangrijke belemmering bij het realiseren van de gewenste zorgverlening. Evenals het ontbreken van inzicht bij de verschillende zorgverleners, onvoldoende tijd en middelen, ‘drukke’ ouders en de lage frequentie contactmomenten van binnen de JGZ.

### **Aanbevelingen**

Vervolgonderzoek is nodig om de situatie in Zwolle verder in kaart te brengen. Dit onderzoek dient zich te richten op specifieke doelgroepen, monitoring van effectiviteit en bereik en samenwerking in de keten. De bevindingen in dit rapport beschreven, zijn bedoeld ter ondersteuning van de ontwikkeling van een zorgprogramma. Hierin hoort naast aandacht voor de structuur, zoals in de resultaten naar voren komt, ook aandacht te zijn voor het betrekken van alle zorgverleners in Zwolle en hun deskundigheidsbevordering.

# 1 Inleiding en uitgangspunten

In dit hoofdstuk worden de achtergronden en uitgangspunten van het onderzoek beschreven.

## 1.1 Kinderen met overgewicht en obesitas

De prevalentie van overgewicht en obesitas bij jonge kinderen is de afgelopen decennia sterk toegenomen (Hirasing, 2001). In 2004 had gemiddeld 14.5% van de 4 tot 16-jarige jongens en 17.5% van de meisjes overgewicht (inclusief obesitas). Dit is een flinke toename sinds 1980 toen de percentages 3.9% respectievelijk 6.9% waren en sinds 1997 toen deze 9.7% en 13.0% waren. Ook voor obesitas zijn de percentages toegenomen van 0.2% in 1980, naar 1.2% in 1997 naar 2.6% in 2004 voor de jongens en van 0.5% naar 2.0% naar 3.3% voor de meisjes (van den Hurk, 2007). Deze kinderen eten meer of ongezonder dan nodig is voor normale groei en beweging, waardoor hun energiebalans niet in evenwicht is. De energiebalans is de balans tussen de energie-inname (via de voeding) en het energiegebruik (door lichamelijke activiteit), waarbij genetische, biologische, psychosociale en omgevingsfactoren een rol spelen (Burg, 2004; Bulk-Bunschoten, 2005). Door een langdurige onevenwichtigheid van deze energiebalans ontstaat overgewicht. Bij obesitas is sprake van ernstig overgewicht (Hirasing, 2001). Onderzoek toont aan dat de prevalentie van overgewicht bij kinderen het snelst is toegenomen bij de lage SES-groepen (Sociaal Economische Status) en niet-westerse groepen van de bevolking (Fredriks, 2005). De landelijke trend is ook zichtbaar in de stad Zwolle. In tabel 2 wordt weergegeven hoeveel kinderen in Zwolle wonen en hoeveel van hen overgewicht en obesitas hebben (van den Hurk, 2007; Zwollemonitor, 2008).

Tabel 2: Aantal kinderen met overgewicht en obesitas in de stad Zwolle (2009)

	Aantal kinderen 4-17 jaar Zwolle	Overgewicht & Obesitas (%)	Obesitas (%)	Overgewicht (absoluut)	Obesitas (absoluut)
Landelijk jongens	-	14.5	2.6		
Zwolle jongens	9300			1106	241
Landelijk meisjes	-	17.5	3.3		
Zwolle meisjes	10.076			1430	332
<b>Totaal</b>	19.376			2536	573

Percentages gebaseerd op cijfers van Zwollemonitor (2009) en (van den Hurk, 2007)

Overgewicht op jeugdige leeftijd is gerelateerd aan overgewicht op volwassen leeftijd (Guo, 1999), waardoor de toename van overgewicht bij kinderen ook implicaties heeft voor de morbiditeit bij kinderen en volwassenen (type 2 diabetes, cardiovasculaire risicofactoren, klachten aan het bewegingsapparaat en psychosociale problemen). Behandeling van

overgewicht bij kinderen laat tot op heden teleurstellende resultaten zien (Summerbell, 2005). In dit kader spreekt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie VWS) van een snel groeiend probleem. Naast allerlei individuele lichamelijke- en psychosociale problemen als diabetes mellitus type 2, cardiovasculaire ziekten en een negatief zelfbeeld brengen de gevolgen van overgewicht ook grote economische schade met zich mee (Seidell, 2003; MinVWS, 2007). Een adequate aanpak is gewenst.

## **1.2 Zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas**

Landelijk en in Zwolle zijn er tal van ontwikkelingen die van invloed zijn op de zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas.

### **1.2.1 Structuur en landelijke ontwikkelingen**

De structuur van de reguliere zorg en een aantal recente landelijke ontwikkelingen zijn van invloed op de zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle.

#### **Jeugdgezondheidszorg**

Bij (jonge) kinderen zijn de ouders de eerst verantwoordelijke voor de leefstijlontwikkeling van hun kinderen. De meeste kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar bezoeken daarnaast samen met hun ouders het consultatiebureau en in de leeftijd van 4-19 jaar de GGD (jeugdartsen en – verpleegkundigen). De rol van de JGZ bij preventie en de vroege signalering van overgewicht wordt benadrukt in de rapporten van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg over Gezondheid en Gedrag en van de Gezondheidsraad over Overgewicht en Obesitas. Uit recente nota's van VWS (de nota 'Langer gezond leven' en de nota 'Overgewicht') blijkt dat preventie van overgewicht één van de drie speerpunten van het preventiebeleid van VWS is.

De behandeling van overgewicht bij kinderen is moeilijk. Er is nog geen consensus over de beste strategie en er zijn slechts in enkele studies kleine positieve resultaten van behandeling op de korte termijn gezien (Lobstein et al. 2003). Effecten van behandeling op de lange termijn zijn nog weinig onderzocht (Epstein et al. 1994, Braet en Winckel 2000, Summerbell, 2005). In afwachting op evidence based programma's bij de preventie van overgewicht van kinderen zijn ten behoeve van JGZ professionals het landelijke Signaleringsprotocol en het Overbruggingsplan (Bulk- Bunschoten, 2005) ontwikkeld. Het signaleringsprotocol wordt gebruikt om op uniforme wijze overgewicht te signaleren en te registreren. Het overbruggingsplan geeft handvatten aan hoe preventie verder vorm gegeven kan worden gebaseerd op de volgende 5 speerpunten (BBOFT): stimuleren van borstvoeding (B), Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Kinderen  
Eindrapport Kwalitatief Onderzoek – ATW Overgewicht

stimuleren bewegen/ buitenspelen (B), Stimuleren ontbijten (O), Reduceren van frisdranken en andere gezoete dranken (F), Reduceren van tv-kijken en computergebruik (T).

### **Eerstelijnsgezondheidszorg**

Naast de JGZ maken kinderen met overgewicht en obesitas gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg. Eerstelijnszorg is generalistische zorg en omvat algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging, verzorging, niet gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting (Gezondheidsraad, 2008). De eerstelijnszorg fungeert als de poortwachter voor specialistische zorg waardoor doelmatigheid ontstaat en onnodige medische zorg wordt voorkomen (VWS, 2003).

Ondanks de toenemende druk op de zorgverleners in de eerstelijns, streeft de overheid naar een eerstelijns die een centrale rol binnen de gezondheidszorg blijft vervullen. De zorgvraag moet uitgangspunt zijn bij de opzet van de organisatie van de eerstelijnszorg. Het beeld van de monodisciplinair werkende zorgverleners zal in veel gevallen niet meer voldoen. Een toekomstbestendige eerstelijns kent veel meer geïntegreerde vormen van zorg, waarin verschillende zorgaanbieders structureel en multidisciplinair met elkaar samenwerken. Dergelijke samenwerking vereist een duidelijke taakverdeling tussen zorgverleners en meer aandacht voor de coördinatie tussen hen.

### **Partnerschap Overgewicht Nederland**

In 2008 is het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) opgericht als samenwerkingsverband tussen 17 partners. Dit zijn beroepsorganisaties van zorgverleners, de koepel van zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Doel van het PON is het faciliteren van de ontwikkeling en implementatie van een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas (PON, 2009). Deze zorgstandaard beschrijft, vanuit het perspectief van de patiënt, een sluitende keten van preventie en vroege opsporing, diagnostiek, behandeling en begeleiding, waarbij zelfmanagement een continu onderdeel van de keten vormt. De behandeling betreft gecombineerde leefstijlinterventies en, indien van toepassing, medicatie of chirurgie.

Onderdeel van de zorgstandaard zijn stroomdiagrammen die het PON ontwikkelt voor verschillende leeftijdsgroepen en verschillende niveaus van overgewicht en obesitas op basis van de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' (CBO, 2008). Dit zal implicaties hebben voor de organisatie, kwaliteitsbewaking en vergoeding van zorg en preventie voor overgewicht en obesitas in Nederland. De ambitie

is een sluitende zorgketen voor overgewicht en obesitas te creëren die is gebaseerd op wetenschap, praktijk en patiëntenperspectief (PON, 2009).

### **Jongeren op Gezond Gewicht**

Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) is een programma dat gemeenten ondersteunt bij een effectieve en duurzame aanpak gericht op een gezond gewicht voor jongeren. JOGG is de Nederlandse vertaling van het succesvolle Franse EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants). De vijf peilers waar JOGG zich op richt zijn:

- Politiek bestuurlijk draagvlak (landelijk en lokaal)
- Publiek – private samenwerking
- Sociale marketing
- Monitoring en wetenschappelijk onderzoek
- Verbinding preventie en zorg

### **Centrum voor Jeugd en Gezin**

Onder het motto 'alle kansen voor alle kinderen' en 'één kind, één plan' probeert het ministerie Jeugd en gezin samenwerking en verbinding te bevorderen in de hulpverlening rondom kinderen. Het is de bedoeling dat er in 2011 in alle Nederlandse gemeentes Centra voor Jeugd en Gezin aanwezig zijn (Woudenberg, 2009). Deze centra moeten de samenhang tussen de verschillende betrokken zorgverlenende organisaties bevorderen, waarbij er meer nadruk gelegd zal gaan worden op het 'het gezin', op preventie van problemen en op eerder ingrijpen.

De basisfuncties van een centrum voor jeugd en gezin zijn: een inloop bieden voor vragen van ouders en jongeren over opvoeden en opgroeien; laagdrempelig advies en ondersteuning geven, zodat de gezinnen zichzelf kunnen redden; jeugdigen en gezinnen met risico's en problemen in beeld brengen; op tijd hulp bieden aan gezinnen om het ontstaan (of het uit de hand lopen) van problemen te voorkomen; de zorg aan een gezin coördineren volgens het principe 'één gezin, één plan': als meer leden van één gezin hulp (nodig) hebben, moet de zorg op elkaar afgestemd zijn. De taken van het Centrum voor Jeugd en Gezin zijn niet specifiek gericht op overgewicht en obesitas, maar raken een effectieve aanpak wel, om die reden wordt er aansluiting bij deze ontwikkeling bewaakt. Naast de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin zijn er ook verschillende landelijke ontwikkelingen die specifiek inspelen op de problematiek van overgewicht en obesitas.

### **1.2.2. De Zwolse situatie**

De verschillende landelijke ontwikkelingen hebben invloed op de lokale zorgverlening in Zwolle. Hier wordt de Zwolse situatie geschetst.

Kinderen in Zwolle met overgewicht en obesitas maken gebruik van de jeugdgezondheidszorg. Het consultatiebureau is in handen van Stichting Icare. Het consultatiebureau werkt nauw samen met de gemeente Zwolle en diverse organisatie binnen en buiten Icare, zoals huisartsen, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, kinderartsen, schoolartsen en buurtnetwerken. De dienstverlening van Icare Jeugdgezondheidszorg in de regio staat onder regie van de gemeenten en wordt uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen, consultatiebureauartsen en consultatiebureauassistenten. In het kader van de integrale Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar wordt samen met de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD de doorgaande lijn in de zorg gegarandeerd. De consulten bij jeugdartsen en – verpleegkundigen voor kinderen van 4-19 jaar zijn de taak van de GGD IJsselland.

Daarnaast maken kinderen in Zwolle gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg, waartoe zij in het geval van overgewicht en obesitas door de JGZ naartoe doorverwezen worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om zorg van huisartsen, orthopedagogen, fysiotherapeuten, diëtisten en in sommige gevallen thuisbegeleiders werkzaam bij Icare.

Daarnaast worden kinderen met overgewicht en obesitas ook gezien in de tweedelijns, met name bij de kinderartsen in de ISALA Klinieken.

Conform de landelijke ontwikkelingen wordt in Zwolle gewerkt aan het opzetten van Centra voor Jeugd en Gezin.

Tenslotte wordt JOGG in Zwolle geïmplementeerd. De ontwikkelingen om te komen tot een adequate aanpak voor de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas vallen binnen de JOGG aanpak onder de peilers: *monitoring & wetenschappelijk onderzoek* en *verbinding preventie en zorg*. In Zwolle bestaat breed maatschappelijk draagvlak voor een adequate aanpak van de problematiek rondom overgewicht en obesitas bij kinderen.

### **1.3 Ketenzorg voor kinderen met overgewicht en obesitas**

Het stijgende aantal kinderen met overgewicht en obesitas, met alle gevolgen die dat met zich mee brengt, de landelijke ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg en de ervaren knelpunten in de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas maken het gewenst om de zorgverlening rondom deze kinderen effectiever en efficiënter vorm te geven en hiermee de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ketenzorg lijkt hiervoor een passende methode.

### **1.3.1 Waarom ketenzorg?**

Kinderen met chronische aandoeningen, zoals obesitas (WHO, 2000), consulteren vaak meerdere professionals. De zorg van de verschillende zorgverleners wordt veelal gefragmenteerd en vanuit de domeinen van professionals aangeboden (Boot & Knapen, 2001). In de huidige praktijk ervaren zorgverleners en ouders van kinderen met overgewicht de volgende knelpunten: hulpverlening en begeleiding starten niet tijdig genoeg, er is onvoldoende sprake van adequate doorverwijzing, professionals handelen veelal monodisciplinair en in de behandeling van overgewicht is onvoldoende aandacht voor zelfmanagement. Om deze problemen aan te pakken, is het ontwikkelen van ketenzorg een mogelijke oplossing (Klink, 2008; IGZ, 2003; Klink, 2007, MinVWS, 2007).

Ketenzorg is een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntendoelgroep, in de tijd gefaseerd (Raad voor de V&Z, 1998). De doelen van ketenzorg zijn het verbeteren van de kwaliteit van zorg en leven, het verhogen van de patiënttevredenheid en het verbeteren van de efficiëntie van zorg (Kodner, 2000). Kenmerken van ketenzorg zijn: identificatie van een welomschreven doelgroep (1), hantering van evidence-based richtlijnen (2), bevordering van samenwerking in de eerste en tweede lijn (3), gericht op educatie en zelfmanagement van cliënten (4), managen van processen, resultaten en evaluatie (5), routinematige rapportage en feedback (6) en een geïntegreerde benadering (7) (Schrijvers, 2005).

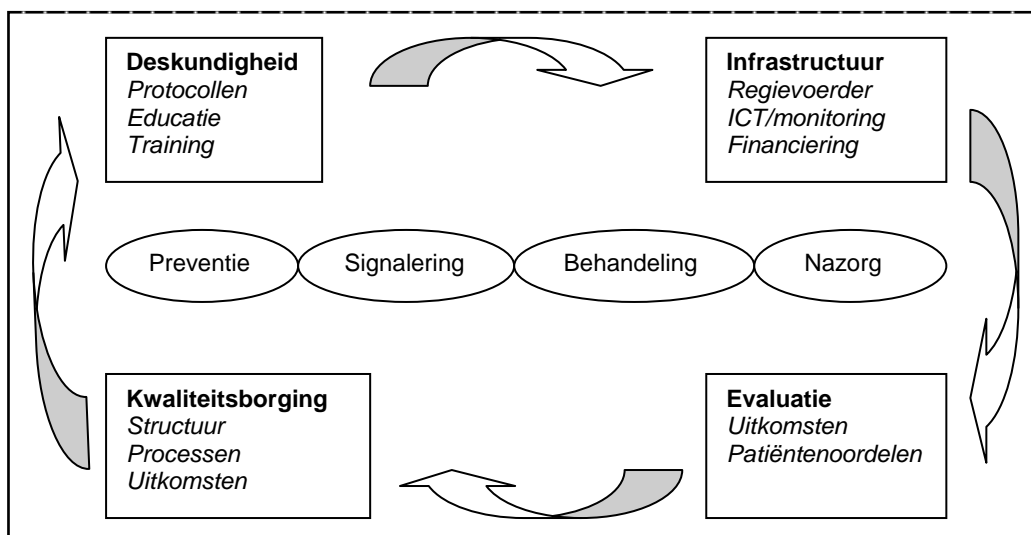
Evaluaties van ketenzorg met betrekking tot de behandeling van chronisch zieken, zoals diabetes mellitus, COPD en depressie, laten een significante verbetering zien op klinische uitkomsten, kwaliteit van leven, het zorgproces, de directe kosten, zorggebruik en de patiënttevredenheid (Drewes, 2008).

### **1.3.2 Modellen van ketenzorg**

De praktijk kenmerkt zich door een grote verscheidenheid aan uitvoeringsopties om ketenzorg toe te passen (Durlinger, 1999; Welling & Smit, 1999). Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2009) heeft een algemeen toepasbaar model voor zorgstandaarden ontwikkeld, waarin zowel ziektespecifieke als generieke aspecten zijn opgenomen. Daarnaast is ruimte voor de beschrijving van de ketenorganisatie en de beschrijving van de relevante prestatie-indicatoren. De landelijke zorgstandaard dient als kapstok voor de lokale ontwikkeling van ketenzorg voor overgewicht en obesitas. Om ketenzorg lokaal te realiseren is gezocht naar modellen die hierbij als leidraad kunnen fungeren.

### Het model van Schrijvers

Schrijvers (2005) beschrijft een model om structuur te bieden bij de ontwikkeling van ketenzorg. Dit model is gestoeld op de volgende definitie van ketenzorg: ketenzorg is de programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten met als doel de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te bevorderen. Deze definitie kenmerkt zich door een focus op de zorgverlener en optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid door inzet van managementinstrumenten en kan gezien worden als een samensmelting van het Amerikaanse concept *disease management* (focus op management instrumenten) en de definitie van de WHO van *integrated care* (focus op zorginhoudelijke aspecten). In het model van Schrijvers (2005) wordt deze koppeling tussen zorginhoudelijke elementen (preventie, signalering, behandeling, nazorg) en de verschillende proceselementen (deskundigheid, infrastructuur, evaluatie en kwaliteitsborging) schematisch weergegeven (figuur 1).



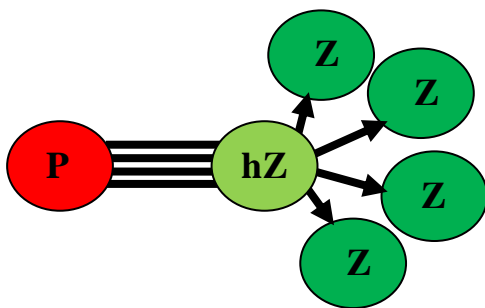
Figuur 1: Ketenzorg: koppeling zorginhoudelijke en proceselementen (Schrijvers, 2005)

Dit model geeft in brede zin aan welke elementen in beschouwing moeten worden genomen bij het opzetten van ketenzorg en geeft daarnaast een duidelijke evaluatiecyclus weer. Het model biedt echter geen concrete handvatten voor de structuur binnen de keten.

### Het dienstenmodel

Het Transmuraal Netwerk Midden Holland heeft drie werkmogelijkheden voor ketenzorg ontwikkeld, welke concrete handvatten kunnen bieden voor de structuur binnen de zorgketen: het transfermodel, het dienstenmodel en het kluwenmodel (Donkers, 2008). Bij het

transfermodel draagt elke schakel in de keten zelf verantwoordelijkheid en heeft hierbij zijn eigen hoofdzorgverlener. Bij het kluwenmodel staat centraal dat de patiënt hulp nodig heeft van een aantal zorgverleners die elkaar inschakelen, maar daarbij vanuit hun eigen verantwoordelijkheid opereren. Niemand is de hoofdbehandelaar. Bij het dienstenmodel (Figuur 2) heeft de patiënt gelijktijdig met verschillende zorgverleners contact. Daarvan is één de hoofdbehandelaar of eindverantwoordelijke. Een voorbeeld hiervan is de diabetesketen, maar het is ook van toepassing kinderen met overgewicht en obesitas die meerdere zorgverleners gelijktijdig consulteren. Het dienstenmodel gaat uit van het aanleren van zelfmanagement, waardoor de patiënt (P) een zo normaal en stabiel mogelijk leven kan leiden. Goede communicatie tussen de hoofdzorgverlener (hZ) en betrokken zorgverleners (Z) is essentieel.



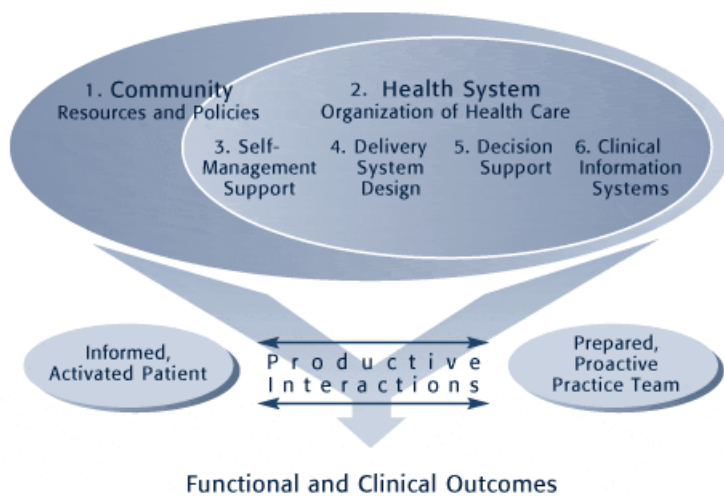
Figuur 2: Dienstenmodel (Donkers, 2008)

Voor een effectief functionerende keten is het van belang dat de hoofdbehandelaar in staat is om de verschillende aspecten van de aandoening(en) te overzien en desgevraagd andere zorgverleners in te schakelen. Wanneer de hoofdbehandelaar niet waakt voor voldoende afstemming en samenwerking, dreigt fragmentatie van de zorg en is er meer kans op tegenstrijdige behandel- en leefstijladviezen. Is dit het geval dan wordt de doelmatigheid en effectiviteit van de keten onder druk gezet (Rosendal et al., 2009).

### Het Chronic Care Model

Wagner (2001) ontwikkelde het Chronic Care Model ter verbetering van de zorg voor chronisch zieken. Het model (zie figuur 3), dat bestaat uit zes componenten, beoogt betere uitkomsten van zorg dankzij een productieve interactie tussen geïnformeerde, actief participerende patiënten en een voorbereid pro-actief werkend team van professionals. Daarnaast ligt de focus in het model niet op één chronische aandoening, maar kan binnen het model invulling gegeven worden aan meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd.

De eerste twee componenten ('community resources' en de 'health care organisation') in het model richten zich op de context en de organisatie van de gezondheidszorg. De derde component '(self management support)' benadrukt alle interventies die gericht zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid van de patient. Het 'delivery system design' richt zich op het stroomlijnen van het zorgproces. De component 'decision support' ondersteunt in het nemen van de juiste evidence based beslissingen en tenslotte sluit de 'clinical information' hierop aan met het delen van informatie en het monitoren van de bereikte resultaten.



*Figuur 3: Het Chronic Care Model (Wagner, 2001)*

### **Modellen in dit onderzoek**

Uit de drie modellen die hierboven beschreven staan, worden in dit onderzoek elementen gebruikt. De proces- en zorginhoudelijke elementen die voorkomen in het model van Schrijvers zijn in dit onderzoek gebruikt als basis bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Het principe van de hoofdbehandelaar (regievoerder) van het dienstenmodel en het principe van een productieve interactie tussen patiënt en zorgverleners uit het Chronic Care Model zijn hierbij als aanvulling gebruikt.

## 2 Probleemstelling

Overgewicht en obesitas zijn een groeiend probleem bij kinderen in Nederland. Een effectieve aanpak is noodzakelijk. Er is onvoldoende inzicht in de huidige zorgverlening rondom overgewicht en obesitas. Wel is duidelijk dat er in de huidige zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas verschillende knelpunten bestaan. Ketenzorg kan deze aanpak mogelijk verbeteren, maar wordt in de huidige situatie nog niet ingezet. Om passende ketenzorg te realiseren, is inzicht in de huidige en de gewenste situatie noodzakelijk. Deze situatie dient zowel vanuit het perspectief van de kinderen als vanuit het perspectief van de zorgverleners bekeken te worden.

### 2.1 Onderzoeksdoel

Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de huidige en gewenste zorgverlening voor kinderen in de leeftijd van 0-19 jaar met overgewicht en obesitas in Zwolle en de noodzakelijke randvoorwaarden voor implementatie van de gewenste zorgverlening. De beschrijving van dit inzicht dient handvatten te bieden om verandering in de praktijk te realiseren.

### 2.2 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag luidt:

*Hoe kan de zorgverlening voor kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas in Zwolle verbeterd worden?*

Door middel van de volgende deelvragen kan de centrale onderzoeksvraag beantwoord worden:

1. Hoe ziet de huidige zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle eruit?
2. Hoe ziet de gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle eruit?
3. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen volgens zorgverleners en ouders van kinderen een rol bij het realiseren van de gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle?

## **3 Methode**

Dit kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op de methode van de grounded theory (Boeije, 2006). Een kwalitatieve benadering van onderzoek wordt aanbevolen wanneer er weinig bekend is over een onderwerp (Boeije, 2006). De grounded theory is gekozen omdat ervaringen, betekenisverlening en sociale context centraal staan binnen de vraagstelling van het onderzoek. Alvorens het onderzoek te starten is een onderzoeksvoorstel opgesteld, welke door de wetenschapscommissie van de VU en VUMC in Amsterdam is goed gekeurd. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van maart 2009 tot en met januari 2010.

### **3.1 Werving deelnemers**

De onderzoekspopulatie bestond uit zorgverleners en ouders van kinderen met overgewicht en obesitas werkzaam respectievelijk woonachtig in Zwolle.

#### **3.1.1 Zorgverleners**

Op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen zijn de beroepsgroepen die een rol spelen in de behandeling van overgewicht en obesitas samengesteld. Het gaat om de volgende beroepsgroepen: huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, orthopedagogen, JGZ-medewerkers, thuisbegeleiders, psychologen en kinderartsen.

Gedurende het onderzoek bleek dat ook de individuele mening van leerkrachten/intern begeleiders van basisscholen en de mening van medewerkers van kinderdagverblijven en peuterspeelzalen waardevolle informatie kon opleveren, mede omdat de andere beroepsgroepen veel over deze groepen spraken als hebbende een rol in de aanpak. Hiertoe is besloten om ook deze beroepsgroepen in de onderzoekspopulatie op te nemen.

Per beroepsgroep is getracht om een zo breed mogelijke afspiegeling van de verschillende wijken in de stad Zwolle te realiseren. Extra aandacht is besteed aan de werving van professionals uit de wijken Holtenbroek en Diezerpoort. Dit zijn wijken waar mensen wonen met een lage SES en/of een niet westerse cultuur. Bij deze bevolkingsgroepen komt overgewicht en obesitas vaker voor. De samenstelling van de focusgroepen vond plaats door de projectgroepleden te vragen om mensen aan te dragen die ervaring en affiniteit met de behandeling van kinderen met overgewicht en obesitas hebben en werkzaam zijn in verschillende wijken in Zwolle. Vervolgens werden middels het sneeuwbaaleffect voldoende deelnemers geworven. Eén van de onderzoekers benaderde vervolgens de zorgverleners en informeerde hen mondeling en schriftelijk over het onderzoek.

### **3.1.2 Ouders van kinderen**

De onderzoekspopulatie van ouders van kinderen met overgewicht en obesitas bestond uit ouders met de volgende kenmerken: woonachtig in Zwolle, ouder van een kind in de leeftijd van 8-12 jaar. Deze leeftijdsgrens is vastgesteld, omdat door deze afbakening een redelijk homogene groep ouders gesproken kon worden met kinderen in dezelfde leeftijdsfase. Het uitwisselen van ervaringen en het reageren op elkaar wordt hierdoor gemakkelijker, wat de kwaliteit van de data ten goede komt. Ouders van kinderen moesten zelf inschatten of hun kind overgewicht of obesitas had. Hiermee werd voorkomen dat er voorafgaand aan de dataverzameling een meting moest plaatsvinden, wat enerzijds teveel tijd zou kosten en anderzijds een drempel zou kunnen zijn voor deelname.

De samenstelling van de focusgroepen vond plaats door de projectgroepleden te vragen om ouders van kinderen met overgewicht aan te dragen. Vervolgens werd ook de mogelijkheid geboden aan de ouders om andere ouders te attenderen op de mogelijkheid deel te nemen aan de focusgroepen. Ook bij de ouders is getracht een zo breed mogelijke afspiegeling van de verschillende wijken in Zwolle te laten deelnemen, waarbij extra aandacht werd besteed aan participatie van ouders uit de wijken Holtenbroek en Diezerpoort. Eén van de onderzoekers benaderde vervolgens de ouders van kinderen en informeerde hen mondeling en schriftelijk over het onderzoek.

### **3.2 Dataverzameling**

Om zowel het perspectief van de zorgverleners als die van de ouders te kunnen onderzoeken, werd bij beide groepen data verzameld. De dataverzameling vond plaats middels focusgroepen (bij zorgverleners en ouders) en semigestructureerde interviews (bij zorgverleners). Om een beeld van een ideale keten te vormen is het 'vrije denken' dat focusgroepen kenmerkt van toegevoegde waarde voor het onderzoek (Dahlin Ivanoff, 2006). Een focusgroep kenmerkt zich door de meerwaarde die het heeft voor exploratie van nieuwe ideeën, opinies en attitudes ten opzichte van het onderzoeksonderwerp. Reacties worden mede uitgelokt doordat meerdere personen tegelijkertijd ondervraagd worden. Om er voor te zorgen dat alle onderwerpen aan bod kwamen werd gebruik gemaakt van vraagroutes (bijlage 2 en 3). De vragen in deze vraagroutes zijn gebaseerd op de proces- en zorginhoudelijke elementen die naar voren komen in het ketenzorgmodel van Schrijvers (2005), aangevuld met uitgangspunten van het dienstenmodel (Donkers, 2008) en het CCM (Wagner, 2001).

Voor categorieën zorgverleners die niet voldoende in aantal werkzaam zijn in Zwolle om een focusgroep te organiseren, is gekozen voor een semigestructureerd interview. Deze interviews kenmerkten zich door de open benadering, waar het delen van ervaringen en exploreren van ideeën uitgangspunten waren.

Alle bijeenkomsten vonden plaats in een gesloten ruimte, buiten gehoorafstand van derden. Van de bijeenkomsten werden audio-opnames gemaakt. Het maken van contact tussen gespreksleider en deelnemers, zoals benadrukt wordt door Evers (2007), was hierbij een eerste vereiste. Er werd gestreefd naar een ambiance waarin de respondenten vrijuit konden spreken. De anonieme verwerking van de gegevens werd benadrukt. Alle bijeenkomsten werden afgesloten met het bedanken van de deelnemers en het uitreiken van cadeaubonnen.

### **3.2.1 Zorgverleners**

Met JGZ-medewerkers, orthopedagogen, leerkrachten/intern begeleiders van basisscholen, diëtisten en fysiotherapeuten werd een focusgroep gehouden. Met een kinderpsycholoog, een kinderarts, twee thuisbegeleiders, twee medewerkers van kinderdagverblijven/peuterspeelzalen en een huisarts vonden interviews plaats. Hieronder wordt uiteengezet hoe de dataverzameling heeft plaatsgevonden.

#### **Focusgroepen & semigestructureerde interviews**

In de focusgroepen met professionals werd gestreefd naar een omvang van zes deelnemers, met een minimaal vereiste van drie. Per beroepsgroep werd één focusgroep gehouden. De bijeenkomsten duurden 2 uur. Het taalgebruik werd zoveel mogelijk aangepast op de verschillende groepen. De gesprekken bestonden uit vier onderdelen. Het eerste onderdeel was een introductie en een kennismakingsronde. In het tweede gedeelte werd ingegaan op huidige zorgverlening voor kinderen met overgewicht/obesitas in Zwolle. In het derde gedeelte werd ingegaan op de gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle. In het laatste gedeelte stonden de suggesties en ideeën om van de huidige situatie naar de gewenste situatie te komen centraal. Door de respondenten werden de - in hun ogen - belangrijkste elementen die gehandhaafd moeten blijven in de gewenste situatie geschreven, evenals de belangrijkste elementen die gerealiseerd dienen te worden in de gewenste situatie. Hier werden twee lijsten van gemaakt, deze lijsten dienden als naslagwerk gedurende de analyses.

De interviews duurden 1,5 uur en bestonden uit dezelfde onderdelen als de focusgroepen. Gedurende de interviews werd gebruik gemaakt van dezelfde onderwerpenlijst als bij de focusgroepen.

### **3.2.2 Ouders van kinderen**

Met ouders werden focusgroepen gehouden. Er werd gestreefd naar een omvang van 6 deelnemers met een minimaal vereiste van vier en een maximum van 12. De bijeenkomsten duurden 1,5 uur. De gesprekken bestonden uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel was een introductie en een kennismakingsronde. In het tweede gedeelte werd ingegaan op huidige zorgverlening voor kinderen met overgewicht/obesitas in Zwolle. In het derde gedeelte werd ingegaan op de gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle.

## **3.3 Data-analyse**

Van de focusgroepen en interviews zijn woordelijke transcripties gemaakt. De analyse van de data bestond uit vier fases: open coderen, axiaal coderen, selectief coderen en integreren (Boeije, 2006). De analyse is uitgevoerd door twee onderzoekers en een supervisor.

### **3.3.1 Open coderen**

De gesprekken werden nageluisterd en gelezen ten behoeve van een eerste, globale analyse. Vervolgens werden de data open gecodeerd, waardoor de data uiteengerafeld werden in codes. De codes zijn een samenvattende notatie voor een stuk tekst, waarin de betekenis van dat fragment wordt uitgedrukt. Het open coderen heeft plaatsgevonden met behulp van het computerprogramma Atlas.ti. Op basis van het open coderen hebben de respondenten een beknopte samenvatting gekregen van het gesprek waaraan zij hadden deelgenomen. De respondenten kregen de gelegenheid op deze samenvatting te reageren. De reacties zijn verwerkt in de samenvattingen.

### **3.3.2 Axiaal coderen**

Na het open coderen werd overgegaan op het axiaal coderen. Axiaal coderen kan gezien worden als een beweging van concrete codes naar meer abstracte classificaties. Het kenmerkt zich door reductie van het aantal codes en het maken van onderscheid tussen belangrijke en minder belangrijke codes in de data. In deze fase werden de verschillende open codes gerelateerd aan elementen van de drie gebruikte modellen (zie paragraaf 1.3.2) Op basis van deze analyses is een rapportage geschreven, welke is besproken in expertmeetings (de

stuurgroep en de projectgroep) en in individuele gesprekken met 14 adviseurs. In bijlage 1 is een lijst opgenomen met de geconsulteerde adviseurs. In de expertmeetings is besproken in welke mate het ontstane beeld in de rapportage aansluit bij de praktijkervaringen in Zwolle en de recente wetenschappelijke inzichten, welke kennishiaten er nog waren en welke innovatieve kansrijke aangrijpingspunten er naar voren kwamen om een keten voor overgewicht en obesitas voor kinderen in de stad Zwolle te kunnen ontwikkelen. Ook deze gesprekken zijn volledig op band opgenomen en verwerkt. De op- en aanmerkingen die de deelnemers gegeven hebben op basis van de rapportage werden meegenomen in de laatste fase van de analyse. Ook de op- en aanmerkingen die de 14 adviseurs gaven, zijn meegenomen in de laatste fase van de analyse.

### **3.3.3 Selectief coderen**

In de fase van axiaal coderen werd duidelijk dat door het relateren van de open codes aan de gebruikte modellen, niet alle essentiële codes een plek kregen in het gebruikte model voor het opstellen van de vraagroute. Het betrof codes met betrekking tot de communicatie tussen zorgverlener en ouders en kind en tussen zorgverleners onderling. Hiertoe is besloten over te gaan op selectief coderen. Selectief coderen kenmerkt zich door het categoriseren en verbinden van losse data-elementen. Er werd gezocht naar hoofdthema's die betrekking hadden op communicatie tussen zorgverlener en kinderen en tussen zorgverleners onderling. Hiertoe werden verschillende hoofdthema's onderscheiden en ook de relaties tussen deze hoofdthema's werden benoemd. Veel van de gegeven informatie kon worden ondergebracht bij deze thema's en vormden hiermee een verbindende lijn (een patroon) in de analyses.

Daarnaast is in de fase van selectief coderen ook gezocht naar een antwoord op de derde deelvraag met betrekking tot de belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij het realiseren van de gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle.

### **3.3.4 Integreren**

In de laatste fase van de data-analyse vond integratie van de gevonden resultaten plaats. Deze fase kenmerkt zich door het trekken van conclusies op basis van de gevonden resultaten en het doen van aanbevelingen voor zowel de praktijk als vervolgonderzoek. De input uit de expertmeetings en de gesprekken met de adviseurs zijn in deze fase gebruikt om de aanbevelingen te formuleren.

### **3.4 Kwaliteitsbewaking**

De wijze waarop de kwaliteit (betrouwbaarheid en geldigheid) van het onderzoek bewaakt is, wordt hieronder uiteengezet, daarbij wordt onderscheid gemaakt in: de kwaliteit van de dataverzameling en de kwaliteit van de data-analyse.

#### **3.4.1 Kwaliteit van de dataverzameling**

Voorafgaand aan de dataverzameling is op basis van literatuuronderzoek een protocol en een vraagroute samengesteld (bijlage 2 en 3). De dataverzameling vond te allen tijde plaats door twee personen; een gespreksleider en een observator. Beiden waren in het bezit van de onderwerpenlijst. Na afloop van elk onderdeel in de focusgroep of het interview vroeg de gespreksleider aan de observator of alle onderwerpen aan bod waren gekomen, wanneer dit niet het geval was dan werden aanvullende vragen gesteld. Bij alle focusgroepen en interviews is steeds dezelfde persoon gespreksleider geweest. De gespreksleider – werkzaam bij een onafhankelijk onderzoekscentrum - is gezondheidswetenschapper (beleid en beheer van de gezondheidszorg) en heeft geen belangen bij de meningen en suggesties van de respondenten. In de inleiding van de focusgroep werd de anonieme verwerking van de data benadrukt en werd voldoende aandacht besteed aan het creëren van een ontspannen sfeer, waarmee de kans op sociaal wenselijk antwoorden verkleind werd. Tijdens de focusgroepen en interviews werd voortdurend door middel van samenvatten en parafraseren gecheckt of de informatie goed begrepen was.

#### **3.4.2 Kwaliteit van de data-analyse**

De observator heeft gedurende de bijeenkomsten aantekeningen gemaakt. De gespreksleider heeft na elke bijeenkomst een verslag geschreven, waarin gereflecteerd werd op de interactie, de interviewtechniek en de context. De aantekeningen van de observator en de verslagen van de gespreksleider zijn in de analyses gebruikt voor juiste interpretatie van de data.

Alle analyses zijn uitgevoerd door twee onderzoekers. De codering vond onafhankelijk van elkaar plaats, waarbij gebruik is gemaakt van het computerprogramma Atlas.ti. Aansluitend op de open codering zijn in meerdere bijeenkomsten de verschillen in de codering besproken en is er na feedback en discussie overeenstemming bereikt. Vervolgens werd ook met een supervisor gediscussieerd over de data, waarna eveneens overeenstemming werd bereikt.

Na de eerste analyse hebben de respondenten een samenvatting met de belangrijkste bevindingen van de bijeenkomst gekregen. Hierop konden zij reageren, deze reacties zijn meegenomen in de vervolganalyses. Deze member-check verhoogt de kwaliteit van de

analyse. Ook hebben individuele adviseurs en expertgroepen gereageerd op de data. Er werd besproken in welke mate het ontstane beeld aansluit bij bestaande wetenschappelijke inzichten, welke kennislücken er nog zijn en welke innovatieve kansrijke aangrijpingspunten van belang zijn om te komen tot een keten voor overgewicht en obesitas voor kinderen in de stad Zwolle. Ook deze gesprekken zijn volledig opgenomen. De op- en aanmerkingen die in deze gesprekken naar voren zijn gekomen zijn meegenomen in de laatste fase van de analyse: het opstellen van de conclusies en aanbevelingen.

## 4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de focusgroepen en interviews die zijn gehouden.

### 4.1. Onderzoekspopulatie

In totaal vonden 5 focusgroepen en 5 interviews plaats met 31 zorgverleners. In iedere focusgroep waren zorgverleners vertegenwoordigd uit de wijken Holtenbroek of Diezerpoort. De respondenten van de interviews werkten niet specifiek voor één wijk, maar voor de gehele stad Zwolle. In tabel 2 is de respons schematisch weergegeven.

Tabel 2: Respons zorgverleners

Vorm	Beroepsgroep	Aantal deelnemers
Focusgroep	Fysiotherapeuten	6
Focusgroep	Diëtisten	4
Focusgroep	JGZ-medewerkers	6
Focusgroep	Orthopedagogen	3
Focusgroep	Leerkrachten	5
Interview	Kinderarts	1
Interview	Thuisbegeleiders	2
Interview	Kinderpsycholoog	1
Interview	Huisarts	1
Interview	Medewerkers kinderdagverblijf/peuterspeelzaal	2

Verdeeld over 2 focusgroepen zijn in totaal 7 ouders bevestigd over hun ervaringen met en ideeën over de zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas, zie tabel 3. In elke focusgroep was minimaal één ouder afkomstig uit de wijken Holtenbroek of Diezerpoort.

Tabel 3: Respons ouders

Vorm	Doelgroep	Aantal deelnemers
Focusgroep 1	Ouders	4
Focusgroep 2	Ouders	3

### 4.2. Huidige situatie

De eerste deelvraag (inzicht in de huidige situatie) is beantwoord door middel van de gehanteerde vraagroutes (bijlage 2 en 3).

#### Signalering

Zorgverleners geven aan dat signalering van obesitas makkelijker verloopt dan van overgewicht. Bij plotselinge, te sterke, gewichtstoename is tijdige signalering gewenst.

Het bespreken van overgewicht wordt als lastig ervaren door JGZ medewerkers, beschikbare tijd en de verwachting dat ouders niet openstaan voor het bespreken zijn hier redenen voor. Orthopedagogen geven aan het gewicht te bespreken, ook wanneer dit geen hulpvraag is. De kinderarts geeft aan dat ouders het niet vreemd vinden als hij het gewicht bespreekt. Diëtisten, fysiotherapeuten en JGZ merken op dat huisartsen overgewicht vaak niet bespreken. De huisarts bevestigt dit. De huisarts geeft aan dat huisartsen overgewicht wel herkennen, maar niet altijd bespreken. Redenen hiervoor zijn: kinderen komen vaak met een andere hulpvraag en dan is de tijd te kort het overgewicht ook ter sprake te brengen en het ontbreken van een vervolgaanbod om naar te verwijzen.

Zorgverleners geven aan dat kinderen tussen groep 2 en groep 7 niet in beeld van de zorg zijn. Juist in deze periode neemt het gewicht vaak toe, waardoor dit als gemiste kans van signaleren wordt ervaren. Zorgverleners merken op dat het voor veel leerkrachten nog een taboe is om overgewicht te bespreken. Leerkrachten zelf ervaren dit taboe niet, maar vinden het wel moeilijk overgewicht te bespreken, zij hebben onvoldoende kennis over en ervaring met het bespreken en missen een medische achtergrond. Medewerkers van kinderdagverblijven en peuterspeelzalen geven aan dat zij nagenoeg geen overgewicht signaleren, het wordt momenteel niet gezien als onderdeel van hun werk.

### **Verwijzing**

Bij verwijzingen ontbreekt de logica en de wachttijden zijn vaak lang. Na doorverwijzing voelen zorgverleners zich niet langer verantwoordelijk voor de behandeling. Zorgverleners hebben geen zicht op het vervolg na een verwijzing. De kinderarts weet vaak niet waarom kinderen naar hem verwezen worden. Ouders hebben het gevoel te 'zwemmen'.

Zorgverleners weten vaak niet welke verwijsmogelijkheden er zijn. Verwijzingen krijgen hiermee voor ouders een 'toevallig' karakter. Zorgverleners verwijzen met name door naar zorgaanbieders die zij kennen.

### **Behandeling**

De huidige behandelingen zijn veelal mono-disciplinair en worden vanuit het perspectief van de zorgverlener aangeboden. Voor kinderen met licht overgewicht en voor kinderen met hoge risicofactoren om overgewicht te ontwikkelen is onvoldoende aandacht en geen passende zorg beschikbaar. De kinderen in dit 'grijze gebied' worden niet doorverwezen naar de 1<sup>e</sup> lijn (huisarts, diëtist, etc.) maar er is ook geen passend aanbod in de jeugdgezondheidszorg.

Overgewicht en obesitas worden door de kinderarts en de huisarts nog niet altijd beschouwd als een ziekte. De kinderarts ziet voor zichzelf een rol in het uitsluiten van medische oorzaken. De GGD is op scholen voor ouders en zorgverleners niet altijd zichtbaar.

Orthopedagogen zijn van mening dat zij een belangrijke rol spelen in de behandeling van overgewicht. In de huidige multidisciplinaire programma's is hun rol vaak vanwege het ontbreken van tijd en geld – in hun ogen – te klein. De effecten zijn daardoor gering.

De behandeling van diëtisten voldoet vaak niet aan de verwachtingen van verwijzers/ouders. Voedingsgewoonten zijn lastig te veranderen, met name bij ouders en pubers. Gedragsverandering wordt ervaren als een langdurig proces. De duur van behandelingen is vaak te kort om resultaat te boeken.

De groep kinderen met overgewicht en obesitas die momenteel behandeld wordt, is slechts een klein gedeelte van de totale populatie kinderen met overgewicht en obesitas, lang niet alle kinderen worden bereikt.

De behandeling van kinderen uit lage SES gezinnen of kinderen met een allochtone afkomst wordt als lastig ervaren door zorgverleners, met name door JGZ-medewerkers.

### **Nazorg**

Na afronding van een behandelprogramma bij een individuele zorgverlener is er na de follow-up geen blijvende nazorg. Geen enkele zorgverlener houdt na afronding van een behandeling structureel contact met de ouders/kind.

### **Deskundigheid**

Zorgverleners – met name JGZ – willen graag geschoold worden in motiverende gespreksvoering en in het functioneren van de keten. Orthopedagogen geven aan dat zij meer zouden willen weten over de medische achtergrond van overgewicht en obesitas.

Thuisbegeleiders geven aan dat zij weinig kennis hebben van overgewicht en obesitas, maar dat zij veel kennis en ervaring hebben met het behandelen van een systeem (gezin) welke ook voor overgewicht en obesitas ingezet zou kunnen worden.

De kennis van ouders over een gezonde leefstijl is minimaal volgens de verschillende zorgverleners.

### **Infrastructuur**

De verschillende professionals worden allemaal gefinancierd vanuit de voor de beroepsgroep geldende financieringsstromen. De instroom van kinderen is hiermee voor JGZ, GGD,

kinderarts en huisartsen gerealiseerd. Zorgverleners die kinderen behandelen na een doorverwijzing (fysiotherapeut, diëtist, orthopedagoog en psycholoog) voelen zich afhankelijk van de verwijzer.

Er is geen structurele samenwerking tussen zorgverleners rondom de behandeling van kinderen met overgewicht en obesitas. Behandelingen zijn hierdoor niet altijd effectief. Door multidisciplinair overleg, goede protocollen en met name het kennen van elkaars expertise en vaardigheden kan dit verbeterd worden.

Ouders hebben het 'druk'. Daardoor is er weinig structuur in de eetgewoontes en hebben ouders vaak niet veel tijd om de afspraken die hun kind heeft met betrekking tot de behandeling van overgewicht na te komen. Zorgverleners krijgen vaak de vraag of een behandeling 's avonds plaats kan vinden.

#### **Evaluatie en kwaliteitsborging**

Behandelingen worden individueel – met de klant – geëvalueerd. Er vindt nagenoeg geen monitoring plaats en waar het gebeurt, is geen sprake van uniformiteit. Zorgverleners hebben geen inzicht in elkaars dossiers.

#### **4.3. Gewenste situatie**

De tweede deelvraag (inzicht in de gewenste situatie) is eveneens beantwoord door middel van de gehanteerde vraagroutes (bijlage 2 en 3).

#### **Signalering**

Consultatiebureau, GGD en de huisarts worden gezien als partijen die overgewicht dienen te signaleren. Meer contactmomenten tussen groep 2 en groep 7 zijn wenselijk. De huisarts geeft aan dat hij een duidelijke rol voor zichzelf ziet in het signaleren en doorverwijzen en minder in het behandelen van overgewicht. Het uitsluiten van medische oorzaken ziet hij wel als zijn taak.

Signalering door schoolleerkrachten (gymleerkrachten) en medewerkers van peuterspeelzalen en kinderdagverblijven wordt als reële optie gezien door de andere zorgverleners. Leerkrachten geven aan dat lesgeven hun primaire taak is. Overgewicht wordt wel als relevant probleem ervaren op scholen. Leerkrachten zien voor zichzelf een rol in het op groepsniveau stimuleren van (aandacht voor) een gezonde leefstijl. Ze zien geen rol in speciale aandacht voor individuele kinderen. De scholen zouden dit vorm willen geven in nauwe samenwerking met de GGD. Medewerkers van kinderdagverblijven en peuterspeelzalen geven aan dat zij

wel een signalerende rol zouden willen vervullen, maar dat zij hier dan wel in geschoold moeten worden en dat er tijd voor gemaakt moeten worden.

Goede diagnostiek is essentieel, omdat de problematiek vaak multi-factorieel is. Meer aandacht voor preventie wordt door alle zorgverleners als essentieel beschouwd. Met goede voorlichting en preventie is nog veel winst te behalen.

Preventie moet zo vroeg mogelijk starten. In de eerste 12 jaar moet de basis gelegd worden voor een gezonde leefstijl. Ouders van pasgeborenen staan open voor adviezen, waardoor het aanleren van een gezonde leefstijl van hun kinderen een goede gewoonte kan gaan worden.

Daarnaast moet op scholen in het lesmateriaal voldoende aandacht zijn voor een gezonde leefstijl (voeding en beweging).

### **Verwijzing**

Voor zorgverleners zijn een goede sociale kaart, een duidelijk protocol en voldoende kennis over de doorverwijsmogelijkheden essentieel.

### **Behandeling**

De JGZ vindt het haar taak een passend aanbod te bieden aan kinderen met (dreigend) licht overgewicht; de *'grijze groep'*. Het consultatiebureau en de GGD willen hierbij graag ondersteund worden met gespreksvaardigheidstrainingen en goed voorlichtingsmateriaal, zowel voor groeps- als voor individuele voorlichting en advisering.

Het is van belang dat ouders en/of kind zelf een hulpvraag creëren, dit verhoogt de motivatie voor de behandeling. De behandeling moet aansluiten bij de belevingswereld van ouders/kind. De behandeling dient opgebouwd te worden vanuit een gedifferentieerd aanbod dat voorhanden is. Differentiatie moet plaatsvinden naar leeftijdscategorie en naar mate van overgewicht. Ieder kind moet zorg op maat krijgen.

Wanneer duidelijk is dat de kinderarts een meerwaarde heeft in de keten, dan wil hij zich volledig inzetten. Duidelijke rollen, taken en verantwoordelijkheden zijn daarvoor een voorwaarde.

Het is van groot belang dat er reële verwachtingen en doelen met betrekking tot de behandeling gesteld worden om teleurstellingen te voorkomen. Teleurstellingen hebben een negatief effect op de effectiviteit van vervolgprogramma's.

Behandeling moet zich richten op zowel voeding, beweging als opvoeding. Handhaving van het gewicht is volgens fysiotherapeuten, orthopedagogen, kinderarts en psycholoog belangrijker dan afvallen. Fysiotherapeuten vinden dat kinderen met overgewicht zonder

andere problematiek, dienen te participeren in beweegprogramma's die door sportdocenten (bijvoorbeeld op scholen) worden aangeboden. Fysiotherapeuten zien voor zichzelf een rol in het behandelen van kinderen die naast overgewicht ook andere problematiek hebben. Zorgverleners geven aan dat de behandeling in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn richt zich op individuen, terwijl overgewicht geen individueel, maar een gezinsprobleem is. De behandeling moet zich meer op het gezin gaan richten.

### **Nazorg**

Nazorg dient volgens de ouders en de zorgverleners tot stand te komen in aansluiting op de behandeling.

### **Deskundigheid**

Zorgverleners willen graag geschoold worden, zowel inhoudelijk over overgewicht en obesitas (oorzaken, gevolgen, effectieve behandelingen etc.) als in motiverende gespreksvoering. Zorgverleners willen meer kennis hebben over de structuren en mogelijkheden in de keten (bijvoorbeeld kennis van de sociale kaart).

De kinderarts, fysiotherapeuten en diëtisten leveren graag een bijdrage aan deskundigheidsbevordering van andere zorgverleners of op scholen.

Deskundigheidsbevordering van ouders op het terrein van voeding, gezonde leefstijl en zelfmanagement is wenselijk volgens zorgverleners.

### **Infrastructuur**

De rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners moeten duidelijk zichtbaar worden: voor henzelf, voor de andere zorgverleners en voor ouders en kinderen.

Gemeenschappelijke dossiervorming kan ondersteunend zijn voor goede samenwerking.

Het wordt als wenselijk ervaren om bij het ontwerp van de keten gebruik te maken van de bestaande zorgstructuren en deze te versterken. Niet opnieuw het wiel uitvinden.

Fysiotherapeuten, diëtisten, orthopedagogen, JGZ-medewerkers en de psycholoog zien een belangrijke rol voor scholen in de signalering van overgewicht en de uitvoering van beweegprogramma's of voedingslessen. Leerkrachten zien voor zichzelf geen rol in de behandeling van overgewicht, wel in stimuleren van gezond gedrag middels preventieactiviteiten en in de signalering van overgewicht. De kinderarts geeft aan dat per individu moet worden bekeken wie de regierol in de keten op zich neemt, de jeugdarts speelt hierin mogelijk een rol. Ook de huisarts geeft aan dat de regie moet liggen bij de verantwoordelijk zorgverlener voor de behandeling en begeleiding van deze kinderen.

Afhankelijk van de zorg die een kind krijgt, kan deze verantwoordelijke zorgverlener verschillen. Zij zien de kinderen het vaakst en kunnen het beste inschatten waar en hoe ondersteuning nodig is. Voor ouders en kind is ondersteuning vanuit het systeem (gezin/school/vriendjes) noodzakelijk om de gewenste resultaten te behalen. De huisarts geeft daarbij aan dat het belangrijk is ouders te wijzen op hun verantwoordelijkheid. Ouders moeten beseffen dat kinderen het goede voorbeeld en motivatie van huis uit mee moeten krijgen.

Om structurele financiering te realiseren, dienen zorgverzekeraars en de gemeente betrokken te worden. Zij zouden de dubbelrol van probleemeigenaar en financier op zich moeten nemen.

### **Evaluatie en kwaliteitsborging**

Zowel ouders van kinderen, als zorgverleners vinden goede monitoring en evaluatie belangrijk. Verschillende zorgverleners geven het belang van gemeenschappelijk dossiervorming aan, de suggestie is gedaan om de ouders/het kind beheerder van dit dossier te laten zijn.

## **4.4 Hoofdthema's**

Door selectief te coderen is dieper ingegaan op de essentie van de gewenste situatie. In deze essentie draaide het om de communicatie tussen ouders van kinderen met overgewicht en obesitas en zorgverleners. Deze communicatie kon worden ingedeeld in vier hoofdthema's die in deze paragraaf worden beschreven: *serieus nemen & bespreken*, *motiveren*, *volhouden* en *samenwerken*. Ieder hoofdthema wordt vanuit verschillende interacties bekeken, te weten: de interactie tussen zorgverlener en ouders en de interactie tussen zorgverleners onderling. In deze paragraaf zijn veel citaten opgenomen die vanuit de huidige situatie een doorkijk geven naar de gewenste situatie. De citaten zorgen voor een goed inzicht in de verschillende bestaande perspectieven.

### **4.4.1 Serieus nemen & bespreken**

In de interviews kwam naar voren dat ouders met overgewicht en zorgverleners vanuit verschillende perspectieven aankijken tegen het hoofdthema '*serieus nemen & bespreken*'.

#### **Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van ouders**

Voor ouders en kind is het erg belangrijk dat het overgewicht op een goede manier besproken wordt, welke zorgverlener dat doet is dan van ondergeschikte waarde. Daarbij is het

belangrijk voor ouders dat het benoemen van de zorgverlener perspectief biedt op een passend vervolg.

*Ouder: “Als ze zeggen je kind is te dik, dan denk je, ja dat weet ik zelf ook wel. Dan denk je, en wat moet ik er mee? Dat is eigenlijk het benoemen van iets waar je niets mee kan.”*

Ouders willen zich begrepen en gehoord voelen, dat is nu vaak niet het geval.

*Ouder: “De arts zei: “Misschien moet je dochter naar een goede kinderfysiotherapeut.” Toen ik vroeg waar ik die kon vinden, zei de arts dat hij dat niet wist. Toen moest ik maar gaan bellen. Toen dacht ik: “Als je iets aanbiedt, biedt dan ook iets aan waar je als ouders iets aan hebt en zeg niet dat ik dat zelf maar moet uitzoeken.””*

Ouders vinden het niet leuk om te horen dat hun kind te zwaar is, ze hebben het gevoel iets verkeerd gedaan te hebben en voelen zich schuldig.

*Ouder: “Het is niet leuk om te horen dat je kind te dik is, dat is gewoon niet leuk. Je wordt geconfronteerd met iets wat je eigenlijk wel weet, maar weggeschoven hebt, van ach het valt nog wel mee. Ik heb mezelf ook heel erg afgevraagd: wat heb ik verkeerd gedaan? Hoe had ik dit kunnen voorkomen?”*

Ouders hebben het gevoel dat zij niet direct serieus worden genomen met het probleem overgewicht en dat zij erg hun kop boven het maaiveld uit moeten steken om een verwijzing te krijgen.

*Ouder: “Uiteindelijk hebben we een afspraak met de diëtiste gekregen, met veel pijn en moeite. Ik moet gewoon ontzettend mijn mond open doen om iets voor elkaar te krijgen.”*

Daarnaast hebben ouders het gevoel dat zij alleen staan met hun probleem. De huisarts wuift het probleem dat ouders zien vaak weg. Dat zou ook kunnen komen doordat de huisarts niet de juiste handvatten heeft om het probleem aan te pakken

*Ouder: “Je staat een beetje alleen, je wordt niet helemaal serieus genomen, dat is eigenlijk waar ik tegenaan loop.”*

*Ouder: “Het is zo’n hot item op het moment. Kinderen zijn te dik, er moet meer bewogen worden, er moet gezonder gegeten worden. Op het moment dat ik bij de huisarts kwam, ik wil niet zeggen dat hij me niet serieus nam, maar hij had zoiets van ach ja...(..) dat verbaast me heel erg, dat verbaast me nog steeds.”*

*Ouder: “Ik heb wel het idee dat mijn huisarts begrip heeft voor de situatie, ik heb ook het idee dat hij er wel wat aan wil doen, maar dat hij zelf nog niet goed weet wat.”*

Ouders en hulpverleners zijn soms huiverig dat te strenge voedingsadviezen zorgen voor het ontwikkelen van anorexia. Dit is een reden om het bespreken van het gewicht voorzichtig aan te pakken.

*Ouder: “Waar ik ook zo bang voor ben, is dat wanneer ik als moeder heel gefixeerd met eten omga dat ik haar dan het beeld ga geven dat ze echt te dik is en moet opletten wat ze eet. Ik heb wel eens gedacht als ze later maar geen anorexia krijgt.*

*JGZ-medewerkers: “Ik vind dat je bij puber meisjes voorzichtig te werk moet gaan, je wilt niet dat ze in de anorexia schieten.”*

*Diëtist: “Wat ik steeds meer zie zijn meisjes van een jaar of 13, die zijn niet eens heel erg dik, maar zitten er psychisch mee. Ouders willen weten hoe ze dat aan kunnen pakken. Het voelt dan als schipperen om het niet in anorexia te laten schieten.*

### **Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van zorgverleners**

Volgens zorgverleners ‘zien’ ouders het overgewicht van hun kind niet altijd. De perceptie van ouders klopt niet met de werkelijkheid. Ouders vinden het vaak niet zo erg.

*Leerkracht: “Bij ons op school heb je te maken met ouders die zeggen: “Dat is lekker gezond, dat is niet zo erg”.”*

*Leerkracht: “Er zijn toch heel veel ouders die het lang zo snel niet zorgelijk vinden, als dat wij het zorgelijk vinden.”*

Visualisering van het overgewicht kan helpen om ouders inzicht te geven.

*JGZ-medewerker: “De groeicurven die wij gebruiken zijn voor ons een heel belangrijk instrument. Je kunt echt zien dat een kind uit zijn lijn gaat, dat maakt het voor de ouders ook duidelijker.”*

Toch blijft het lastig om het gewicht te bespreken met ouders.

*Leerkracht: “Soms bieden we ouders aan een kind extra te laten oproepen bij de GGD, nou dat zijn vervelende gesprekken. Want over het algemeen wordt het je niet in dank afgenomen als je er iets over zegt.”*

*Medewerker kinderdagverblijf: “Als het tussen neus en lippen door genoemd wordt door de ouders, doen we er eigenlijk niets mee.”*

Volgens zorgverleners hebben ouders weinig kennis over een gezonde leefstijl en onderschatten zij het opvoeden vaak.

*JGZ-medewerker: “Het is natuurlijk ook puur opvoedkundig. Ouders moeten natuurlijk kennis hebben van wat is goed en wat is slecht. Als het kind loopt te zeuren en je kan er niks mee dat is natuurlijk heel moeilijk voor zo’n ouder, dus die orthopedagoog lijkt me heel belangrijk.*

*Orthopedagoog: “ Wij hebben kennis van opvoeden. Met simpele zulke stomme simpele opvoedingen kunnen we zo veel mensen blij mee maken. Ik hoor ook, en dan heb ik wel mijn doelgroep hè, de hogere, de sociaal economisch beteren in onze samenleving, maar ook hoog opgeleiden, nou ik heb me er over verbaasd wat ze niet weten over gewoon simpele opvoedingen.*

De kinderarts geeft aan het overgewicht en obesitas wel serieus te nemen, maar ziet het nog niet als chronische ziekte. De rol die de kinderarts in de aanpak van overgewicht en obesitas heeft is nog niet helemaal helder voor de kinderarts.

*Kinderarts: “Ja, ja, nou ja, nee, wij zijn niet zo dat we denken van dit is een chronische ziekte, dat ligt nog een beetje moeilijk (...)*

Hij geeft dat kinderartsen met name medisch georiënteerd zijn en de behandeling van chronische ziekten niet tot zijn takenpakket hoort, maar al pratend merkt hij dat dat geen sluitend argument is:

*“(...)maar ja er zijn kinderen zat met chronische aandoeningen, waar ook niets aan te doen is, en die zie ik toch vaak terug.”*

### **Interactie tussen zorgverleners**

Fysiotherapeuten geven aan dat de huisarts het gesprek over gewicht en een gezonde leefstijl niet aangaat met families.

*Fysiotherapeut: “Ik vind de betrokkenheid van de huisartsen bij dit probleem heel gering. De huisarts heeft meer een soort postbusfunctie, dan dat hij werkelijk dat gesprek binnen dat gezin aangaat.”*

Ook de diëtisten geven aan dat de huisarts het probleem vaak wegwuift, waardoor kinderen pas laat worden doorverwezen.

*Diëtist: “Kinderen komen vaak pas laat, maar hebben het dan al eerder met hun huisarts gesproken over het gewicht van hun kind. De huisarts reageert met het advies om gezonder te gaan eten en meer te gaan bewegen en toedeledokie, die kinderen worden niet doorverwezen.”*

De huisarts zelf geeft aan dat er vaak onvoldoende tijd is om het gewicht te bespreken,

*Huisarts: “Niet alle kinderen worden structureel gewogen en gemeten. We laten veel liggen. Vaak is er een andere hulpvraag en is de tijd maar kort, zodat een dergelijk moeilijk onderwerp, waarbij met name de motivatie van ouders en kind belangrijk is, niet als vanzelfsprekend wordt opgepakt.”*

daarnaast geeft hij aan dat een vervolgaanbod om naar te verwijzen ontbreekt.

*Huisarts: “Daarbij komt dat als je het signaleert het niet duidelijk is welk vervolgtraject je in kan zetten, wie-wat-waar en hoe is onduidelijk. In de spreekkamer komt overgewicht dan ook vaak niet aan de orde.”*

Tenslotte geeft de huisarts aan dat het vaak gaat om een probleem in het systeem en niet zo zeer om een ziekte, waardoor hij zich de vraag stelt welke rol huisartsen moeten spelen in de aanpak.

*Huisarts: “Doordat het vaak om problemen in het systeem gaat en niet zo zeer met ziekte te maken heeft, is het de vraag of huisartsen een rol moeten spelen in de behandeling. Misschien wel veel meer in het signaleren en doorverwijzen naar de keten, indien medische oorzaken uitgesloten zijn.”*

Zorgverleners zijn van mening dat leerkrachten het overgewicht nog niet bespreekbaar willen maken. Fysiotherapeuten en diëtisten ervaren een taboe om het gewicht te bespreken bij leerkrachten.

*Diëtist: “Ik denk dat het nu niet gebeurt, omdat het gewoon nog niet aan de leerkracht is om zich daar mee te bemoeien. Ik denk dat het door ouders ook niet gewaardeerd wordt, als je door een leerkracht wordt aangesproken op het gewicht van je kind. Wel als daar afspraken over zijn en daar openheid in is. Nu zal het niet gebeuren, de leerkracht brandt daar zijn vingers niet aan.”*

Leerkrachten zien voor hen zelf een rol in stimuleren van gezond eten en voldoende bewegen voor alle leerlingen. Daarnaast zien zij ook een taak voor zichzelf in het bespreken van overgewicht, maar dat wordt nog wel als lastig ervaren. Ze ervaren weerstand om het gewicht te bespreken, omdat ze verwachten dat ouders het vervelend vinden.

*Leerkracht: “Ik vind daar wel een taak weggelegd voor leerkrachten, om het bespreekbaar te maken met ouders, maar ik denk dat leerkrachten het wel heel lastig vinden. Op welk moment bespreek je zoiets?”*

Tabel 5: Serieus nemen & bespreken

<b>Serieus nemen &amp; bespreken</b>		
<b>Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van ouders</b>	<b>Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van zorgverleners</b>	<b>Interactie tussen zorgverleners</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hebben het gevoel erg hun best te moeten doen om gehoord te worden.</li> <li>• Voelen zich vaak niet serieus genomen door zorgverleners</li> <li>• Willen op de juiste manier benaderd worden en een passend vervolg aangeboden krijgen.</li> <li>• Ouders hebben vaak een schuldgevoel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsen wuiven het probleem vaak weg</li> <li>• Ouders en zorgverleners zijn soms terughoudend in bespreken, omdat zij niet willen dat anorexia ontwikkeld wordt</li> <li>• Zorgverleners zijn van mening dat veel ouders niet bewust zijn van het overgewicht van het kind, of het niet willen zien.</li> <li>• Volgens zorgverleners hebben ouders weinig kennis over gezonde leefstijl en opvoeden</li> <li>• Kinderarts neemt overgewicht en obesitas serieus maar ziet het nog niet als ziekte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysiotherapeuten en diëtisten geven aan dat de betrokkenheid van de huisarts gering is.</li> <li>• Zorgverleners zijn van mening dat leerkrachten overgewicht nog niet bespreekbaar maken.</li> <li>• Leerkrachten zien een rol in signaleren en doorverwijzen, niet in behandelen.</li> <li>• Huisartsen zien het probleem niet altijd in en sturen niet verder door.</li> </ul>

#### 4.4.2 Motiveren

Ook aan het thema ‘motiveren’ wordt verschillend invulling gegeven.

##### **Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van ouders**

De ouders gaven aan gemotiveerd te zijn om het gewicht van hun kind aan te pakken. Zij kennen echter ook veel ouders die denken:

*Ouder: “Nou er zijn ook veel ouders die denken laat dat kind lekker zijn zoals hij is.”*

Daarnaast geven zij aan dat het essentieel is dat het kind zelf gemotiveerd is en dat de aanpak aansluit bij de wensen van het kind. Sommige kinderen vinden een groepsprogramma heel prettig, anderen juist niet.

*Ouder: "Mijn dochter zei: Mamma ik hoef toch niet in een groep met allemaal dikke kinderen? Mijn dochter wilde dat beslist niet! Individuele behandeling past veel beter bij haar."*

Ouders geven aan de diëtisten aan dat zij niet gemotiveerd zijn voor de behandeling, omdat programma's vaak heel omvangrijk zijn en erg veel tijd kosten.

*Diëtist: "De motivatie van de ouders zou best wat beter kunnen, maar wat ik altijd hoor is dat het zoveel is: twee keer per week sporten, en dit, en dat en een bijeenkomst zo. Daar is natuurlijk ook wat voor te zeggen."*

### **Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van zorgverleners**

Diëtisten geven aan dat ouders hardnekkige voedingsgewoonten hebben die moeilijk te veranderen zijn. Het is moeilijk om deze ouders te motiveren en te komen tot een succesvolle behandeling.

*Diëtist: "Het euvel zijn de ouders die hardnekkige voedingsgewoonten hebben. Ze vinden dat chips toch moet kunnen en patat moet ook kunnen. Als ik het ze laat opschrijven is het altijd patat met pindasaus, dan denk ik: "Hoe lang ben ik nu met jullie bezig, kun je niet wat anders verzinnen?", daar loop ik heel vaak tegenaan."*

Ook fysiotherapeuten geven aan dat ouders overdag geen tijd hebben om hun kinderen te brengen en te halen en dat steeds vaker om behandeling in de avonduren gevraagd wordt, omdat dat beter aansluit bij het leven van de ouders.

*Fysiotherapeut: "We zien dat ouders zich massaal terugtrekken met betrekking tot de zorg voor hun kinderen. Ouders werken allebei de hele dag en hebben alleen maar zorg voor de kinderen na zes uur 's avonds en in het weekend (...). De vraag naar behandeling in de avonduren is echt een reëel verzoek, ouders hebben geen tijd meer om te halen en te brengen."*

Ook orthopedagogen ervaren matige tijdsinvestering van ouders, ook als kinderen zelf gemotiveerd zijn.

*Orthopedagoog: "Het struikelblok zijn de ouders. We organiseerden ouderbijeenkomsten, voorlichting over voeding, de psychologische kant, maar de opkomst was erg slecht. Echt schrijnend dat veel kinderen gemotiveerd zijn en er veel voor over hebben om meer te bewegen en anders te eten, maar dat ouders de neiging hebben om kinderen af te remmen: gezond eten komt nu niet uit of het bewegen kan niet, want we moeten nu iets anders."*

Zorgverleners zijn gewend om hulp te bieden als er sprake is van een hulpvraag. Vaak hebben ouders en/of kinderen geen hulpvraag. Hierdoor is de motivatie laag en vallen de resultaten vaak tegen.

*Fysiotherapeut: “In de gezondheidszorg zeggen we, je moet geen hulp bieden als er geen hulpvraag is. Deze doelgroep heeft vaak geen hulpvraag. Behandeling is dan bijna gedoemd te mislukken. Als je hier iets zinvol mee wilt, dan zul je vooral moeten insteken op de vraag: hoe kunnen we een hulpvraag bij ouders boven tafel krijgen, hoe kunnen we er voor zorgen dat zij een hulpvraag formuleren.”*

*Orthopedagoog: “Er zijn maar weinig ouders of kinderen die zelf komen om hulp. Die moeten echt heel erg gewezen worden op de gevaren. Ouders hebben heel erg de neiging om de kop in het zand te steken. Ergens voelen ze wel aan, als mijn kind...dan geldt dat ook voor mij.”*

Orthopedagogen geven aan dat wanneer het programma niet aansluit bij de oorzaak van het overgewicht de resultaten tegenvallen en hierdoor het vertrouwen in goede zorg verdwijnt.

*Orthopedagoog: “Als niet het goede programma aan kinderen wordt geboden, dan val je na afloop weer terug in je oude gedrag. Als een kind een negatieve ervaring heeft, verdwijnt het vertrouwen dat er goede zorg geleverd wordt, dat vind ik heel kwalijk.”*

Alleen wanneer ouder en kind gemotiveerd zijn, kunnen succesvolle resultaten geboekt worden, want er zijn ook ervaringen dat ouders gemotiveerd zijn, maar kinderen niet.

*Orthopedagoog: “We hebben het er ook over gehad dat ouders heel erg gemotiveerd waren, maar dat de kinderen lekker doorsnoepten en aten wanneer ze alleen thuis waren. (...) Kinderen kunnen het niet alleen en ouders ook niet, er is ondersteuning nodig, een soort gezinsaanpak.”*

De huisarts onderschrijft het belang van de motivatie van ouders:

*Huisarts: “Het is erg belangrijk om ouders te wijzen op hun verantwoordelijkheden in deze problematiek. Deze kinderen kunnen niet zonder goede voeding en bewegen. Het voorbeeld en de motivatie moeten ze van huis uit mee krijgen. Ouders moeten bereid zijn hier energie in te steken, anders zal geen enkele interventie kans van slagen hebben.”*

Het motiveren van ouders en pubers wordt als erg lastig ervaren. Sommige moeders zijn niet te motiveren, zij hebben medelijden met hun kinderen wanneer zij ten opzichte van andere kinderen niet alles mogen.

*Diëtist: “Ik heb een meisje in behandeling waarvan de moeder iedere keer zegt dat ze het zo zielig vindt dat haar kind fruit moet eten en water moet drinken, want de andere kinderen hebben allemaal lekkere koeken mee.”*

### **Interactie tussen zorgverleners**

De kinderpsycholoog geeft aan zorgverleners onderling vaak over het kind praten en besluiten wat de beste behandeling is. Hierdoor wordt vaak de mening van de kinderen vergeten, wat de motivatie niet ten goede komt.

*Kinderpsycholoog: “We moeten het niet steeds bedenken voor ze, maar we moeten goed naar hen luisteren, naar wat vraagt een patiënt? Wij als allemaal dwangmatige reparateurs willen zo veel, terwijl mensen dat vaak helemaal niet willen.”*

Tabel 6: Motiveren

Motiveren		
Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van ouders	Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van zorgverleners	Interactie tussen zorgverleners
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivatie van kinderen is essentieel, de behandeling moet daarvoor goed bij het kind passen.</li> <li>• Ouders hebben vaak geen tijd voor een programma gericht op een gezonde leefstijl</li> <li>• Verkeerde diagnostiek, verminderd resultaat, waardoor motivatie daalt</li> <li>• Moeders zijn soms niet gemotiveerd vanwege medelijden met hun kind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De motivatie van zowel ouders als kinderen is essentieel.</li> <li>• Zorgverleners zijn gewend vanuit een hulpvraag te handelen, maar die is er vaak niet.</li> <li>• Zorgverleners vinden het lastig ouders en pubers te motiveren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverleners praten vaak 'over' de patiënt, wat ten koste gaat van motivatie en resultaat.</li> </ul>

#### 4.4.3 Volhouden

Hieronder wordt ingegaan op het begrip *volhouden*.

##### Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van ouders

Als de ouders gemotiveerd zijn om het probleem overgewicht aan te pakken, blijkt het volhouden van deze aanpak in het dagelijks leven weerbarstig te zijn.

Ouders willen van zorgverleners niet enkel adviezen, maar concrete handvatten om een gedragsverandering te bewerkstelligen. Omdat de adviezen niet aansluiten op de dagelijkse praktijk is het moeilijk om een gezonde leefstijl vol te houden.

*Ouder: "Diëtistes kunnen je misschien meer handvatten geven, van "goh heb je hier weleens aan gedacht, heb je dat weleens uitgeprobeerd?" Ze kunnen wel zeggen je mag maar één boterham tussen de middag, maar als je kind er vier wil, wat dan?"*

##### Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van zorgverleners

Zorgverleners zien zelf ook in dat de adviezen die zij geven vaak niet aansluiten bij de praktijk en er daardoor geen resultaat geboekt wordt.

*JGZ-medewerker: "Vaak als meiden op consult komen, zeggen ze: "Ik ben gister begonnen" en vol goede moed gaan ze met je voeding- en leefstijladviezen de deur uit, maar dan blijft het in het luchtledige hangen."*

Voor ouders speelt het zelfstandig worden van kinderen een rol in het kunnen volhouden van een gezonde leefstijl. Naarmate kinderen ouder worden, neemt de invloed die ouders hebben op de leefstijl af.

*Diëtist: "Mijn ervaring is dat het met jonge kinderen heel goed gaat als je de ouders eenmaal op de rit hebt. Maar hoe ouder de kinderen zijn, hoe lastiger het voor de ouders wordt. Ouders willen er dan van alles aan doen, maar dat kind heeft zoiets van dan koop ik het toch zelf. Stiekem snoepen in het winkelcentrum, dat is erg lastig."*

De orthopedagogen geven aan dat het om te komen tot succesvolle resultaten en kinderen die de behandeling volhouden essentieel is dat er allereerst wordt uitgezocht wat de oorzaak is van het gewicht.

*Orthopedagoog: “Ik vind dat je moet onderzoeken wat er aan overgewicht ten grondslag ligt, van waar zit het hem in en dan moet je – als het inderdaad psychologisch is of onvrede – daar volgens mij eerst naar toe of minimaal een combi zoeken en niet beginnen met een cursusje voetballen.”*

De thuisbegeleiders geven daarbij aan dat zij met name ervaring hebben in het begeleiden van gezinnen, waarin basis, ritme en regelmaat centraal staan, dit leidt tot het kunnen volhouden van een behandeling. In hun ogen kan dit ook ondersteunend zijn in de (gezins)aanpak van overgewicht en obesitas.

*Thuisbegeleider: “Als thuisbegeleiding is onze insteek toch altijd de basis: ritme, regelmaat, naar buiten gaan, aan tafel eten, een gesprekje met je kinderen, een spelletje, dat zijn heel gewone dingen, maar je krijgt weer contact met je kind (..) dat zijn wel factoren die ook met de aanpak van overgewicht te maken hebben. Het is maar een klein gedeelte, maar het is wel een factor.”*

Fysiotherapeuten geven aan dat voor een blijvende verandering je zowel de ouders als de kinderen moet betrekken in de behandeling.

*Fysiotherapeut: “Als je kinderen vraagt wat gezond en ongezond is, blijken ze heel deskundig te zijn. Het betekent alleen niet dat ze ongezonde dingen niet meer eten, daar heb je de ouders ook voor nodig. Dus op kindniveau kun je wel iets zinvols bedenken, zodat de kennis er bij kinderen is, maar de praktische invulling, daar hebben ze toch echt hun ouders bij nodig.”*

De kinderpsycholoog geeft aan dat veel ouders nonchalant zijn en de verantwoordelijkheid voor goede resultaten niet bij zichzelf, maar bij de hulpverlener neerleggen.

*Kinderpsycholoog: “Nonchalance, ja we hebben het zo druk . Ook wel als er een afspraak gemaakt moet worden, dan wil zo ’n kind dat zijn moeder of vader meegaat, ja dat is dan weer niet inplanbaar, dat is dan weer lastig, lastig.”*

Leerkrachten geven aan dat het volhouden van consequent gedrag voor ouders erg moeilijk is.

*Leerkracht: “Ik denk dat het voor ouders het aller-moeilijkst is om consequent te blijven, wij zien wel dat ze ergens mee beginnen, maar het wordt nooit doorgezet. Altijd vallen ze weer terug in het oude gedrag, het gedrag veranderen is zo ontzettend moeilijk.”*

Opvoedingsondersteuning is wenselijk bij het volhouden van gezond gedrag.

*Leerkracht: “Op het moment dat een kind moet afvallen zijn ouders nog best wel gemotiveerd, die zien zelf ook wel dat er nog wat moet gebeuren, maar hoe houd je het vol? Daar heb je echt opvoedingsondersteuning bij nodig.”*

## Interactie tussen zorgverleners

Fysiotherapeuten geven aan dat zorgverleners soms moedeloos worden in de aanpak van overgewicht.

*Fysiotherapeut: “Hoe vaak hoor ik niet, wat wil je nou toch? Heb je die vader en moeder zelf al eens gezien? Daar zakt mijn broek vanaf als hulpverlener. Ik zie die ouders natuurlijk ook, maar dat betekent niet dat we op moeten geven.”*

Doordat zorgverleners niet met elkaar samenwerken en omdat er geen sprake is van een één zorgverlener die de verantwoordelijkheid neemt is het voor ouders makkelijk om te stoppen met een behandeling.

*JGZ-medewerker: “Er is eigenlijk niemand die zich het probleem aantrekt en die het blijft volgen, het verdwijnt weer. Je signaleert het en je geeft het wel door, maar je krijgt geen terugkoppeling en het wordt niet gevolgd. Daardoor is het voor ouders heel makkelijk om uit te stappen, omdat er niemand zich echt het probleem aantrekt.”*

Tabel 7: Volhouden

Volhouden		
Interactie ouders en zorgverleners; vanuit het perspectief ouders	Interactie ouders en zorgverleners; vanuit het perspectief zorgverleners	Interactie zorgverlener – zorgverlener
<ul style="list-style-type: none"><li>• Het volhouden van een gezonde leefstijl vinden ouders weerbarstig.</li><li>• Het ontbreekt in de behandeling aan concrete handvatten.</li><li>• Doordat niemand verantwoordelijk is, is het voor ouders makkelijk te stoppen.</li><li>• Naarmate kinderen meer zeggenschap krijgen is volhouden moeilijker.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zorgverleners zien in dat hun adviezen niet altijd aansluiten.</li><li>• Thuisbegeleiders hebben veel ervaring met een holistische gezinsaanpak.</li><li>• Fysiotherapeuten geven aan dat zowel ouders als kinderen betrokken moeten worden in de behandeling.</li><li>• Orthopedagogen geven aan dat goede diagnostiek essentieel is.</li><li>• Kinderpsycholoog geeft aan dat veel ouders nonchalant zijn.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zorgverleners worden soms moedeloos van de resultaten die geboekt worden</li><li>• Zorgverleners werken onvoldoende samen.</li></ul>

### 4.4.4 Samenwerken

#### Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van ouders

Ouders vinden dat de regie van de behandeling bij henzelf ligt, wanneer het kan vinden zij dat het kind de regie moet hebben. Sommige ouders en kinderen hebben daar ondersteuning bij nodig.

*Ouder: “Wij horen de regie te hebben, je blijft uiteindelijk de ouders. Het is wel voor elk kind anders natuurlijk, maar eigenlijk moeten ouder en kind zelf de regie hebben.”*

Ouders zijn van mening dat doorverwijzingen zich met name kenmerken door veel schakels en dat zorgverleners niet op de hoogte zijn van elkaars expertise of niet de mogelijkheden om direct door te verwijzen.

*Ouder: “De schoolverpleegkundige die kan niet doorverwijzen, die kan je alleen het advies aan de hand doen om contact op te nemen met de huisarts. Dan neem je contact op met de huisarts, maar als daar vervolgens niets uitkomt... we hebben nog een herhalingsafpraak met de verpleegkundige gehad en zij vroeg naar onze tevredenheid. Ik zei dat we niet tevreden waren, maar dan moet je weer terug naar de huisarts. Daar liep ik dus tegen een muur!”*

Ouders zijn nog afwachtend over de signalerende rol van leerkrachten met betrekking overgewicht en obesitas, maar zien wel mogelijkheden.

*Ouder: “Maar als een leerkracht je op een respectvolle manier benadert dan, dat is hetzelfde als dat ze niet mee kan komen of wel mee kan komen. Ze is goed in lezen en rekenen gaat misschien wat minder, dat neem je ook aan. Hij ziet haar de hele dag. Ik zou het denk ik wel aannemen van de leerkracht.”*

#### **Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van zorgverleners**

JGZ-medewerkers zijn niet tevreden over de behandeling van de diëtist en ze geven aan dat ook ouders dat niet zijn.

*JGZ-medewerker: “Die diëtiste allemaal goed en aardig, ik krijg heel vaak terug dat het dus niet bevallen is. Ik krijg zelf trouwens ook bijna nooit feedback van de diëtist.”*

De diëtisten geven aan dat een multidisciplinaire aanpak gewenst is om resultaat te bereiken en dat zij het niet alleen kunnen.

*Diëtist: “Je zou van verschillende kanten naar het kind moeten kijken, de diëtist, bewegen, de fysio, de orthopedagoog. Van verschillende kanten kijken hoe het gaat met een kind, de ontwikkelingen, de strubbelingen, ik vind dat heel belangrijk.”*

JGZ-medewerkers geven aan dat zij kinderen met licht overgewicht, *de grijze groep*, niet doorverwijzen naar de huisarts of diëtist. Voor de kinderen met licht overgewicht is nu eigenlijk geen aanbod en geen van de zorgverleners voelt zich verantwoordelijk voor deze groep. De GGD vindt dat het hun taak is om voor deze groep een zorgaanbod te creëren.

*JGZ-medewerker: “Die grijze groep naar een huisarts verwijzen of een diëtiste dat doe ik eigenlijk niet. Wat moet de huisarts ermee? Die kinderen hoeven echt niet naar een kinderarts, dus misschien dat wij als GGD met goede adviezen voor deze groep moeten komen.”*

#### **Interactie tussen zorgverleners**

Fysiotherapeuten geven aan er nagenoeg niet wordt samengewerkt in de huidige situatie.

*Fysiotherapeut: “De zorgverlening bestaat uit allemaal kleine puntjes. Er is geen verband tussen scholen, wijken en artsen. Het is allemaal maar een beetje hap snap...”*

Diëtisten hebben de ervaring dat kinderen vaak pas laat worden doorverwezen.

*Diëtist: “Ik kom veel kinderen tegen die al lang getobd hebben met hun gewicht. Dat zijn kinderen die heel lang niet zijn doorverwezen en waar dat aan ligt? Misschien is het toch nog een beetje een taboe.”*

Diëtisten en fysiotherapeuten zien een belangrijke rol voor de schoolverpleegkundige binnen de school in de behandeling van overgewicht en obesitas.

*Diëtist: “De schoolverpleegkundige is toch wel de centrale persoon. Die kan inventariseren en die weet wat er allemaal speelt, want misschien is het ook een kind dat gepest wordt en is er veel meer aan de hand. De schoolverpleegkundige kan het hele plaatje in kaart brengen en verwijzen naar waar het kind hoort.”*

Leerkrachten willen wel signaleren, maar in de aanpak/behandeling van het ongezonde gedrag zien zij voor zichzelf geen rol meer.

*Leerkracht: “Het bespreken en aanpakken van het ongezonde gedrag, dat vind ik heel moeilijk, dan vind ik de schoolarts of de schoolverpleegkundige, huisarts of een andere hulpverlener daar de aangewezen persoon voor.”*

De JGZ-medewerkers geven aan dat er bijna heel weinig kinderen sprake is van een medische oorzaak van het overgewicht. Zij zien dan ook meer in het intensiveren van de samenwerking tussen JGZ, diëtisten en orthopedagogen, dan in intensiveren van het contact met de huisarts.

*JGZ-arts: “Ik denk dat het uitzonderlijk zou moeten zijn om kinderen als cb-arts of als GGD-arts naar de huisarts te verwijzen, want het percentage kinderen dat echt iets heeft en daardoor te zwaar wordt is 0,0 zowat, echt heel laag. Ik denk dat we veel dichter op de lijn moeten gaan zitten met de diëtiste en de orthopedagoog.”*

Gedurende de behandeling van de JGZ en met name tijdens de overstap van de JGZ naar de GGD blijft het probleem van overgewicht vaak liggen, waardoor er stagnatie is in ketenvorming.

*JGZ arts: “Als arts zie ik de kinderen pas weer met 3 jaar en 9 maanden en is de groei soms helemaal doorgesloten en dan is dat direct het laatste consult en dan moeten er ook allerlei andere zaken worden gedaan.”*

De kinderarts en huisarts geven aan dat zij niet goed weten wat er in Zwolle te bieden is op het gebied van overgewicht en obesitas. Waardoor doorverwijzingen niet plaatsvinden en de samenwerking minimaal is.

*Kinderarts: “Wij weten eigenlijk niet zo goed wat er allemaal in Zwolle te koop is, of wat er gebeurt op het gebied van overgewicht en obesitas en we weten ook niet wat de kwaliteit daarvan dan is. En we weten ook niet eens hoe dat betaald wordt en dat is natuurlijk voor mensen heel erg van belang.”*

De JGZ-medewerkers geven aan dat de samenwerking met huisartsen niet erg soepel verloopt.

*JGZ-medewerker: “Ik zie vooral de negatieve kant van de verwijzing, hoe moeilijk het loopt vanuit de cb-artsen naar de huisarts bijvoorbeeld. Die doorverwijzing loopt dan wel, maar dan strandt het vervolgens heel snel. De huisartsen verwijzen soms wel en soms niet door naar kinderartsen en op een gegeven moment is er geen terugkoppeling meer.”*

Diëtisten geven aan dat de huisarts kinderen weinig ziet en het gewicht niet altijd aankaat. Als ouders het gewicht zelf aankaarten, is de samenwerking tussen diëtist en huisarts goed.

*Diëtist: “Het nadeel van de huisarts is dat zij de kinderen niet automatisch zien. Kinderen komen met overgewicht niet vaak bij de huisarts en als ze een klacht hebben dan komt het gewicht niet ter sprake, dat vind ik wel lastig. Gelukkig zijn er ook ouders die wel met het overgewicht naar de huisarts gaan en dan is de samenwerking met mij prima.”*

De kinderarts geeft aan dat geen enkele zorgverlener de regie over de behandeling heeft. Daardoor voelt ook niemand zich verantwoordelijk, wat de resultaten niet ten goede komt.

*Kinderarts: “Als er patiënten zijn die iedere keer bij een andere dokter komen, is dat niet alleen vervelend voor de patiënt, omdat ze hun verhaal steeds moeten vertellen, maar ook voor zorgverleners. Als er iets gebeurt, dan kijkt iedereen elkaar aan, van het was toch jouw patiënt en niemand heeft dan zin om het te gaan regelen.”*

De huisarts geeft met betrekking tot de regie het volgende aan:

*Huisarts: “De regie in de keten moet naar mijn idee komen te liggen bij degene die verantwoordelijk is voor de behandeling en begeleiding. Zij zien de kinderen het vaakst en weten hoe en waar ondersteuning nodig is.”*

De huisarts ziet daarnaast een rol voor praktijkondersteuners in de aanpak.

*Huisarts: “Praktijkondersteuners zouden misschien een bijdrage kunnen leveren. Zij maken gebruik van motivational interviewing technieken. Geld en ruimte is hiervoor echter niet.”*

Diëtisten geven dat goed psychologische hulp niet gemakkelijk te vinden is.

*Diëtist: “Vaak is de problematiek gedragsmatig, ik ken wel iemand in Zwolle Zuid, maar in de rest van de stad? En hoe het met verwijzingen zit? Dat kan nog veel beter.”*

Diëtisten geven aan dat het wenselijk is om scholen bij de aanpak te betrekken, kinderen zijn daar veel uren per dag. Leerkrachten zouden ook meer kennis over gezonde voeding moeten hebben.

*Diëtist: “Vaak is er bij de scholen goede wil, maar de adviezen die dan gegeven worden zijn niet goed. De productkennis zou verbeterd moeten worden.”*

Tabel 8: Samenwerken

Samenwerken		
Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van ouders	Interactie ouders en zorgverleners: het perspectief van zorgverleners	Interactie tussen zorgverleners
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouders vinden dat de regie bij hun en het kind moet liggen.</li> <li>• Ouders zijn nog afwachtend over de mogelijke signalerende rol van de gymleerkracht.</li> <li>• Voor kinderen in de <i>grijze groep</i> wordt geen zorg aangeboden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JGZ en ouders zijn niet tevreden over de behandeling van de diëtist.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijzingen kenmerken zich door veel schakels.</li> <li>• Zorgverleners zijn niet op de hoogte van de doorverwijsmogelijkheden.</li> <li>• Er is nagenoeg geen samenwerking en regie in de huidige zorg.</li> <li>• Overgewicht als aandachtspunt blijft liggen op schakelpunten in de keten (overgang Consultatiebureau-GGD)</li> <li>• De schoolverpleegkundige heeft in de ogen van de andere zorgverleners een belangrijke rol in de keten</li> <li>• De huisartsen signaleren bijna geen overgewicht.</li> <li>• Psychologische hulp is moeilijk te vinden.</li> <li>• Leerkrachten zouden meer kennis over gezonde leefstijl moeten hebben.</li> </ul>

## 4.5 Bevorderende en belemmerende factoren

In de fase van selectief coderen is gericht gezocht naar het antwoord op de derde deelvraag (bevorderende en belemmerende factoren). Hierbij is zowel vanuit het perspectief van de zorgverleners als het perspectief van de ouders gericht gezocht naar bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de implementatie van de gewenste situatie voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle. Daarnaast zijn de interviews met de individuele geconsulteerde adviseurs en de leden van de expertgroep en de stuurgroep (hierna afgekort als ‘adviseurs’) op deze vraagstelling geanalyseerd.

### 4.5.1 Bevorderende factoren

#### Vroegtijdige preventie

Het belang en de winst van preventie wordt door zorgverleners, ouders en adviseurs onderschreven. Door preventie zo vroeg mogelijk toe te passen kan veel winst behaald worden. Zwangere vrouwen zouden al gewezen moeten worden op het belang van een gezonde leefstijl en hierbij concrete adviezen moeten krijgen. Zorgverleners en adviseurs geven daarnaast aan dat moeders van jonge kinderen erg ontvankelijk zijn voor adviezen omtrent gezonde leefstijl van hun kinderen. De adviseurs pleiten voor meer aandacht voor preventie, door in de keten aansluiting te zoeken bij de openbare gezondheidszorg.

### **Aansluiten landelijke ontwikkelingen**

Zorgverleners en adviseurs geven aan dat bij de ontwikkeling en implementatie van de keten aangehaakt moet worden bij landelijke ontwikkelingen. En dat er niet lokaal verschillende oplossingen voor hetzelfde probleem geïmplementeerd gaan worden.

### **Wijkgerichte aanpak**

Zorgverleners en adviseurs zien daarnaast kansen voor een wijkgerichte aanpak, waar kinderen zorg dichtbij huis ontvangen en aansluiting gezocht kan worden bij de overige activiteiten in de wijk, zoals bijvoorbeeld activiteiten binnen de JOGG aanpak. Door goede samenwerking wordt het ook mogelijk om de aanpak van overgewicht te starten in de sociale netwerken van kinderen en hun ouders en niet direct in de eerstelijnszorg, waarmee de aanpak laagdrempeliger en goedkoper zal zijn. Ook ouders van kinderen zien kansen voor een wijkgerichte aanpak.

### **Aansluiten belevingswereld kinderen**

Door in gesprek te gaan met de kinderen en hun ouders en de behandeling aan te laten sluiten bij de voordelen en wensen van de doelgroep, wordt verwacht dat de resultaten zullen verbeteren. Als voorbeeld wordt hierbij door zorgverleners genoemd het vroegtijdig inspelen op de risico's voor overgewicht bij hoogrisicogroepen, zoals eigen overgewicht van de ouders, psychisch disbalans, lage SES, niet- westerse bevolkingsgroepen en kinderen met een hoog geboortegewicht of chronisch slaapttekort. Dit wordt bevestigd door de adviseurs (zie bijlage 4).

### **Intensiveren samenwerking**

Zorgverleners en adviseurs zien intensivering van de onderlinge samenwerking als bevorderende factor voor zorgverbetering. Korte lijnen, duidelijke protocollen, een goede sociale kaart en kennis van elkaars expertise worden onder andere gezien als bevorderende factoren voor efficiënte en doelmatige zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas.

### **Monitoring**

Zorgverleners zien daarnaast kansen voor monitoring van behandelresultaten om de zorg te verbeteren. Ze zien hierbij kansen voor het vergelijken van eigen resultaten aan die van anderen, wat positieve prikkels voor verbetering bewerkstelligt. Door goede monitoring zou

het op den duur mogelijk worden om alleen bewezen effectieve interventies aan te bieden. Met name door diëtisten worden kansen gezien voor gemeenschappelijke dossiervorming.

### **Regievoerder**

Vervolgens wordt een kans gezien in het aanstellen van een goede regievoerder in de keten. Over wie deze regie kan uitvoeren (welke zorgverlener of instelling of wellicht de ouders zelf) en op welke niveaus dit plaats zou moeten vinden, is nog geen consensus bereikt.

### **Kennis en vaardigheden**

Tenslotte zien de verschillende zorgverleners allen een kans in het verbeteren van de zorg door kennis en vaardigheden over zowel de inhoudelijke behandeling als de samenwerking in de keten te verbeteren. Verschillende zorgverleners zien daarbij ook kansen om interdisciplinair scholingen aan te bieden. De kinderarts en de diëtisten bieden aan een inhoudelijke scholing voor andere beroepsgroepen te organiseren.

## **4.5.2 Belemmerende factoren**

### **Inzicht**

De eerste belemmerende factor die gezien wordt, is het ontbreken van inzicht bij de verschillende zorgverleners (achterban) om overgewicht en obesitas als onderdeel van hun werk te zien en hiermee aan de slag te gaan. Implementeren van optimale zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas wordt hiermee erg moeilijk.

### **Financiële mogelijkheden**

Daarnaast bestaat bij verschillende zorgverleners de huivering dat er onvoldoende financiële middelen en tijd beschikbaar zijn om een keten te kunnen realiseren. Het ontbreken van financiële middelen wordt als bedreiging gezien voor implementatie van de zorgverbeteringen. Zorgverleners voelen zich betrokken bij zorgverbeteringen, maar er moet een goede “*prijs-kwaliteitverhouding*” zijn met betrekking tot de geleverde inspanningen en de resultaten daarvan. In het verlengde van deze financiële aspecten voor zorgverleners, wordt als bedreiging ook genoemd dat een te hoge eigen bijdrage voor ouders ervoor zal zorgen dat zij niet deelnemen aan activiteiten/behandelprogramma's.

### **Individuele aanpak**

De zorgverleners in de eerstelijns oriënteren zich in hun werk op de individuele fysieke mens. Gezondheid wordt gezien als de afwezigheid van (lichamelijke en psychische) klachten. De behandeling richt zich op ziekten of gezondheidsgerelateerde problemen. De werkwijze van zorgverleners kenmerkt zich door genezen en verzorgen. Overgewicht en obesitas worden door zorgverleners niet altijd als ziekte gezien, maar als bijvoorbeeld een leefstijlprobleem. Het medische georiënteerde paradigma en de visie van (para-)medici op overgewicht en obesitas stroken niet met elkaar. Deze discrepantie is mede oorzaak voor de huidige knelpunten in de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas. De bedreiging bestaat dat zorgverleners de aanpak van overgewicht vanuit hun eigen beroepsdomein en ziektegerelateerd aanpakken. Duidelijk is geworden dat de behandeling niet alleen op het individu gericht moet zijn, maar dat hierbij het gehele systeem betrokken moet worden. Dit is een werkwijze die zorgverleners in de eerstelijns zich nog meer eigen moeten maken.

### **Contactmomenten**

De huidige contactmomenten van de GGD worden als belemmering gezien. Reguliere contactmomenten met kinderen vinden plaats in groep 2 en groep 7. Juist in de periode hier tussen neemt vaak het gewicht toe en zou er een extra contactmoment wenselijk zijn. Daarnaast is een betere afstemming tussen scholen en GGD wenselijk. Sommige leerkrachten worden wel op de hoogte gesteld wanneer een kind voor een extra consult opgeroepen wordt door de GGD, maar anderen niet. Door leerkrachten op de hoogte te brengen van het extra contactmoment kan deze het kind/de ouders op dit moment attenderen, waardoor de opkomst bij de GGD naar verwachting zal toenemen.

### **Tijdgebrek ouders**

Ouders zijn erg druk, waardoor zij volgens zorgverleners steeds minder tijd hebben voor hun kinderen. Zorgverleners krijgen regelmatig de vraag of behandeling in de avonden of in het weekend plaats kunnen vinden. Zorgverleners zien deze ontwikkeling als belemmering voor een goed werkende aanpak. Voor het slagen van een behandeling wordt de inzet van ouders verlangd, wanneer zij hier geen tijd voor kunnen vinden, komt een effectief resultaat in het geding.

Tabel 9: Bevorderende en belemmerende factoren

<b>Bevorderende en belemmerende factoren</b>	
<b>Bevorderende factoren</b>	<b>Belemmerende factoren</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aansluiten bij landelijke ontwikkelingen.</li><li>• Wijkgerichte aanpak, aansluiten bij wijkgerichte (preventie)activiteiten.</li><li>• Aansluiten belevingswereld kinderen.</li><li>• Vroegtijdige preventie.</li><li>• Intensiveren samenwerking verschillende disciplines.</li><li>• Monitoring van behandelgegevens/resultaten en gemeenschappelijke dossiervorming</li><li>• Kennis en vaardigheden ontwikkelen.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Achterban ziet belang niet.</li><li>• Onvoldoende tijd en financiële middelen voor implementatie.</li><li>• Geen gezinsaanpak maar individuele aanpak van problematiek.</li><li>• Weinig contactmomenten bij de GGD</li><li>• Ouders hebben het 'druk'.</li></ul>

## **5 Beschouwing**

### **5.1 Samenvatting van de resultaten**

Conform de onderzoeksvragen wordt hier een samenvatting van de resultaten gegeven.

#### **Huidige zorgverlening**

De huidige zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle richt zich momenteel vooral op het individuele kind. Overgewicht en obesitas is echter veel meer een gezinsprobleem en behandeling zou zich meer moeten richten op het gezin. Het bespreekbaar maken van overgewicht door zorgverleners met ouders blijkt vaak lastig te zijn.

De behandeling is op dit moment veelal monodisciplinair, daar waar toch multidisciplinair wordt samengewerkt, zijn de ervaringen positief. Evaluaties vinden plaats op individueel niveau met de klant. Zowel in de infrastructuur van de keten (ontbreken protocollen, geen regievoerder, aantal contactmomenten GGD) als in de deskundigheid van zorgverleners (onvoldoende kennis overgewicht/obesitas en motiverende gespreksvoering) worden knelpunten ervaren door zowel zorgverleners als ouders van kinderen met overgewicht. De verwachtingen van ouders en zorgverleners met betrekking tot het resultaat van een behandeling komt vaak niet overeen, waardoor ouders teleurgesteld zijn over het resultaat.

#### **Gewenste zorgverlening**

Ten aanzien van de gewenste zorgverlening bestaat vooral behoefte aan duidelijke en efficiënte werkafspraken. Rollen, taken en verantwoordelijkheden zijn voor zorgverleners en ouders in de gewenste situatie transparant. Daarnaast dient er inzicht te bestaan in elkaars kennis en vaardigheden, door middel van o.a. een sociale kaart, netwerkbijeenkomsten en deskundigheidsbevordering (zowel zorginhoudelijk als met betrekking tot de keten). Het is hierbij erg belangrijk dat er goede, evidence based richtlijnen worden ontwikkeld. In de gewenste situatie is er sprake van continue monitoring.

Meer aandacht voor preventie van overgewicht wordt door alle zorgverleners en ouders als essentieel beschouwd. Hier is nog veel gezondheidswinst te halen. Ook tijdig signaleren wordt door zorgverleners en ouders benadrukt. De JGZ kan ten aanzien van preventie en signaleren een belangrijke rol spelen. Er wordt hierbij aangegeven dat er een ‘gat’ is in de periode tussen de controles van de GGD in groep 2 en groep 7. Juist in deze periode neemt het gewicht vaak toe. Extra controles in deze periode bevorderen adequate signalering. De scholen kunnen hierbij ondersteuning geven door te zorgen dat kinderen en hun ouders

daadwerkelijk deze controles bezoeken en door bij zichtbare snelle gewichtstoename extra controles aan te vragen. Bij licht overgewicht zien JGZ en GGD een taak voor zichzelf weggelegd ten aanzien van behandeling, mits ze hierbij voldoende worden ondersteund door middel van goede richtlijnen, gespreksvaardigheidstrainingen en goede voorlichtingsmaterialen.

Behandeling moet zich richten op de drie pijlers opvoeding, voeding en beweging, waarbij handhaving van het gewicht belangrijker is dan afvallen. Gedragsverandering speelt hierbij met name bij oudere kinderen een rol. Een holistische gezinsaanpak, door aandacht voor leefstijlgewoontes van het gezin, is hierbij wenselijk. Ouders zouden indien nodig ook geschoold horen te worden op het gebied van gezonde voeding, leefstijl en het vergroten van zelfmanagement ten aanzien van de behandeling van het overgewicht van hun kind. Zorgverleners en ouders vinden het wenselijk dat er zorg op maat aangeboden kan worden, waarbij gekozen kan worden uit een gedifferentieerd aanbod.

### **Hoofdthema's**

Het is essentieel dat in de gewenste situatie voldoende aandacht is voor de communicatie tussen zorgverleners en ouders. Naarmate de betrokken kinderen ouder worden, speelt communicatie rechtstreeks naar de kinderen een steeds grotere rol. Communicatie kan worden uitgesplitst in de volgende hoofdthema's: *serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden* en *samenwerken*. De hoofdthema's uiteten zich in het serieus nemen van overgewicht als ziekte/probleem en eveneens het serieus nemen van de problemen die de doelgroep ervaart met het gewicht. Daar hoort ook het adequaat bespreken van overgewicht bij. Zorgverleners hebben daarnaast, in de gewenste situatie, voldoende tools in handen om de doelgroep te motiveren en gemotiveerd te houden. Ook wordt de doelgroep dan door middel van concrete handvatten begeleid in het continueren van een gezonde leefstijl en horen zorgverleners daarbij ondersteund te worden in een optimale onderlinge samenwerking.

### **Bevorderende en belemmerende factoren**

Bij het implementeren van de zorgverbetering dient rekening gehouden te worden met de bevorderende en belemmerende factoren genoemd door ouders en zorgverleners. Daarmee wordt gerealiseerd dat er aansluiting is bij landelijke ontwikkelingen en werken zorgverleners intensief samen aan een wijkgerichte aanpak, welke aansluit bij de belevingswereld van de kinderen en gekenmerkt wordt door vroegtijdige preventie (al gedurende de zwangerschap) en signalering. Structurele financieringsmiddelen voor de gewenste zorgverlening dienen te

worden gerealiseerd. Daarnaast vindt continue monitoring plaats en worden kennis en vaardigheden van de zorgverleners vergroot. Tevens worden de belemmerende factoren zover mogelijk geminimaliseerd. De mogelijkheden voor meer contactmomenten bij de GGD worden onderzocht, evenals mogelijkheden om de achterban te betrekken. Zorgverleners worden geschoold in een gezinsaanpak en waar mogelijk wordt aangesloten bij de agenda van de 'drukke' ouders.

## **5.2 Discussie**

De gevonden resultaten zullen in deze paragraaf bediscussieerd worden.

### **5.2.1 Onderzoeksmethode**

Door gebruik te maken van focusgroepen kon opinievorming plaatsvinden, waardoor in kaart gebracht kon worden hoe de deelnemers dachten over de verschillende onderwerpen. Om sociaalwenselijke antwoorden zo goed mogelijk te voorkomen, is zorg gedragen voor een veilige sfeer. Tevens is benadrukt dat anonimiteit is gegarandeerd.

De focusgroepen met ouders bestonden uit ouders die zichzelf hebben aangemeld voor deelname, om deze reden mag aangenomen worden dat het gaat om gemotiveerde deelnemers. De ongemotiveerde ouders hebben we met dit onderzoeksdesign niet bereikt, Het is te verwachten dat zij niet reageren op een oproep voor deelname aan een focusgroep. Het is aannemelijk dat kinderen van minder gemotiveerde ouders nog moeilijker de juiste zorg bereiken.

Een sterk punt binnen dit onderzoek is de inclusie van alle mogelijke ketenpartners. Hierdoor was het mogelijk om vanuit de verschillende invalshoeken naar de huidige en gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas te kunnen kijken. Er is gekeken vanuit zowel de invalshoek van de zorgverleners die aan het begin van de keten staan, als vanuit de zorgverleners die aan het eind van de keten staan, als vanuit de ouders zelf.

### **5.2.2 Kwaliteit**

De interne validiteit is onder andere verhoogd door het gebruik van een vraagroute gebaseerd op het model van Schrijvers (2005), daarbij aangevuld met elementen uit de modellen van Donkers (2008) en Wagner (2001). Verder is de interne kwaliteit ook vergroot door gebruik te maken van expertmeetings, gesprekken met individuele adviseurs, de constructie van gespreksleider en observator in de gesprekken, gebruik van memo's, woordelijke transcripties en volledige analyse door twee onderzoekers. Ook zijn memberchecks gebruikt. Verslagen

van de focusgroeps gesprekken en de interviews zijn voorgelegd aan de deelnemers. Opmerkingen hierop zijn vervolgens verwerkt in de resultaten.

De resultaten konden worden geïnterpreteerd binnen het theoretisch kader van de genoemde modellen, aangevuld met een viertal essentiële hoofdthema's.

Het aantal deelnemers aan de focusgroepen was in enkele groepen aan de lage kant. Op basis van de gehouden focusgroepen lijkt datasaturatie bereikt, ook in de kleinere groepen. Dit komt mede doordat in alle focusgroepen dezelfde vraagroute is gebruikt en dezelfde gespreksleider is ingezet.

De resultaten uit de focusgroepen en interviews zijn niet zondermeer generaliseerbaar naar zorgverleners buiten Zwolle. De data geven een goed beeld van de knel- en verbeterpunten in de Zwolse praktijk, maar kunnen door willekeurige zorgverleners buiten Zwolle anders worden ervaren. Bijvoorbeeld de sociale cohesie kan in andere steden verschillen met de Zwolse situatie. Het geeft ook de kracht van het de lokale aanpak aan; succesvolle implementatie van ketens kenmerkt zich door een lokale aanpak.

### **5.2.3 Praktische haalbaarheid**

De onderzoeksresultaten geven duidelijk inzicht in de perspectieven van zorgverleners en ouders van kinderen op de huidige en gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas en ook over de kansen en bedreigingen die zij zien met betrekking tot de implementatie van het model. Deze inzichten geven handvatten voor de gewenste inrichting van de processen en ook met betrekking tot de aandachtspunten met betrekking tot de inhoud van de behandeling. Grotendeels geeft het ook een antwoord op de gewenste structuur van de keten.

## **5.3 Conclusie**

De zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle kan worden verbeterd door het opzetten van een zorgketen waarin structuur-, proces-, en zorginhoudelijke elementen een plaats krijgen. De uitgevoerde inventarisatie biedt handvatten voor het verbeteren van deze elementen. De op te zetten keten kan verder ontwikkeld worden aan de hand van de uitgangspunten uit de modellen van Schrijvers, Donkers en Wagner, mits aangevuld met aandacht voor de communicatie tussen zorgverlener en ouders en tussen zorgverleners onderling. De essentie van deze aandacht voor communicatie is op te splitsen in de volgende hoofdthema's: *serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden en samenwerken*. Zorgverleners en ouders van kinderen blijken vanuit verschillende

perspectieven te kijken naar deze thema's. Door deze verschillen kan miscommunicatie ontstaan en daardoor stagnatie in de gewenste keten van de zorgverlening. Zorgen voor passende aansluiting bij landelijke ontwikkelingen, bij andere zorgketens, bij de belevingswereld van het kind en bij wijkgerichte (preventie)activiteiten zijn belangrijke bevorderende factoren bij de realisering van de gewenste zorgverlening. Evenals het aanstellen van een regievoerder en het monitoren van de behandelgegevens. Een eenzijdige focus op een individuele aanpak, in plaats van op een systeemaanpak, is een belangrijke belemmering bij het realiseren van de gewenste zorgverlening. Evenals het ontbreken van inzicht bij de verschillende zorgverleners, onvoldoende tijd en middelen, 'drukke' ouders en de lage frequentie contactmomenten van binnen de JGZ.

## **5.4 Aanbevelingen**

In onderstaande paragraaf worden aanbevelingen gedaan. Deze hebben enerzijds betrekking op vervolgonderzoek en anderzijds op de praktijk.

### **5.4.1. Vervolgonderzoek**

Alvorens een definitieve beslissing te nemen over de wijze waarop de zorgketen wordt ingevuld is het aan te raden vervolgonderzoek uit te voeren.

Allereerst verdient het de aandacht om kwantitatief in kaart te brengen welke kinderen met overgewicht waar in de zorg terecht komen, op welke wijze de doorverwijzing plaatsvindt, hoe groot de drop-out is en eveneens wat de resultaten van uitgevoerde behandelingen zijn. Inzicht in deze gegevens maakt de huidige situatie nog inzichtelijker, anderzijds draagt een dergelijk onderzoek direct bij aan het opzetten van een solide monitoringssysteem in Zwolle. Een dergelijk onderzoek kan gezien worden als een 0-meting van de zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle. Na implementatie van ketenzorg kan een zelfde meting opnieuw uitgevoerd worden, waarmee de verbeteringen in kaart gebracht kunnen worden.

Daarnaast is het aan te bevelen om bij ouders van kinderen met een allochtone afkomst in kaart te brengen hoe zij tegenover de zorg staan. Bij deze bevolkingsgroep komt overgewicht en obesitas immers vaker voor. Uitgangspunt hierbij is de vraag of de voorgestelde verbeteringen, voortvloeiend uit dit onderzoek, passend zijn bij de ervaringen en wensen van deze specifieke doelgroep.

#### **5.4.2 Vervolgstappen voor de praktijk**

Een eerste stap in de praktijk dient gezet te worden door het realiseren van een structuur waarin zorginhoudelijke en proceselementen een plek krijgen, bijvoorbeeld in de vorm van een zorgprogramma. Met betrekking tot de ontwikkeling van een dergelijk zorgprogramma zijn een aantal aandachtspunten te onderscheiden.

Allereerst dient duidelijkheid in gezamenlijk opgestelde doelen, voor zowel zorgverleners als kinderen, het uitgangspunt in het zorgprogramma te zijn. Dit kan door het ontwikkelen van instrumenten en tools die praktisch toepasbaar zijn, zoals een sociale kaart, netwerkbijeenkomsten, transparante werkafspraken en deskundigheidsbevordering. Deze deskundigheidsbevordering kan zowel inhoudelijk als op de organisatie van zorg gericht zijn, afhankelijk van de vraag die beroepsgroepen hebben. Het telkens toepassen van evidence based werkwijzen verhoogt hierbij de kwaliteit van de zorgverlening. Ook duidelijkheid over de begrippen overgewicht en obesitas is gewenst.

Daarnaast is betrokkenheid van de zorgverleners essentieel. Zorgverleners dienen zich te kunnen identificeren met de keten. Dit kan bereikt worden door in samenspraak met de zorgverleners uitkomst-, proces- en structuurindicatoren op te stellen.

Tenslotte is aansluiting bij de doelgroep essentieel, dit kan bewerkstelligd worden door invulling te geven aan vier hoofdthema's: serieus nemen & bespreken, motiveren, volhouden en samenwerken. Aansluiting kan bevorderd worden door netwerkbijeenkomsten met aanwezigheid van de doelgroep en spiegelbijeenkomsten met de ouders van kinderen over de verleende zorgverlening. Afstemming met andere ketens is nodig, vanwege vaak voorkomende comorbiditeit bij overgewicht en obesitas.

Een van de grootste uitdagingen in het vormgeven van de zorginnovatie en de implementatie daarvan zit in het vergroten van het draagvlak voor het aanpassen van de huidige werkwijze. Onder de deelnemende zorgverleners was dit draagvlak groot, maar ook de overige zorgverleners in Zwolle dienen betrokken te worden bij de keten. Netwerkbijeenkomsten, een werkconferentie, nieuwsbrieven en mond-tot-mondreactions en positieve stimuleringsprikkels (wellicht vanuit verzekeraar/gemeente) kunnen hiertoe bijdragen. Dit draagvlak dient niet enkel op operationeel niveau gerealiseerd worden, maar ook op strategisch en tactisch niveau binnen organisaties. Bestuurders en managers dienen betrokken te worden bij de ontwikkelingen. Evenals invloedrijke stakeholders, zoals de gemeente en de zorgverzekeraar.

## 6 Referenties

1. Boeije, H.R. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
2. Boot, J. M. & Knapen, M. H. J. M. (2001). *Handboek Nederlandse Gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum.
3. Breat C, Van Winckel M. Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. *Behavior Therapy* 2000;31:55-74
4. Burg J, Visscher TLS. Determinanten van overgewicht: *Bijblijven, Cumulatief Geneeskundig Nascholingsstelsel* 2004; **20**: 12-22
5. Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam FJM van, HiraSing RA. *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg*; VUmc: Amsterdam, 2005.
6. Coördinatieplatform zorgstandaarden. (2009). *Standaard voor zorgstandaarden*. Den Haag: ZonMW programma Disaese management chronische ziekten.
7. CVZ (2007) Van preventie verzekerd.
9. Dahlin Ivanoff, S., Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of occupational therapy*, 13, 125-132.
10. Donkers, E.C.M.M., Bras, A., Dingenen van, E.C.M. (2008). Ketens met karakter. Drie basismodellen helpen bij opzet van zorgketens. *Medisch Contact*, 19, 822-824.
11. Drewes, H.W. , Boom, J. H. C., Graafmans, W.C., Struijs, J.N. & Baan, C.A. (2008). *Effectiviteit van disease management*. Bilthoven: RIVM.
12. Durlinger, B. (2000). *Zorgketens in internationaal perspectief*. Vraagsturing & zorgketens. Amstelveen: St. Sympos.
13. Epstein LH, Valoski AM, Vara LS, McCurley J et al. Effects of decreasing sedentary behavior and increasing activity on weight change in obese children. *Health Psychology* 1995;14:109-15
14. Evers, J.C. (2007). *Kwalitatief interviewen: Kunst en kunde*. Den Haag: Lemna.
15. Fredriks AM, Buuren S van, HiraSing RA, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Alarming prevalences of overweight and obesity for children of Turkish, Moroccan and Dutch origin in The Netherlands according to international standards. *Acta Paediatr* 2005; **94**: 496-498.
16. Gezondheidsraad, [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl), december, 2008  
Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle - Kinderen  
Eindrapport Kwalitatief Onderzoek – ATW Overgewicht

17. Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr* 1999; **70s**: 145s-148s.
18. HiraSing RA, Fredriks AM, Buuren S van, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlands kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1296-1303.
19. Hurk, van den K., van Dommelen P, van Buuren S, Verkerk PH, Hirasing RA (2007). Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. *Arch Dis Child*. 92(11): 992-5.
20. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken. IGZ, Den Haag, 2003.
21. Klink A, & Bussemaker J. Programmatische aanpak van chronische ziekten. Kamerstuk, 16 juni 2008.
22. Klink A, Bussemaker J. Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010. Kamerstuk, 5 april 2007.
23. Kodner, D.L. & Kyriacou, C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, 1-19.
24. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn, 2008.
25. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people. Report to the World Health Organization 2003
26. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Kamerstuk, 24 september 2007.
27. PON (2009) [www.partnerschapovergewicht.nl](http://www.partnerschapovergewicht.nl), januari 2010.
28. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Bijlage 6: Ketenzorg en zorgnetwerken. Zoetermeer, 1998.
29. Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., Raad, C. (2009). *Ketenzorg. Praktijk in perspectief*. Amsterdam: Reed business.
30. Schrijvers, G., Spreeuwenberg, C., Laag van der, H., Rutten, G., Nabarro, G., Schene, A., Linden van der, B., & Acampo, M. (2005). *Disease management in de Nederlandse Context*. Utrecht: Igitur Publishing & Archiving Services.

31. Seidell, J.C., Nooyens, A.C.J., & Visscher, T.L.S. (2005). The Boyd Orr Lecture. Cost-effective measures to prevent obesity: epidemiological basis and appropriate target groups. *Proceedings of the nutrition society, 2005*, 1-5.
32. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; **40**(3): CD001871.
33. VWS (2003)
34. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1(1):2-4.
35. Welling, B.J.M. & Smit, R.L.C. (1999). Zorgketens in Nederland. *Brancherapport curatieve, somatische zorg. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies*. Utrecht: Nivel/NZi
36. Woudenberg, A.van, *Werken aan het CJG*. Van Gorkum: Assen, 2009.
37. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WH consultation*. World Health Organization Technical Report Series. Vol 894. Geneva: WHO 2000.
38. Zwollemonitor, [www.zwolle.nl](http://www.zwolle.nl), december 2008.

## 7 Bijlagen

### Bijlage 1: Geconsulteerde adviseurs

<b>Naam</b>	<b>Instelling/Expertise</b>
Dr. M.J. Westerman	VU/Kwalitatief onderzoek
Mw. A. v. d. Aa	Ketenzorg en –netwerken
Dhr. M. Oosterkamp	Achmea/ Zorgontwikkeling vanuit het perspectief van de verzekeraar
Mw. G. v. Oort	Achmea/Zorgontwikkeling vanuit het perspectief van de verzekeraar
Dr. E.G.A.H. v. Mil	Jeroen Bosch Ziekenhuis/kinderarts
Mw. M.v. Spanje	Obesitas Vereniging/ patiëntenperspectief
Mw. N. v.d. Pol	Obesitas Vereniging/patiëntenperspectief
Dr. M.P.L’Hoir	TNO/ klinisch pedagoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut, onderzoeker
Dr. J.J.M. ten Dam	Windesheim, lectoraat de Gezonde Stad/ gezondheidsverschillen, wijkgerichte aanpak
Prof.Dr. A.J.P. Schrijvers	Julius Centre UMCU/Hoogleraar Public health in het bijzonder Structuur en functioneren van de Gezondheidszorg
Emeritus Prof. Dr. D. Post	Universiteit Groningen/Sociale Geneeskunde
Prof. Dr. Ir. M. Visser	VU/ Healthy Aging
Mw. I. Roosen	Gemeente Zwolle/beleidsmedewerker zorg
Dhr. M. Stevens	Gemeente Zwolle/beleidsmedewerker zorg

## Bijlage 2: Vraagroute zorgverleners

In de focusgroepen zullen drie thema's ter sprake komen: de huidige situatie rondom ketenzorg, de gewenste situatie rondom ketenzorg en de noodzakelijke randvoorwaarden om de gewenste situatie te realiseren.

De drie thema's zullen aan bod komen door geheel open vragen te stellen, zodat de deelnemers hun eigen kijk, visie en ideeën omtrent de ketenzorg voor kinderen kunnen invullen.

In het vraagschema hieronder is per thema een aantal deelaspecten opgenomen. De verwachting is dat de professionals deze deelaspecten zelf ter sprake zullen brengen. Is dit niet het geval dan zal de gespreksleider de deelaspecten aanbieden als bespreekpunt. Onder het "schema vraagroute professionals" is per thema en vervolgens per deelaspect weergegeven welke vragen de gespreksleider in kan brengen om voldoende informatie te verzamelen.

### Schema vraagroute focusgroepen

NR	Thema	Deelaspecten	Methode	TIJD (min)
	<b>Inleiding</b>		PRESENTATIE	10
1	<b>Huidige Situatie</b>	<b>Signalering Doorverwijzing Monitoring Bereik Effect</b>	Rapportcijfer	30
	<b>Samenvatten</b>			
	<b>PAUZE</b>			10
2	<b>Gewenste Situatie</b>	<b>Ketenpartners Interventies Signalering Doorverwijzing Bereik Monitoring Regievoerder Deskundigheid Financiering</b>	Droombeeld	30
	<b>Samenvatten</b>			
3	<b>Van huidige naar gewenste situatie</b>		Geeltjes + prioriteren	30
	<b>Samenvatten &amp; afsluiten</b>			10
<b>TOTAAL</b>				2 uur

## Huidige Situatie

### Ketenpartners

- Welke rol heeft jullie beroepsgroep in de huidige situatie mbt overgewicht/obesitas?
- Welke rol vervullen de andere betrokken beroepsgroepen in jullie ogen?

### Interventies

- Welke interventies zijn bij jullie beroepsgroep bekend?
- Welke doelgroep wordt er aangesproken?
- Welke methode wordt ingezet?
- Welke fase van zorg betreft het preventie – signalering – behandeling – nazorg?
- Wordt de interventie multi- of monodisciplinair aangeboden?
- Wat zijn in- en exclusie criteria?
- Wat is bekend over de effectiviteit van de interventies?
- Op welke wijze wordt de interventie bekostigd?

### Signalering

- Welke rol heeft uw beroepsgroep bij de signalering van overgewicht/obesitas?
- Welke andere professionals hebben (ook) een rol bij de signalering van overgewicht/obesitas?
- Welke kinderen komen volgens uw doelgroep in aanmerking voor een interventie?
  - Wat zijn hierbij afkappunten?
- Welke burgers melden zich zelf aan voor een interventie?
  - Met welk probleem melden zij zich?
  - Wanneer burgers zich zelf aanmelden, wat weten zij dan van de interventie?
- Waar komen kinderen vandaan die meedoen?
- Bepaald uw doelgroep of er sprake is van overgewicht/obesitas of doet de burger dat zelf?

### Doorverwijzing

- Naar welke professionals heeft u kinderen met overgewicht/obesitas weleens doorverwezen?
- Welke professionals hebben kinderen met overgewicht/obesitas naar u doorverwezen?
- Hoe ziet de doorverwijzing eruit?
  - Welke informatie geeft u daarbij mee?
- (Op welke manier) houdt u in de gaten of de doorverwezen cliënt daadwerkelijk zorg heeft ontvangen?
- Wie wordt er doorverwezen?
  - Wat is definitie van overgewicht?
  - Welke afkappunten worden gebruikt om mensen door te verwijzen?

## **Monitoring**

- Welke informatie over mensen met overgewicht/obesitas wordt momenteel door verschillende professionals vastgelegd?
- Op welke manieren vindt momenteel afstemming plaats tussen professionals?
- Wie heeft de verantwoordelijkheid voor goede monitoring?

## **Bereik**

- Kunt u iets vertellen over het bereik van de doelgroep?
- Hoe groot schat u het percentage van kinderen met overgewicht welke daadwerkelijk zorg krijgen?

## **Effect**

- Kunt u per interventie aangeven wat volgens u bekend is over de effectiviteit van de interventie?

## **Gewenste situatie**

### **Ketenpartners**

- Welke beroepsgroepen dienen – naast huidige partners – een rol te spelen in de ideale keten?
- Welke rol dienen zij volgens jullie beroepsgroep te vervullen?

### **Interventies**

- Welke interventies ontbreken nog in de huidige situatie?
- Wat maakt een interventie in jullie ogen effectief?
- Wat is er nodig om de huidige situatie te verbeteren?

### **Signalering**

- Op welke manieren kan de signalering van (dreigend) overgewicht/obesitas verbeterd worden?

### **Doorverwijzing**

- Op welke wijze kunnen doorverwijzingen geoptimaliseerd worden?

### **Bereik**

- Op welke manieren kan ervoor gezorgd worden dat een groter aantal mensen dat in aanmerking komt voor interventies ook daadwerkelijk zorg verleend krijgt?
- Welke manieren helpen om het bereik van behandeling en begeleiding te vergroten?
- Waar zit de doelgroep in jullie ogen op te wachten?

### **Regievoerder**

- Is het aanstellen van een regievoerder in de keten wenselijk?
- Wat zijn de taken van zo'n regievoerder?
- Over welke eigenschappen dient deze regievoerder te bezitten? + waarom?

- Welke mogelijkheden zijn er om een regievoerder voor een keten obesitas aan te wijzen? + waarom?
- Wie is in de ideale keten – gezien vanuit jullie beroepsgroep – de regievoerder? + waarom?

### **Monitoring**

- Welke informatie van mensen met obesitas zouden te allen tijde bekend moeten zijn bij professionals?
- Op welke manieren kan afstemming plaatsvinden tussen professionals?
- Zijn er andere manieren om kinderen goed te monitoren?
- Wie heeft de verantwoordelijkheid voor goede monitoring?

### **Deskundigheid**

- Welke vaardigheden hebben professionals nodig om in de keten te kunnen functioneren?
- Welke vaardigheden hebben professionals nodig om optimale zorg te kunnen verlenen?
- Welke ondersteuning is er nodig om optimaal te kunnen functioneren?
- Dienen er wijzigingen plaats te vinden om de deskundigheid te verbeteren?

### **Financiering**

- Wie zou er – gezien vanuit jullie beroepsgroep – verantwoordelijk voor financiering van de keten?

### Bijlage 3: Vraagroute ouders van kinderen met overgewicht en obesitas

In de focusgroepen zullen twee thema's ter sprake komen: de huidige situatie rondom ketenzorg en de gewenste situatie rondom ketenzorg.

De twee thema's zullen behandeld worden door het stellen van open vragen, zodat de deelnemer zijn/haar eigen kijk, visie en ideeën omtrent de ketenzorg kan invullen.

In het vraagschema hieronder is per thema een aantal deelaspecten opgenomen. De verwachting is dat de ouders deze deelaspecten zelf ter sprake zullen brengen. Is dit niet het geval dan zal de gespreksleider de deelaspecten aanbieden als bespreekpunt. Onder het "schema vraagroute focusgroepen" is per thema en vervolgens per deelaspect weergegeven welke vragen de gespreksleider in kan brengen om voldoende informatie te verzamelen.

#### Schema vraagroute focusgroepen

NR	Thema	Deelaspecten	Methode	TIJD (min)
<b>Inleiding</b>				<b>10</b>
<b>1</b>	<b>Huidige Situatie</b>	<b>Preventie Signalering Doorverwijzing Behandeling Nazorg Regievoerder Ketenpartners Deskundigheid Financiering</b>	<b>Rapportcijfer</b>	25
	<b>Samenvatten</b>			
<b>2</b>	<b>Gewenste Situatie</b>	<b>Preventie Signalering Doorverwijzing Behandeling Nazorg Regievoerder Ketenpartners Deskundigheid Financiering</b>	<b>Wondervraag</b>	25
	<b>Samenvatten</b>			
<b>3</b>	<b>Samenvatting essentiële punten</b>		<b>Geeltjes</b>	20
	<b>Afsluiting</b>			10
<b>TOTAAL</b>				<b>90</b>

#### Huidige Situatie

##### Ketenpartners

- Welke zorgverleners spelen in uw ogen allemaal een rol in de behandeling van overgewicht/obesitas

### **Preventie/Signalering**

- Vindt u dat zorgprofessionals zich op uw overgewicht mogen attenderen?
- Welke professionals hebben in uw ogen een rol in de signalering van overgewicht?
- Welke professionals hebben u geattendeerd op uw overgewicht?
- Welke kinderen komen volgens u in aanmerking voor een interventie?
- Meldt u zichzelf weleens aan voor een interventie/op eigen initiatief?
  - Met welk probleem meldde u zich?
  - Hoe was u op de hoogte van de interventie??

### **Doorverwijzing**

- Door welke professionals bent u doorverwezen?
- Naar welke professionals bent u doorverwezen
- Waarom werd u doorverwezen?
- Hoe verliep de doorverwijzing?
  - Moest u uw verhaal 2 keer vertellen?

### **Behandeling/Nazorg**

- Welke mogelijke behandelingen voor overgewicht kent u allemaal?
- Welke ervaringen heeft u hiermee?
- Welke fase van zorg betreft het preventie – signalering – behandeling – nazorg?
- Wordt de interventie multi- of monodisciplinair aangeboden?

### **Regievoerder**

- Hoe ziet de regie rondom het behandeltraject eruit?
- Wat zijn de voordelen van een regievoerder?
- Wat zijn de nadelen van een regievoerder?
- Wat zijn uw ervaringen met de regie?

### **Deskundigheid**

- Wat vindt u van de manier waarop zorgprofessionals u benaderen?
- Vindt u dat de professionals voldoende kennis hebben om u goed te helpen?

### **Financiering**

- Op welke wijze werden de interventies die u kent bekostigd?
- Hebt u weleens een eigen bijdrage betaald?

### **Gewenste situatie**

#### **Ketenpartners**

- Welke beroepsgroepen dienen een rol te spelen in de ideale keten?
- Welke rol dienen zij volgens u te vervullen?

### **Interventies**

- Welke interventies ontbreken nog in de huidige situatie?
- Wat maakt een interventie in jullie ogen effectief?
- Wat is er nodig om de huidige situatie te verbeteren?

### **Signalering/preventie**

- Op welke manieren kan preventie van (dreigend) overgewicht/obesitas verbeterd worden?
- Op welke manieren kan de signalering van (dreigend) overgewicht/obesitas verbeterd worden?

### **Doorverwijzing**

- Op welke wijze kunnen doorverwijzingen geoptimaliseerd worden?
- Wat is nodig voor optimalisatie?

### **Behandeling/Nazorg**

- Op welke manier kan de behandeling verbeterd worden?
- Wat is hier voor nodig?
- Op welke manieren kan ervoor gezorgd worden dat een groter aantal mensen dat in aanmerking komt voor interventies ook daadwerkelijk zorg verleend krijgt?
- Welke manieren helpen om het bereik van behandeling en begeleiding te vergroten?
- Voor welke interventies zou u zich direct inschrijven?

### **Regievoerder**

- Is het aanstellen van een regievoerder in de keten wenselijk?
- Wat zijn de taken van zo'n regievoerder?
- Over welke eigenschappen dient deze regievoerder te bezitten? + waarom?
- Wie is in de ideale keten – volgens jullie – de regievoerder? + waarom?

### **Deskundigheid**

- Welke vaardigheden hebben professionals nodig om in de keten te kunnen functioneren? + optimale zorg?
- Welke ondersteuning is er nodig om optimaal te kunnen functioneren?
- Dienen er wijzigingen plaats te vinden om de deskundigheid te verbeteren?

### **Financiering**

- Bent u bereid een eigen bijdrage te betalen?

Bijlage 4: Tijdlijn kinderen met overgewicht (0-19 jaar)

## Tijdlijn kinderen met overgewicht (0-19 jr)

