



**Universiteit Utrecht**

# **Kwalitatieve Evaluatiestudie van de Ketenaanpak Overgewicht bij Kinderen in Gemeente Oss**

Masterthesis  
Youth, Education & Society  
Universiteit Utrecht

Auteur: Maaïke van Kalmthout (6255639)  
Cursus: YES07: Thesis (201600407)  
Begeleider: Monique van Londen-Barentsen  
Tweede lezer: Maartje van Dijken  
Opdrachtgever: Gemeente Oss  
Stagebegeleider: Ilona Meuwissen  
Datum: 21-06-2019  
Aantal woorden: 8344

### Abstract

*Background:* Treating overweight in children effectively appears difficult; early screening is insufficiently executed and the desired result is often not obtained. The municipality of Oss works with a new method, network approach obesity (KoOss), which was developed in the Netherlands to prevent these treatment problems and support overweight children to grow up healthy.

*Aim:* The aim of this qualitative evaluation study is to provide insight in the experiences of professionals and parents working with KoOss and to provide an understanding of the results they experience.

*Method:* Purposive sampling was used to conduct interviews with 14 professionals and 2 parents in the municipality of Oss. Data was analysed using the stepwise spiral of analysis.

*Results:* Overall, professionals and parents were satisfied to work with KoOss. According to the professionals different elements contributed to the added value of KoOss: professionals could connect to the questions and needs of parents and children, a broad view on obesity was used and integral cooperation between professionals existed. Parents were satisfied with KoOss as well, because professionals listened to them carefully and provided them with concrete advice. Possible points of improvement for KoOss were improving the communication between professionals and to start monitoring and sharing the results thus far.

*Conclusion:* KoOss meets a social need and is theoretically sound. The first experiences of professionals and parents with KoOss are positive, as well as the expected results. Further research into the effectiveness of KoOss is necessary.

*Keywords:* overweight, children, network approach, evaluation study

### Samenvatting

*Achtergrond:* Het effectief behandelen van overgewicht bij kinderen blijkt lastig; vroegtijdige signalering vindt onvoldoende plaats en behandeling leidt vaak niet tot het gewenste resultaat. Gemeente Oss werkt met een nieuwe werkwijze, ketenaanpak overgewicht (KoOss), die in Nederland ontwikkeld is om deze problemen met behandelen te voorkomen en een bijdrage te leveren aan het gezond opgroeien van kinderen met overgewicht.

*Doel:* Het doel van dit kwalitatieve evaluatieonderzoek is inzicht krijgen in de ervaringen van professionals en ouders die met KoOss werken en inzicht krijgen in het resultaat dat zij ervaren.

*Methode:* Met behulp van een doelgerichte steekproef zijn 14 professionals en 2 ouders in gemeente Oss geïnterviewd. De data is geanalyseerd volgens de stapsgewijze analysespiraal.

*Resultaten:* Professionals waren over het algemeen tevreden over KoOss. Kunnen aansluiten bij de vragen en behoeften van ouders en kinderen, een brede kijk op overgewicht en integrale samenwerking droegen in belangrijke mate bij aan de meerwaarde van KoOss. Ouders waren tevreden over de hulpverlening via KoOss doordat er goed naar ze geluisterd werd en ze concrete adviezen

kregen. Mogelijke verbeterpunten waren de communicatie in de keten en starten met monitoren en delen van de resultaten.

*Conclusie:* KoOss voorziet in een maatschappelijk behoefte en is theoretisch onderbouwd. De eerste ervaringen van professionals en ouders in het werken met KoOss zijn positief, evenals het ervaren resultaat. Verder onderzoek naar de effectiviteit van KoOss is nodig.

*Steutelwoorden:* overgewicht, kinderen, ketenaanpak, evaluatiestudie

## Kwalitatieve Evaluatiestudie van de Ketenaanpak Overgewicht bij Kinderen in Gemeente Oss

In november 2018 is het Nationaal Preventieakkoord afgesloten door meer dan 70 verschillende partijen zoals zorgaanbieders, sportbonden, maatschappelijke organisaties en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het akkoord heeft een gezonder Nederland tot doel waarin kinderen ‘een goede start maken en daar hun leven lang profijt van hebben’ (p. 3, Nationaal Preventieakkoord, 2018). Dit wordt onder andere bereikt door overgewicht bij kinderen terug te dringen; een sluitende ketenaanpak tussen professionals in het medische en sociale domein kan hieraan bijdragen. Deze professionals hebben aandacht voor een gezonde leefstijl bij kinderen met overgewicht en werken samen om dit te verbeteren door passende zorg en ondersteuning te bieden (Care for Obesity, z.d.). Het Nationaal Preventieakkoord (2018) stelt als doel dat in 2030 alle Nederlandse gemeenten met een sluitende ketenaanpak werken.

Tussen 2016 en 2018 is in acht gemeenten geëxperimenteerd met de ketenaanpak. Op basis van deze ervaringen en wetenschappelijke kennis, is onder coördinatie van Care for Obesity het ‘Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas’ ontwikkeld. Het model biedt gemeenten een algemene structuur om een goed functionerende lokale ketenaanpak te realiseren (Sijben, Van der Velde, Van Mil, Stroo, & Halberstadt, 2018).

Gemeente Oss is één van de acht gemeenten die deze werkwijze mede ontwikkeld heeft en heeft tevens opdracht gegeven tot dit evaluatieonderzoek van de lokale uitvoering Ketenaanpak Overgewicht in gemeente Oss: KoOss. Via deze procesevaluatie studie wil gemeente Oss inzicht krijgen in de ervaringen van professionals en ouders die met KoOss werken en inzicht krijgen in het resultaat dat zij ervaren.

## Theoretisch Kader

### Ketenaanpak Overgewicht

De ketenaanpak kenmerkt zich door twee elementen: toeleiding naar hulp voor kinderen met overgewicht door ketensamenwerking en het uitvoeren van een gezinsgerichte interventie door de centrale zorgverlener (czv) die gericht is op duurzame gedragsverandering en die een brede aanpak hanteert.

Een casus in de ketenaanpak begint met een professional, een zogenaamde ketenpartner zoals een huisarts, sociaal werker of fysiotherapeut, die overgewicht signaleert bij een kind en dit kind en diens gezin doorverwijst naar een czv. De czv neemt vervolgens tijdens een huisbezoek een brede anamnese af waarbij het uitgangspunt is dat overgewicht een symptoom is van onderliggende problematiek in een gezin, zoals opvoed- of psychische problemen. Op basis van deze brede anamnese maken het gezin en de czv samen een plan van aanpak. Het plan is gebaseerd op doelen die het gezin zelf stelt en is gericht op het creëren van duurzame gedragsverandering, zodat de gezondheid én het welzijn van het kind verbeteren. De czv en ketenpartners kunnen helpen bij het realiseren van de doelen; de czv is verantwoordelijk voor het coördineren van de hulp. Het behandeltraject kent geen

vaste tijdsduur of vast eindpunt; dit is afhankelijk van de gerealiseerde gedragsverandering (Sijben et al., 2018).

**Lokale uitvoering in gemeente Oss: KoOss.** KoOss is opgenomen in het gezondheidsbeleid van gemeente Oss, dat een sterke nadruk heeft op preventieve activiteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij kinderen. Gemeente Oss neemt bijvoorbeeld ook deel aan Jongeren Op Gezond Gewicht en ondersteunt scholen bij het uitvoeren van activiteiten passend bij de Gezonde School (Gemeente Oss, z.d.).

In opdracht van gemeente Oss is een projectgroep gestart met de uitvoering van KoOss onder leiding van twee projectleiders die werkzaam zijn als projectmedewerker bij het Sport Expertise Centrum (SEC) en als verpleegkundig specialist preventie bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Via het lokale netwerk in gemeente Oss zijn meerdere professionals aangesloten bij de projectgroep: twee huisartsen, twee kinderartsen, een jeugdarts, een kinderfysiotherapeut, een diëtist en een lid van het Basisteam Jeugd en Gezin. Deze professionals vervullen de rol van ketenpartner en kunnen een kind en diens gezin doorverwijzen naar de czv. Jeugdverpleegkundigen van de GGD vervullen de rol van czv en kunnen tevens zelf het initiatief nemen om een huisbezoek voor te stellen tijdens een consult op het consultatiebureau. Voor 2019 zijn door de gemeente 70 casussen begroot waarvan de meeste zich richten op basisschoolkinderen, alhoewel KoOss ook toegepast wordt bij kinderen in de voorschoolse leeftijd en in de middelbareschoolleeftijd (Goutier, 2018).

Uniek in gemeente Oss is de toevoeging van fittesten en –gesprekken zodat de werkwijze een sterker preventief karakter krijgt. Op 18 basisscholen, met name in de wijken waar overgewicht relatief veel voorkomt, neemt de combinatiefunctionaris (vakdocent lichamelijke opvoeding in dienst van het SEC) één keer per jaar tijdens de gymles een fittest af om een beeld te krijgen van de motorische ontwikkeling van het kind. In de groepen 4 en 7 voert de combinatiefunctionaris, indien mogelijk samen met een jeugdverpleegkundige, vervolgens een vrijwillig fitgesprek met ouders en kind. In het fitgesprek wordt besproken hoe het kind in zijn vel zit, thuis en in de gymles, en komen de resultaten van de fittest aan bod. Indien overgewicht en/of achterliggende problematiek ter sprake komt, kan een doorverwijzing naar de czv gemaakt worden (Goutier, 2018).

### **Evaluatiehiërarchie**

Een werkwijze of interventie, zoals KoOss, is te evalueren met behulp van de evaluatiehiërarchie bestaande uit vijf niveaus: (1) needs-assessment, (2) evaluatie programmatheorie, (3) procesevaluatie, (4) impact-assessment en (5) efficiency assessment. De evaluatieniveaus vormen een hiërarchie: kennis van de evaluatieresultaten op een lager niveau zijn vereist voordat op een hoger niveau geëvalueerd kan worden (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Daarom volgt hieronder eerst een evaluatie van de eerste twee niveaus gericht op kinderen met overgewicht op basis van theorie. Daarna volgt een uitleg over het evalueren van niveau drie en vier; wat de kern van dit empirische onderzoek is. Het laatste evaluatieniveau wordt kort aangestipt.

**1. Needs-assessment.** Het doel van een needs-assessment is achterhalen in welke mate het probleem waar de werkwijze zich op richt voorkomt in de maatschappij en te onderzoeken welke implicaties dit heeft voor het ontwerp van de werkwijze (Rossi et al., 2004).

**Aard en omvang van het probleem.** Overgewicht heeft nadelige gevolgen voor de fysieke gezondheid van het kind en diens psychosociaal welbevinden. Overgewicht vergroot de kans op gezondheidsproblemen, zoals diabetes type 2 en cardiovasculaire aandoeningen, nu en op latere leeftijd (Daniels et al., 2005; Owen et al., 2009; Sherry & Dietz, 2004). Ook vergroot het de kans om als volwassene te zwaar zijn (Singh, Mulder, Twisk, Van Mechelen, & Chinapaw, 2008). Tevens krijgen te zware kinderen te maken met negatieve gevolgen van stigmatisering (Tang-Péronard & Heitmann, 2008), wat onder andere kan leiden tot sociaal isolement, een laag zelfbeeld, verdriet en depressie (Friedman, 2005; Strauss, 2000). Uit reviewstudies blijkt dat te zware kinderen vaak een lagere kwaliteit van leven ervaren dan kinderen met een gezond gewicht (Buttitta, Iliescu, Rousseau, & Guerrien, 2014; Griffiths, Parsons, & Hill, 2010).

De wereldwijde prevalentie van overgewicht bij kinderen is de laatste decennia enorm gestegen (Abarca-Gómez et al., 2017; Ng et al., 2014). In landen met een hoog inkomen, waaronder Nederland, is de stijgende trend aan het stabiliseren (Abarca-Gómez et al., 2017; Schönbeck et al., 2011). Desalniettemin had in 2018 11,7% van de Nederlandse kinderen tussen de 4 en 17 jaar oud overgewicht (CBS & RIVM, 2019).

**Kenmerken van de doelgroep.** Overgewicht bij kinderen is niet evenredig verdeeld in de samenleving. Kinderen die opgroeien in gezinnen met een andere culturele achtergrond of een laag sociaaleconomische status (SES) hebben een groter risico op overgewicht (Cluss, Ewing, Long, Krieger, & Lovelace, 2010; Kumanyika, 2008). Zo blijkt de prevalentie van overgewicht bij jeugdigen (2 – 25 jaar) met een niet-westerse migratieachtergrond aanzienlijk hoger dan bij jeugdigen met een Nederlandse achtergrond (respectievelijk 25,1% en 13,8%) (CBS, 2019).

**Behoeften van de doelgroep.** De behoeften van kinderen in het behandelen van overgewicht zijn weinig onderzocht (Rees, Oliver, Woodman, & Thomas, 2011). Wel bleek uit kwalitatief onderzoek dat kinderen vooral op het gebied van uiterlijk, zelfvertrouwen en omgang met leeftijdsgenoten negatieve gevolgen van overgewicht ondervonden (Lachal et al., 2013; Rees, Caird, Dickson, Virgurs, & Thomas, 2014; Rees et al., 2011). Onderzoek gericht op tieners liet zien dat zij vooral behoefte hadden aan psychologische ondersteuning die zich richt op een verbeterd zelfbeeld en meer zelfvertrouwen (Lachal et al., 2013; Rees et al., 2011). Ook hadden ze behoefte aan stabiele en langdurige ondersteuning (Lachal et al., 2013; Murtagh, Dixey, & Rudolf, 2006) en ervoeren jongeren het als barrière als ze zich niet gesteund voelden door hun gezin (Lachal et al., 2013; Lindelof, Nielsen, & Pedersen, 2010).

Ook is nog weinig bekend over de behoeften van ouders bij het behandelen van overgewicht bij hun kind (Bastiaans, Baerveldt, & Jansen, 2012; Eneli, Kalogiros, McDonald, & Todem, 2007). Uit kwantitatieve studies is wel bekend dat een meerderheid van de ouders overgewicht bij hun kind

onderschat of niet herkent (Lundahl, Kidwell, & Nelson, 2014; Parry, Netuveli, Parry, & Saxena, 2008). Uit kwalitatieve studies bleek dat ouders vooral hulp zochten vanwege de negatieve sociaal-emotionele gevolgen van overgewicht voor hun kind (Stewart, Chapple, Hughes, Poustie, & Reilly, 2008; Turner, Salisbury, & Shield, 2011). Echter, ouders vonden het soms moeilijk om hulp te zoeken omdat ze bang waren veroordeeld te worden door professionals (Turner et al., 2011). Aandacht voor de sociaal-emotionele context lijkt dus een belangrijke behoefte van ouders. Daarnaast gaven ouders de voorkeur aan individuele behandeling boven groepsbehandeling (Eneli et al., 2007) en hadden zij behoefte aan ondersteuning bij het veranderen van hun opvoedstijl om hun kinderen te stimuleren tot een gezondere levensstijl (Bastiaans et al., 2012).

***Problemen met de huidige werkwijze.*** Problemen die in Nederland ervaren worden bij het effectief aanpakken van overgewicht bij kinderen zijn onvoldoende vroegtijdige signalering van kinderen met overgewicht (Sijben et al., 2018), een gefragmenteerd aanbod van hulp en onvoldoende intersectorale samenwerking (Fransen, Koster, & Molleman, 2012; Schalkwijk, et al., 2016). Bij het uitvoeren van interventies is het lastig om ouders te motiveren voor deelname (Fransen et al., 2012) en ouders kunnen barrières ervaren om mee te doen (Janicke et al., 2014). Tevens is het uitvalpercentage van kinderen hoog en zijn behaalde resultaten vaak niet duurzaam (Sijben et al., 2018).

***Needs-assessment in gemeente Oss.*** In gemeente Oss had in 2018 13% van de kinderen tussen de 2 en 15 jaar oud overgewicht, dit komt neer op ongeveer 1800 kinderen. Ook in gemeente Oss is de prevalentie van overgewicht niet evenredig verdeeld; de verschillen lopen uiteen van 11% tot 23% tussen de verschillende wijken (GGD-HvB, 2019).

Voordat KoOss geïntroduceerd werd, bespraken jeugdverpleegkundigen tijdens een regulier consult op het consultatiebureau het gewicht van het kind met de ouders en eventueel het kind. Indien overgewicht geconstateerd werd, gaven jeugdverpleegkundigen advies dat met name gericht was op leefstijl en eventueel werd een vervolconsult gepland. De ketensamenwerking was minder sterk aanwezig (projectleider, persoonlijke communicatie, 14 februari 2019).

**2. Evaluatie programmatheorie.** Stap twee is aantonen dat de werkwijze theoretisch onderbouwd is. Hiervoor moet de programmatheorie, die assumpties bevat over waarom de werkwijze werkt, helder beschreven worden en aangetoond worden dat dit een juiste manier is om het beoogde resultaat te behalen (Rossi et al., 2004).

***Theoretische uitgangspunten bij het behandelen van overgewicht.*** Preventieve interventies hebben de voorkeur om overgewicht bij kinderen te voorkomen, indien nodig kunnen curatieve interventies ingezet worden (De Miguel-Etayo et al., 2013; Han et al., 2010). Uit reviewstudies blijkt dat het van belang is dat deze interventies een multidisciplinaire aanpak hebben (De Miguel-Etayo et al., 2013; Huang, Drewnowski, Kumanyika, & Glass, 2009; McGovern et al., 2008); de oorzaken van overgewicht zijn immers multifactorieel. Zo spelen genetische factoren, gedragsfactoren, omgevingsfactoren en sociaal-culturele factoren een rol (Harrison et al., 2011; Sahoo et al., 2015). Daarom is het belangrijk dat interventies aandacht besteden aan psychologische, gedragsmatige en

sociale aspecten rondom overgewicht. Een focus op alleen voeding en beweging is té beperkt (Daniels et al., 2005; Ho et al., 2012; Huang et al., 2009).

Tevens is het van belang om ouders bij een interventie te betrekken (Van der Kruk, Kortekaas, Lucas, & Jager-Wittenaar, 2013); de effectiviteit van interventies is hierdoor significant groter blijkt uit de meta-analyse van Kitzmann en collega's (2010). Ouders spelen namelijk een grote rol in het gezondheidsgedrag van hun kind: ouders bepalen in sterke mate het eet- en beweegpatroon van het kind, ze bekrachtigen en ontmoedigen gezondheidsgerelateerd gedrag en dienen als model (Dalton & Kitzmann, 2008; Young, Northern, Lister, Drummond, & O'Brien, 2007). Verder draagt een autoritatieve opvoedstijl, gekenmerkt door een hoge mate van ouderlijke responsiviteit en gelijktijdig een hoge mate van ouderlijke controle, positief bij aan het gezondheidsgedrag van kinderen. Daarom is het goed om in interventies ook aandacht te besteden aan algemene opvoedvaardigheden van ouders (Kitzman-Ulrich et al., 2010; Sleddens, Gerards, Thijs, De Vries, & Kremers, 2010).

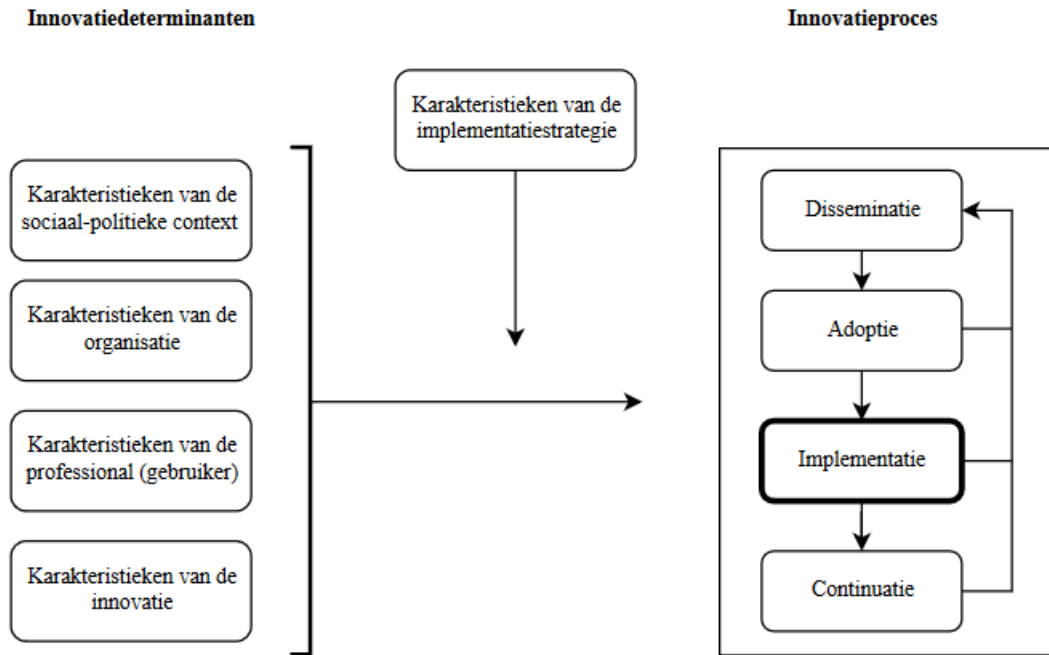
Daarnaast is het belangrijk dat interventies sociaal-cultureel relevant zijn (Castro, Barrera, & Martinez, 2004; Nation et al., 2014). De culturele waarden van ouders zijn bijvoorbeeld van invloed op eetgewoonten in het gezin en denken over gewicht (Bruss et al., 2009; Yilmaz, Renders, Nicolaou & Vrijkotte, 2016). Door hier aandacht aan te besteden sluit de interventie beter aan bij de belevingswereld van ouders en kinderen en wordt de effectiviteit vergroot (Castro et al., 2004; Nation et al., 2014).

***Theoretische uitgangspunten in KoOss.*** Meerdere werkzame elementen in het behandelen van overgewicht bij kinderen zijn zichtbaar in KoOss. Zo maakt KoOss gebruik van een multidisciplinaire aanpak en wordt aandacht besteed aan psychologische, gedragsmatige en sociale aspecten rondom overgewicht. Daarnaast worden ouders intensief betrokken bij KoOss en ligt er een sterke nadruk op preventie en vroegtijdige behandeling van overgewicht door de fittesten en ketensamenwerking. Het plan van aanpak sluit aan bij de behoeften van ouders en kinderen waardoor de sociaal-culturele relevantie van de interventie vergroot wordt (Sijben et al., 2018).

**3. Procesevaluatie.** De derde stap bestaat uit het evalueren van de uitvoering van een werkwijze. Dit kan via een constant proces van monitoring of een eenmalige procesevaluatie. Een eenmalige procesevaluatie is een geschikte manier om een nieuwe werkwijze te evalueren en wordt ook wel implementatie-evaluatie genoemd (Rossi et al., 2004).

Het implementeren van een nieuwe werkwijze is een complex proces dat bestaat uit verschillende opeenvolgende fasen waarin de gewenste verandering al dan niet optreedt (Fleuren, Paulussen, Van Dommelen, & Van Buuren, 2014b). Figuur 1 toont een algemeen model van het innovatieproces bij het implementeren van een nieuwe werkwijze en wordt onder andere gebruikt in de gezondheidszorg.





*Figuur 1.* Model dat het innovatieproces en de gerelateerde innovatiedeterminanten toont. Aangepast van “Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study,” door Fleuren, Wiefferink, & Paulussen (2004, p. 108).

In de disseminatiefase raken professionals bekend met de nieuwe werkwijze. Vervolgens ontwikkelen zij een positieve houding ten opzichte van de nieuwe werkwijze en besluiten zij om hiermee te gaan werken in de adoptiefase. In de derde fase, implementatie, gaan professionals met de nieuwe werkwijze werken. In de continuatiefase wordt de nieuwe werkwijze ten slotte geëvalueerd en geldt het als standaard werkwijze (Fleuren et al., 2014b).

**Innovatiedeterminanten.** Op basis van theoretische kennis en empirische data uit implementatiestudies in onder andere de preventieve gezondheidszorg voor kinderen is het Measurement Instrument for Determinants of Innovation (MIDI) ontwikkeld (Fleuren, Paulussen, Van Dommelen, & Van Buuren, 2014a). Dit is een meetinstrument dat 29 determinanten onderscheidt, verdeeld over vier categorieën, die de overgang tussen implementatiefasen positief of negatief kunnen beïnvloeden (Figuur 1). Inzicht in deze determinanten kan ingezet worden bij het ontwerpen van een geschikte implementatiestrategie.

Sociaal-politieke determinanten richten zich op wet- en regelgeving. Determinanten op het gebied van de organisatie zijn bijvoorbeeld steun van het management en de beschikbaarheid van voldoende tijd en geld. Bij de professionals die de werkwijze gaan gebruiken is het van belang dat zij voldoende kennis over de nieuwe werkwijze hebben en er meerwaarde van verwachten. Ten slotte is de werkwijze zelf van invloed: is de nieuwe werkwijze relevant en compatibel met de huidige werkwijze? (Fleuren et al., 2014a).

**Implementatieproces KoOss.** Er is een start gemaakt met de uitvoering van KoOss en de projectgroep en jeugdverpleegkundigen van de GGD werken inmiddels volgens deze werkwijze. Het geldt echter nog niet als standaard werkwijze; vandaar de vaststelling dat KoOss zich in de implementatiefase bevindt.

**4. Impact-assessment.** In de vierde stap wordt bepaald welk effect de werkwijze heeft op de beoogde resultaten, wat idealiter gemeten wordt met behulp van een gerandomiseerd gecontroleerd experiment (RCT) (Rossi et al., 2004). Omdat dit niet altijd haalbaar is, kunnen outcome-indicatoren gebruikt worden die een eerste aanwijzing van de effectiviteit geven (Van Yperen, De Wilde, & Keuzenkamp, 2014).

In de jeugdhulp zijn drie outcome-indicatoren opgesteld om een indicatie van het effect van een werkwijze of interventie te geven. De eerste outcome-indicator is het bereik of uitval van een werkwijze, die aangeeft in hoeverre de doelgroep van de werkwijze bereikt wordt en in hoeverre de doelgroep de hulp vroegtijdig staakt. De tweede outcome-indicator is de tevredenheid over het ervaren nut: hier wordt gemeten in hoeverre de doelgroep de aangeboden hulp nuttig vindt. De laatste outcome-indicator is de ervaren doelrealisatie en probleemafname: hierbij wordt gemeten in hoeverre de doelgroep ervaart of een specifiek doel gerealiseerd is (Van Yperen et al., 2014).

**5. Efficiency assessment.** De laatste stap bestaat uit het beoordelen van de relatie tussen de kosten van een werkwijze en de opbrengst (effectiviteit) hiervan. Dit kan alleen als bekend is dat een werkwijze goed geïmplementeerd is (procesevaluatie) en de gewenste uitkomsten tot gevolg heeft (via een RCT) (Rossi et al., 2004). Aangezien deze kennis nog ontbreekt over KoOss wordt hier verder niet op ingegaan.

### **Huidig Onderzoek**

Op basis van het theoretisch kader is de inschatting gemaakt dat er behoefte is aan KoOss en dat KoOss theoretisch onderbouwd is (stap een en twee). Op basis van deze vaststelling focust dit onderzoek zich op stap drie en vier van de evaluatiehiërarchie. Het doel van dit onderzoek is via een procesevaluatie inzicht krijgen in de ervaringen van professionals en ouders die met KoOss werken en inzicht krijgen in het resultaat dat zij ervaren. Op basis van deze informatie kan verantwoording afgelegd worden over KoOss en de uitvoering mogelijk verbeterd worden.

Het onderzoek kent twee onderzoeksvragen. Ten eerste, hoe wordt het werken met KoOss ervaren door professionals en ouders en welke bevorderende en belemmerende determinanten ervaren professionals? De verwachting is dat professionals en ouders verbeterpunten noemen in het werken met KoOss omdat de implementatie van een nieuwe werkwijze complex is (Fleuren et al., 2014b) en beïnvloed wordt door verschillende determinanten (Fleuren et al., 2014a). Ten tweede, wat zijn de ervaren resultaten van KoOss volgens professionals en ouders? Hierbij is de verwachting dat sommige ouders moeilijk te motiveren zijn voor deelname (Fransen et al., 2012), wat het bereik van KoOss beperkt, en er een zeker uitvalpercentage is (Sijben et al., 2012).

KoOss is een nieuwe manier van werken en nog niet eerder geëvalueerd. Het huidige onderzoek levert dus een bijdrage aan de beschikbare kennis over mogelijke verbeterpunten en het ervaren resultaat van de ketenaanpak. Dit is sociaal-maatschappelijk gezien relevant vanwege de hoge prevalentie van overgewicht bij kinderen, de nadelige gevolgen die kinderen hiervan ondervinden en de ervaren problemen in de aanpak. Dit onderzoek is tevens wetenschappelijk gezien relevant omdat tot dusver met name kortdurende leefstijl-interventies zijn geëvalueerd die tot beperkt resultaat leidden. Het is interessant om te kijken of deze nieuwe manier van werken betere resultaten tot gevolg heeft. Ten slotte kan gemeente Oss, opdrachtgever van het onderzoek, de resultaten gebruiken om haar beleidskeuzen te ondersteunen en de aanpak in de praktijk te verbeteren.

## **Methode**

### **Design en Procedure**

In deze empirisch-kwalitatieve evaluatiestudie zijn eenmalig semigestructureerde interviews afgenomen bij 14 professionals en 2 ouders. De groep professionals is onderverdeeld in jeugdverpleegkundigen ( $n = 5$ ) en ketenpartners ( $n = 9$ ).

Participanten zijn op verschillende wijze met behulp van een doelgerichte steekproef benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Leden van de projectgroep, grotendeels de ketenpartners, hebben een informatiebrief over het onderzoek ontvangen. Daarnaast hebben alle jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van de GGD die werkzaam zijn in gemeente Oss de informatiebrief ontvangen. Ten slotte zijn via de projectleider van het SEC twee combinatiefunctionarissen benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Met de professionals die wilden deelnemen is een afspraak gemaakt en voorafgaand aan het interview hebben zij een toestemmingsverklaring ondertekend. De interviews zijn afgenomen in maart en april 2019, duurden gemiddeld 48 minuten, zijn opgenomen en vonden plaats op de werkplek van de professional.

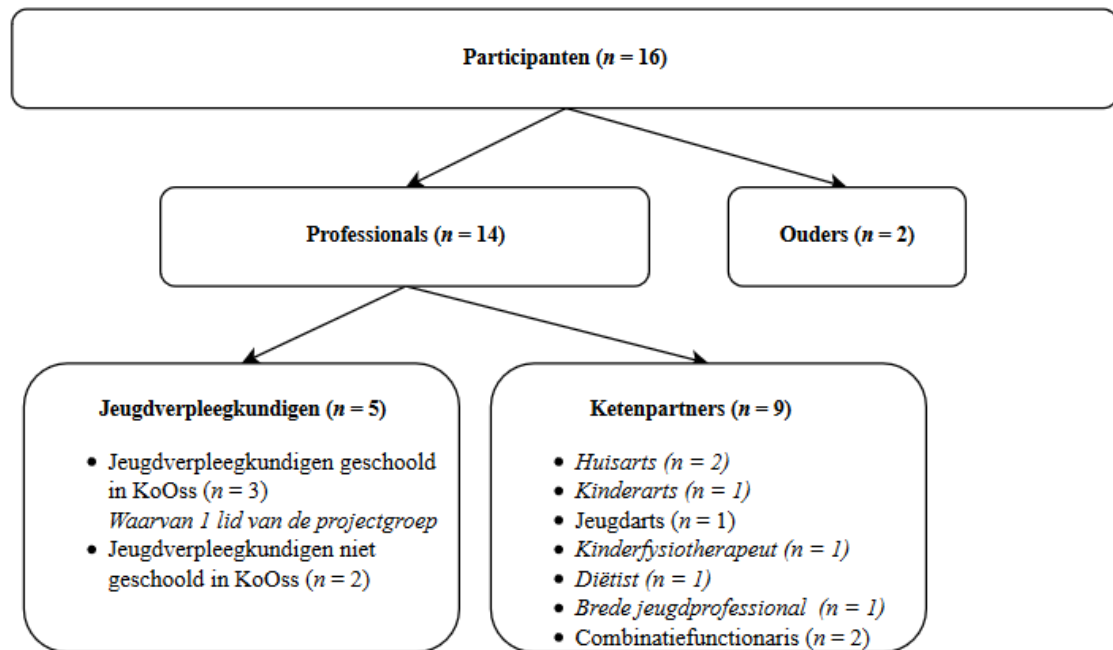
Ouders zijn via jeugdverpleegkundigen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek met behulp van een informatiebrief. De onderzoeker werd hiervan op de hoogte gesteld zodat telefonisch contact opgenomen kon worden met de ouders om hun toestemming voor deelname te vragen. Ouders gaven de voorkeur aan telefonische interviews, welke plaatsvonden in april 2019 en gemiddeld 18 minuten duurden. Tijdens het telefoongesprek zijn uitgebreide aantekeningen gemaakt.

### **Participanten**

Figuur 2 toont aan hoe de groep participanten is opgebouwd. Om de anonimiteit van de participanten te waarborgen wordt in de verdere tekst slechts gerefereerd aan jeugdverpleegkundigen, ketenpartners en ouders.

De professionals hebben gemiddeld 16 jaar werkervaring en zijn tussen de 28 en 65 jaar oud ( $M = 43,7$  jaar). De groep bestaat uit 10 vrouwen en 4 mannen. Alle professionals werken sinds de

start twee jaar geleden met KoOss en 7 professionals maken deel uit van de projectgroep. De twee ouders zijn beiden vrouw en krijgen hulp binnen KoOss voor hun kind in de basisschoolleeftijd.



Figuur 2. Schematische weergave van de groep participanten. Schuingedrukte participanten maken deel uit van de projectgroep.

## Meetinstrumenten

Op basis van een interviewgide zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Voor professionals en ouders zijn twee verschillende interviewguides gemaakt die uit verschillende vragen bestaan maar eenzelfde opbouw hebben (bijlage A en B). Het theoretisch kader diende als basis bij het opstellen van de interviewvragen.

Voor de eerste onderzoeksvraag (procesevaluatie) zijn de ervaringen van professionals en ouders over het werken met KoOss uitgevraagd op basis van *de vier implementatiefasen* (Fleuren et al., 2014b), de nadruk lag hierbij op de derde fase: implementatie. Voorbeeldvragen voor professionals zijn: “Wat maakte dat je met deze aanpak bent gaan werken?” en “Hoe is jouw manier van werken veranderd door de ketenaanpak?”. Voorbeeldvragen voor ouders zijn: “Wat heeft gemaakt dat je ‘ja’ hebt gezegd tegen deze manier van begeleiding krijgen?” en “Heb je het gevoel dat de jeugdverpleegkundige goed luistert naar wat jij wilt veranderen?”.

Met behulp van *de MIDI* (Fleuren et al., 2014a; 29 items) is aan professionals gevraagd welke bevorderende en belemmerende determinanten zij ervaren in het werken met KoOss. Voorbeeldvragen zijn: “Voel jij je gesteund door je collega’s om met de ketenaanpak te werken en hoe uit zich dat?” en “Hoe is de ketenaanpak in te passen in jouw manier van werken?”

Voor de tweede onderzoeksvraag (impact-assessment) zijn vragen voor professionals en ouders opgesteld op basis van *de drie outcome-indicatoren* (Van Yperen et al., 2014). Professionals is

gevraagd welke gezinnen zij betrekken bij KoOss en een inschatting te maken van de ervaring van ouders en kinderen en het ervaren resultaat van KoOss. Voorbeeldvragen zijn: “*Wanneer beslis je om een kind met overgewicht door te verwijzen naar de ketenaanpak?*” en “*Heb je het gevoel dat met deze aanpak de doelen van het gezin behaald worden en hoe komt dat?*”. Ouders is gevraagd hoe zij de hulpverlening ervaren, voorbeeldvragen zijn: “*Wat zou er anders zijn als je deze begeleiding niet kreeg?*” en “*Wat levert deze aanpak jou en je gezin op?*”.

**Betrouwbaarheid en validiteit.** Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is aan de start van het interview de anonimiteit van de participanten benadrukt. Ook zijn de interviewguides gebaseerd op concepten in de literatuur zoals de implementatiefasen en de outcome-indicatoren en is gebruik gemaakt van de MIDI, een gestandaardiseerd meetinstrument, waardoor de betrouwbaarheid en validiteit van de interviewguides vergroot is. Daarnaast is de interne validiteit van het onderzoek vergroot door datatriangulatie toe te passen middels interviews met verschillende groepen professionals en ouders (Baarda et al., 2013; Boeije, 2010).

### **Data-analyse**

De interviews met professionals zijn letterlijk getranscribeerd en met behulp van de stapsgewijze analysespiraal (Boeije, 2010) gecodeerd in NVivo 12; de codelijst is opgenomen in bijlage C. De interviews met ouders zijn direct na afloop van het gesprek uitgewerkt tot een gespreksverslag, hierbij is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van de letterlijke woorden van ouders. Vervolgens is per passage gekeken op welke onderzoeksvraag die betrekking had.

## **Resultaten**

### **Procesevaluatie Professionals**

**Disseminatie en adoptie.** Alle professionals die geïnterviewd zijn gaven aan op de hoogte te zijn van KoOss en bijna allemaal reageerden ze positief: “*Soms krijg je gewoon weer zo ’n boost (...), dan word je enthousiast als je over een bepaalde aanpak hoort, dan denk je, dit is misschien wel de manier waarop we het moeten gaan doen!*” (Ketenpartner).

Verschillende elementen dragen bij aan de positieve reactie. Acht professionals vinden KoOss een relevante manier van werken omdat het een oplossing biedt voor problemen die bestonden met de vorige werkwijze. Jeugdverpleegkundigen benoemden dat dat “*gewoon niet werkte, dus we moesten iets anders*”. Ketenpartners zeiden dat “*je gewoon niet weet wat je met een kind met overgewicht kan. Je zou die graag willen helpen, maar als je niet weet waar je naartoe moet verwijzen...*”. KoOss biedt de mogelijkheid om overgewicht toch bespreekbaar te maken omdat ketenpartners een duidelijk vervolg kunnen bieden aan het gezin. Daarnaast zien vijf professionals overgewicht bij kinderen, evenals het werken met KoOss, als onderdeel van hun werk en benoemden zes professionals dat overgewicht bij kinderen een groot maatschappelijk probleem is waardoor actie vereist is.

**Implementatie.** Om een beeld te schetsen van het werken met KoOss volgt hieronder een geparafraseerde casus:

*Laatst had ik een meisje, volgens mij was ze 14 of 15. Er kwam via de huisarts een aanmelding in verband met overgewicht. Toen ben ik met haar en haar moeder het gesprek aangegaan. Wat er bijvoorbeeld uitkwam, was dat ze zelf helemaal niet lekker in haar vel zat. Ze had eetbuien en als ze dwanggedachtes kreeg, dan gaf ze daaraan toe. De dwanggedachtes waren erg op de voorgrond, en het overgewicht was daar natuurlijk aan gerelateerd. Dus toen hebben we ook met elkaar besproken, waar willen we nu de focus op leggen? Dus toen zei ze 'ik wil gewoon af van die dwanggedachtes, waardoor ik dan ook toegeef en ga eten'. En toen zijn we een heel ander pad ingegaan, met psychologische begeleiding en zelfs EMDR volgens mij, doordat er dingen gebeurd waren in haar verleden (Jeugdverpleegkundige).*

Deze casus laat zien hoe professionals met KoOss kunnen werken; zo komt de ketensamenwerking aan bod, het meisje kwam via de huisarts bij de jeugdverpleegkundige terecht én er wordt psychologische begeleiding ingezet. De casus laat ook zien dat het plan van aanpak door de jeugdverpleegkundige en het gezin samen gemaakt wordt. Tevens komt de brede blik van KoOss naar voren doordat de focus eerst op psychologische begeleiding ligt en niet op voeding zodat het meisje beter in haar vel komt te zitten.

Deze elementen, de ketensamenwerking, het samen opstellen van het plan van aanpak en de brede blik, zien professionals ook als meerwaarde van KoOss. Door de ketensamenwerking wordt overgewicht vroegtijdiger gesignaleerd en behandeld en communiceren professionals eenduidig over (over)gewicht waardoor ouders en kinderen bij verschillende professionals dezelfde boodschap te horen krijgen en deze zo versterkt wordt. Door het plan van aanpak samen op te stellen is het minder adviserend, sluit het beter aan bij de behoeften van het gezin en bestaat het uit kleine, haalbare doelen. Ten slotte is de brede blik een belangrijke voorwaarde voor succes volgens professionals omdat overgewicht met meerdere aspecten te maken heeft: *“Kijk, als het multiproblemen zijn (...) Dat is dan soms veel prangender dan het gezondheidsprobleem, en dan hoop je uiteindelijk dat dat doorgaat naar gezondheid”* (Ketenpartner).

**Ketensamenwerking.** De jeugdverpleegkundigen zijn over het algemeen tevreden over de samenwerking met ketenpartners omdat de meeste open staan voor KoOss en er goed laagdrempelig contact bestaat. Daarnaast benoemden alle jeugdverpleegkundigen dat het contact met huisartsen *“een beetje minder is. Dat gaat altijd heel goed als we elkaar zien, en dan gaat het drie weken goed en dan zijn we volgens mij weer uit beeld”*. Ook vinden twee jeugdverpleegkundigen dat er weinig terugkoppeling is vanuit het Basisteam Jeugd en Gezin.

Ketenpartners dachten verschillend over de samenwerking met de jeugdverpleegkundigen. Ketenpartners gaven aan dat jeugdverpleegkundigen gemakkelijk te bereiken zijn omdat er korte communicatielijnen bestaan. Wel werd aangegeven dat ketenpartners weinig (inhoudelijke) terugkoppeling ontvangen na een doorverwijzing. Sommige ketenpartners missen dit: *“Als je dan een keer iemand verwijst (...) dan volgt er niets vanuit de jeugdverpleegkundigen, geen berichtje terug, van dit hebben we gedaan, dit is de uitkomst. Dus ik weet niet of dat dan aangekomen is”*.

Terugkoppeling is tevens belangrijk volgens enkele ketenpartners zodat zij hier een volgende keer dat ze de ouder of het kind zien bij aan kunnen sluiten.

Ketenpartners vinden het aanmeldproces van een kind lastig en benoemden hier meerdere redenen voor. Ten eerste is het aanmeldsysteem complex vanwege privacywetgeving en het feit dat verschillende organisaties met verschillende computersystemen werken. Ten tweede kost het extra tijd in een consult om overgewicht bespreekbaar te maken én uit te zoeken hoe een aanmelding werkt. Deze tijd is niet altijd beschikbaar. Ten slotte werd benoemd dat ouders en kinderen niet meteen geholpen kunnen worden na aanmelding wegens drukte, dit belemmert ketenpartners in het aanmelden: *“Op het moment dat het ijzer warm is, dan moet je ook zorgen dat die mensen eigenlijk binnen twee weken terecht kunnen. En als er dan weer zes weken overheen gaat, ja dan is het weg”*.

**Fittesten en fitgesprekken.** De ervaringen met de fittesten zijn overwegend positief. De combinatiefunctionarissen gaven aan dat kinderen er positief op reageren. De resultaten helpen de combinatiefunctionarissen om hun gymlessen beter af te stemmen op de specifieke behoeften van een klas of leerling en helpen hen om in gesprek te gaan met ouders doordat observaties nu concreet ondersteund worden.

De combinatiefunctionarissen en jeugdverpleegkundigen zijn kritisch op de inrichting van het fitgesprek. Ze vonden het over het algemeen leuke gesprekken waarin het vooral *“gewoon bevestiging en een schouderklopje geven is, en zeggen ‘ga vooral zo door’”* (Ketenpartner). Ze vonden het hierdoor echter een grote tijdsinvestering die zich niet altijd uitbetaalt. Het gesprek is vrijwillig en *“wat je wel een beetje merkt, is dat degene die je het liefst op gesprek hebt, die zie je niet altijd”* (Ketenpartner). Daarnaast benoemden ze dat het niet altijd toegevoegde waarde heeft als de jeugdverpleegkundige aanwezig is bij het gesprek, zeker als het goed gaat met het kind: *“Het brengt gewoon niets op. Want ik zat erbij, en ik dacht echt, wat moet ik hier mee doen? Ouders hadden helemaal geen vragen voor mij”* (Jeugdverpleegkundige).

Professionals vinden het echter wel goed om fitgesprekken te voeren omdat er extra aandacht is voor leefstijl op school en het een eye-opener kan zijn voor ouders. Ook is het een laagdrempelige manier om een eventuele doorverwijzing naar de jeugdverpleegkundige te maken.

**Op huisbezoek.** Alle jeugdverpleegkundigen gaven aan dat het lastig is om op huisbezoek te komen en een plan van aanpak te maken als ouders niet gemotiveerd zijn. Soms lukt het jeugdverpleegkundigen niet en dan *“gaan we niet trekken aan een dood paard. (...) Als mensen echt niet willen, dan kunnen we alleen maar benoemen wat de gezondheidsrisico's zijn en benoemen dat ze bij ons terecht kunnen als ze wel willen”*. Als ouders en kinderen wel gemotiveerd zijn, vinden jeugdverpleegkundigen het erg prettig om met KoOss te werken.

**Continuatie.** Alle participanten benoemden dat KoOss hun werkwijze met betrekking tot overgewicht bij kinderen positief heeft veranderd doordat ze bewuster met het onderwerp bezig zijn en beter weten hoe ze moeten handelen.

Professionals misten echter feedback over de resultaten van KoOss: *“Dat je dan ook de resultaten ziet. Dat geeft ook wel weer een boost aan je werkwijze (...) dat je gewoon ziet, het heeft resultaat, het werkt!”* (Ketenpartner). Naast motivatie levert dit ook aandachtspunten op om KoOss te verbeteren. Tevens benoemden meerdere professionals dat het belangrijk is om elkaar te blijven voeden over KoOss omdat het tijd kost om een nieuwe werkwijze eigen te maken. Sommige professionals hebben dit punt al bereikt, anderen nog niet: *“Als ik nu een ketenaanpak heb, dan ga ik in mijn papieren (...). Dat doe ik nog niet op de automatische piloot”* (Jeugdverpleegkundige). Ten slotte benoemden vier professionals dat het belangrijk is dat KoOss de kans moet krijgen om verder te ontwikkelen en hierin (financiële) ondersteuning van de gemeente krijgt.

### **Implementatiedeterminanten**

Professionals benoemden meerdere bevorderende en belemmerende determinanten in het werken met KoOss die overeenkomen met de MIDI (Fleuren et al., 2014b) en die zijn samengevat in Tabel 1. De determinanten die hierboven nog niet zijn benoemd, worden hieronder toegelicht.

**Organisatie.** Meerdere professionals gaven aan dat beperkte tijd hen belemmert om goed met KoOss te kunnen werken. Dit is een reden dat ketenpartners er soms voor kiezen om het gesignaleerde overgewicht niet bespreekbaar te maken. Ook benoemde een jeugdverpleegkundige soms niet op huisbezoek te gaan vanwege de tijdsinvestering. Daarnaast ervaren niet alle professionals evenveel steun van hun werkgever in het werken met KoOss. Jeugdverpleegkundigen gaven aan dat het een speerpunt van de werkgever is terwijl enkele ketenpartners deze steun missen.

**Professionals.** Professionals verschillen in de benodigde kennis en vaardigheden om KoOss goed uit te kunnen voeren. Ketenpartners gaven aan over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken terwijl dit bij de jeugdverpleegkundigen anders lag. Een deel van hen heeft namelijk extra training gehad gericht op gespreksvoering bij overgewicht. Jeugdverpleegkundigen die de training niet hebben gevolgd benoemden dat scholing hen zou helpen bij het bespreken van overgewicht.

Jeugdverpleegkundigen gaven aan dat het hele team KoOss belangrijk vindt en elkaar steunt om hiermee te werken. Ketenpartners ervaren echter wisselende steun van hun collega's om met KoOss te werken en merken dat nog niet alle ketenpartners in de regio volgens deze werkwijze werken.

**Innovatie.** Professionals vinden de stroomschema's erg helpend omdat hierin per beroepsgroep overzichtelijk weergegeven is welke stappen uitgevoerd moeten worden bij het signaleren en behandelen van een kind met overgewicht. Drie professionals missen echter een hulpmiddel. Ze willen ouders en kinderen graag informatie over KoOss meegeven zodat ze dit thuis kunnen nalezen en bespreken. Hierbij is het belangrijk om duidelijk uit te leggen wat KoOss inhoudt. Meerdere professionals benoemden namelijk dat ouders soms verkeerde verwachtingen hebben:

*“Dan zegt een gezin ‘oh ik dacht dat er een heel team zou zijn met allemaal...’, dus dat een gezin ook een heel verkeerd beeld heeft van wat de ketenaanpak überhaupt is (...) en vaak*



*helemaal niet in de gaten heeft dat ze echt in die ketenaanpak zitten” (Jeugdverpleegkundige).*

Tabel 1

*Overzicht Implementatiedeterminanten*

<b>Innovatiedeterminanten</b>	<b>Bevorderende determinanten</b>	<b>Belemmerende determinanten</b>
	<b>Jeugdverpleegkundigen</b>	<b>Jeugdverpleegkundigen</b>
<b>Sociaal-politieke context</b>	KoOss sluit aan bij een maatschappelijk probleem	
<b>Organisatie<sup>a</sup></b>	De werkgever ondersteunt het werken met KoOss	Deels ondersteuning vanuit de werkgever voor KoOss
		Onvoldoende tijd om goed met KoOss te werken
		Feedback over het implementatieproces en de resultaten van KoOss ontbreekt
<b>Professionals<sup>a</sup></b>	KoOss is een goede manier om de doelen van kinderen en ouders te bereiken	
	KoOss is een professionele verplichting	
	KoOss is relevant voor ouders en kinderen	
	Sociale steun van collega's om te werken met KoOss	Weinig tot geen sociale steun van collega's om te werken met KoOss
	Voldoende kennis om met KoOss te kunnen werken	Niet alle kennis en vaardigheden zijn aanwezig om goed met KoOss te kunnen werken
	Op de hoogte van KoOss	
<b>Innovatie</b>	De procedure van KoOss is helder	Niet alle materialen zijn aanwezig om goed met KoOss te kunnen werken
	KoOss is compatibel met de werkwijze	KoOss is niet compatibel met de werkwijze van de huisarts
		KoOss is niet compatibel met de werkwijze van enkele ketenpartners
	Ouders en kinderen zijn tevreden over KoOss (inschatting)	

*Noot.* De innovatiedeterminanten zijn ontleend aan Fleuren en collega's (2014b).

<sup>a</sup> Enkele ketenpartners zijn zelfstandigen met een eigen praktijk en hebben geen werkgever of directe collega's die hen kunnen ondersteunen in het werken met KoOss.

### Procesevaluatie Ouders

Beide ouders waren enthousiast om met KoOss te starten omdat het fijn is als iemand anders meekijkt: *“Het kan zijn dat je dingen zelf over het hoofd ziet, iemand anders zit er toch weer anders in”*. Ook benoemden ze dat het prettig is dat jeugdverpleegkundigen op huisbezoek komen en goed bereikbaar zijn voor vragen: *“Als er iets is, pakt ze het meteen op. Echt een pluim voor haar!”*. Ook werd benoemd dat jeugdverpleegkundigen goed luisteren naar de vragen en behoeften die ouders hadden, de jeugdverpleegkundige zei bijvoorbeeld *“De regie blijft bij jezelf (...) Wat is jouw insteek?”*.

### Impact-assessment Professionals

**Bereik en uitval.** Er zijn nog geen kwantitatieve gegevens beschikbaar over het bereik en de uitval van KoOss, dit wordt momenteel wel gemonitord. Wel benoemden jeugdverpleegkundigen dat het niet bij ieder kind met overgewicht nodig is om KoOss te starten: *“Soms zijn ze wel geholpen met een consultje en een paar adviezen en dan (...) moeten we vooral niet meer willen doen”*.

Ketenpartners zeiden dat ze het overgewicht van het kind, en een eventuele doorverwijzing naar de jeugdverpleegkundigen, niet altijd ter sprake brengen bij het kind en de ouders. Dit was afhankelijk van de ruimte die de ketenpartner voelde om het onderwerp bespreekbaar te maken en de beschikbare tijd in het consult. Wanneer KoOss wel geïntroduceerd wordt, staan niet alle gezinnen hiervoor open. Ook hier zijn nog geen kwantitatieve gegevens over beschikbaar.

**Ervaren nut.** Professionals maken de inschatting dat ouders en kinderen KoOss als nuttig ervaren vanwege de brede blik, het meedenken en de ketensamenwerking. Dit blijkt onder andere uit het feit dat (een deel van de) ouders open staat voor KoOss en het traject doorloopt.

**Ervaren doelrealisatie.** Alle professionals gaven aan dat KoOss een goede manier is om het kind te helpen bij het bereiken van een gezond gewicht en het vergroten van diens welzijn. Wel werd benoemd dat dit slechts inschattingen zijn.

Naast verbeterde hulp aan het gezin, zien professionals een verbeterde samenwerking onderling ook als resultaat van KoOss: *“Ik denk dat het een boost geeft aan het systeem. Dus dat je door middel van deze samenwerking überhaupt de samenwerking kunt verbeteren”* (Ketenpartner).

### Impact-assessment Ouders

Beide ouders gaven aan KoOss erg nuttig te vinden omdat ze gericht advies en concrete handvatten hebben ontvangen over hun opvoedvragen. Voorbeelden waren dat het bord van de zoon met stift in drie delen is verdeeld zodat hij zelf kan zien hoe veel groenten, vlees en aardappelen hij mag eten en het ontvangen van gedetailleerde richtlijnen over schermtijd. Ook benoemde een ouder dat het nuttig was dat ze door KoOss niet meer *“van het kastje naar de muur gestuurd”* werd.

Beide ouders gaven aan hun doelen (deels) bereikt te hebben door KoOss: *“Voor mij zit het goed. (...) Wat ik zocht, heb ik gevonden”*. Ook gaven beide ouders aan dat ze door KoOss minder twijfelen aan hun opvoeding en zich zekerder voelen.

### **Toekomstvisie van Professionals en Ouders**

Participanten zijn over het algemeen tevreden over de uitvoering van KoOss. Ouders gaven KoOss een ruime 4,5 op een schaal van 1 – 5. Jeugdverpleegkundigen beoordeelden KoOss met gemiddeld een 3,3 omdat *“er echt nog wel wat te halen is, (...) maar de mindset is er, het begin van de samenwerking is er en je ziet kleine succesjes”*. Ketenpartners gaven gemiddeld een 3,6.

Professionals deden een aantal suggesties om de uitvoering van KoOss te verbeteren. De meest voorkomende suggestie is het verbeteren van de communicatie en samenwerking in de keten. Ketenpartners kunnen meer doorverwijzen naar jeugdverpleegkundigen en de wederzijdse terugkoppeling kan sterker. Verder benoemden vier jeugdverpleegkundigen het extra scholen van jeugdverpleegkundigen in het werken met KoOss als verbeterpunt. Ten derde noemden drie professionals het ontwikkelen van een website of flyer voor kinderen en ouders over KoOss als verbeterpunt zodat zij goed geïnformeerd zijn en juiste verwachtingen hebben. Ten slotte werd de suggestie gedaan om de fitgesprekken in de toekomst anders in te richten door bijvoorbeeld de combinatiefunctionarissen meer gesprekken alleen te laten voeren.

Daarnaast benoemden professionals de wens om KoOss verder te verspreiden onder professionals in gemeente Oss om de kracht en het bereik van de ketensamenwerking te vergroten. Ook zou in de toekomst de samenwerking uitgebreid kunnen worden naar scholen, sportclubs en kinderdagverblijven.

### **Discussie**

In dit onderzoek is de implementatie van KoOss geëvalueerd op basis van de evaluatiehiërarchie (Rossi et al., 2004), de MIDI (Fleuren et al., 2014b) en de outcome-indicatoren van Van Yperen en collega's (2014).

#### **Procesevaluatie**

Professionals en ouders waren over het algemeen tevreden over het werken met KoOss. KoOss biedt professionals een alternatief om overgewicht bij kinderen effectiever aan te pakken en ouders voelen zich gehoord. Omdat het implementeren van een nieuwe werkwijze een complex proces is (Fleuren et al., 2014b), zijn er in lijn met de verwachting desalniettemin verbeterpunten; zoals het optimaliseren van de ketensamenwerking en de opzet van de fitgesprekken.

Daarnaast werden er, zoals verwacht, door de professionals meerdere determinanten genoemd in het implementatieproces en werken met KoOss (Fleuren et al., 2014a). Belangrijke belemmerende determinanten op het gebied van de organisatie waren beperkte tijd en het ontbreken van feedback over het implementatieproces. Bevorderende determinanten bij de professionals is dat zij KoOss een relevante manier van werken vonden om de doelen van kinderen en ouders te bereiken, waar zij tevreden over waren. Steun bij collega's werd wisselend ervaren en een deel van de jeugdverpleegkundigen miste voldoende kennis om goed met KoOss te kunnen werken. Op het gebied van de innovatie is het bevorderend dat KoOss helder is om mee te werken en dat door professionals

de inschatting gemaakt werd dat ouders en kinderen tevreden zijn over KoOss. Wat belemmerde is dat niet alle materialen aanwezig zijn om goed met KoOss te kunnen werken.

### **Impact-assessment**

De exacte resultaten op het gebied van bereik en uitval zijn onduidelijk gebleven. Overeenkomstig met de verwachting is het lastig om sommige ouders te motiveren voor deelname aan KoOss (Fransen et al., 2012). Het ervaren nut voor kinderen en ouders en de ervaren doelrealisatie van KoOss werd hoog ingeschat door professionals. Ouders vonden KoOss nuttig en benoemden hierbij vooral de concrete adviezen en handvatten thuis. Ook bereikten zij hun doelen met behulp van KoOss en voelden zich zekerder in hun opvoeding.

Professionals en ouders noemden verschillende elementen die eraan bijdragen dat het prettig werkt met KoOss en er resultaat bereikt wordt. Deze elementen komen overeen met de literatuur over het behandelen van overgewicht bij kinderen; zo benoemden participanten de meerwaarde van een integrale samenwerking voor het bereiken van resultaat en is bekend dat het van belang is dat interventies een multidisciplinaire aanpak hebben (De Miguel-Etayo et al., 2013; Huang et al., 2009; McGovern et al., 2008). Ook benadrukten professionals dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan allerlei mogelijke vragen en problemen in het gezin en dit niet te beperken tot voeding en beweging. Ook in de literatuur komt naar voren dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan psychologische, gedragsmatige en sociale factoren (Daniels et al., 2005; Ho et al., 2012; Huang et al., 2009) en de algemene opvoedvaardigheden van ouders (Kitzman-Ulrich et al., 2010; Sleddens et al., 2010). Een derde belangrijk punt is dat de behandeling zich focust op de specifieke vragen en behoeften van het gezin. Ook dit komt terug in de literatuur; om de effectiviteit van een interventie te vergroten is het belangrijk dat de interventie aansluit bij de belevingswereld van ouders en kinderen (Castro et al., 2004; Nation et al., 2014). Ten slotte benoemden professionals het belang van vroegtijdig signaleren en behandelen van overgewicht om verdere problemen te voorkomen. De ketensamenwerking en fittesten dragen hieraan bij en passen bij andere preventieve activiteiten in het gezondheidsbeleid van gemeente Oss (Gemeente Oss, z.d.). In de literatuur wordt tevens benadrukt dat de preventie van overgewicht de voorkeur heeft boven behandeling (De Miguel-Etayo et al., 2013; Han et al., 2010).

Daarnaast is het belangrijk om ouders te betrekken bij het behandelen van overgewicht van hun kind (Kitzmann et al., 2010; Van der Kruk et al., 2013). Dit element werd desondanks niet benoemd door professionals. Twee mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat professionals dit niet hebben genoemd omdat KoOss een gezinsgerichte aanpak hanteert of dat professionals het vanzelfsprekend vinden om ouders te betrekken.

### **Sterke en Zwakke Punten**

Dit onderzoek is een eerste evaluatiestudie naar KoOss en door met een gevarieerde groep representatieve professionals te spreken is de validiteit van het onderzoek vergroot. Toepassing van de evaluatiehiërarchie (Rossi et al., 2004), de MIDI, een gestandaardiseerd meetinstrument voor het

implementeren van innovaties (Fleuren et al., 2014b) en de outcome-indicatoren van Van Yperen en collega's (2014) zorgden voor een theoretische onderbouwing van de studie. De MIDI en outcome-indicatoren bleken nuttige hulpmiddelen om systematisch te kunnen evalueren, alhoewel niet bij alle determinanten dezelfde resultaten werden gevonden omdat er sprake was van verschillende beroepsgroepen en organisaties. De MIDI leverde tevens concrete aanknopingspunten op voor de toekomstige ontwikkeling van KoOss.

Een zwak punt van dit evaluatieonderzoek is de doelgerichte steekproef waardoor de kans bestaat dat positieve participanten oververtegenwoordigd zijn en de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar alle professionals en ouders die werken met KoOss (Baarda et al., 2013). Daarnaast is niet met kinderen gesproken en maar met een zeer beperkt aantal ouders waardoor deze perspectieven onderbelicht zijn gebleven.

### **Implicaties**

**Aanbevelingen voor de praktijk.** Op basis van de positieve resultaten in dit onderzoek wordt aanbevolen om KoOss voort te zetten en de overgang van implementatie- naar continuatiefase te maken, met een vijftal aanbevelingen. Ten eerste kan de ketensamenwerking geoptimaliseerd worden door betere wederzijdse terugkoppeling tussen professionals en een helder aanmeldsysteem waar alle ketenpartners van op de hoogte zijn. Dit vergroot de motivatie van professionals om te werken met KoOss en verkleint bovendien de gevraagde tijdsinvestering. De tweede aanbeveling is om meer jeugdverpleegkundigen te scholen in het werken met KoOss zodat zij zich gesterkt voelen om met ouders en kinderen in gesprek te gaan over (over)gewicht en onderliggende problematiek. Als derde wordt aanbevolen om een website of flyer te ontwikkelen voor ouders en kinderen zodat zij de informatie thuis na kunnen lezen en bespreken, de juiste verwachtingen hebben en mogelijk het bereik vergroot wordt. Ten vierde kunnen de fitgesprekken anders ingericht worden gezien de relatief grote tijdsinvestering in verhouding tot de opbrengst. De combinatiefunctionaris kan een gedeelte van de gesprekken alleen voeren indien er geen vragen of problemen verwacht worden. De laatste aanbeveling is het inzichtelijk maken van de resultaten en het implementatieproces van KoOss en dit verspreiden onder professionals. Hierbij kan gedacht worden aan het aantal trajecten dat loopt, hoe de trajecten gestart zijn en welke (tussentijdse) resultaten geboekt zijn. Dit vergroot de motivatie van professionals om te werken met KoOss én op basis van deze informatie kan het implementatieproces eventueel bijgestuurd worden.

**Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.** Kwantitatief onderzoek naar de effectiviteit van KoOss was in dit onderzoek niet mogelijk maar wordt wel aanbevolen omdat deze kennis nog ontbreekt en een bijdrage kan leveren aan de verdere implementatie van KoOss. Daarnaast wordt ook aanbevolen om de behoeften en ervaringen van ouders en kinderen in het behandelen van overgewicht verder te onderzoeken. Dit kan bijvoorbeeld via een analyse op groepsniveau van de motieven en behoeften van ouders en kinderen op basis van de eerste huisbezoeken, mits deze goed gedocumenteerd zijn. Het perspectief van de doelgroep is onderbelicht in de beschikbare literatuur en

heeft in dit onderzoek slechts minimale aandacht gekregen. Deze kennis kan helpen bij het beter afstemmen van interventies op de behoeften van ouders en kinderen, waardoor het bereik van de interventies vergroot wordt en de uitval verkleind.

### **Conclusie**

KoOss voorziet in een maatschappelijke behoefte om overgewicht bij kinderen preventief en vroegtijdig aan te pakken en de werkwijze is theoretisch onderbouwd. Hoewel de eerste ervaringen in het werken met KoOss en de ervaren resultaten van professionals en ouders positief zijn, vraagt continuatie van de werkwijze om betere onderlinge afstemming, ondersteuning vanuit organisaties en monitoring van de resultaten. KoOss lijkt een veelbelovende werkwijze om gezinnen van kinderen met overgewicht in gemeente Oss op een positieve manier en met aandacht voor de behoeften van het gezin naar duurzame gedragsverandering te begeleiden.

## Referenties

- Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A., Abu-Rmeileh, M., Acosta-Cazares, B., Acuin, C., ... Ezzati, M. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, *390*, 2627-2642. doi:10.1016/S0140-6736(17)32129-3
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., De Goede, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Bastiaans, A. J. C., Baerveldt, C., & Jansen, J. (2012). Opvoedingsondersteuning bij de preventie en aanpak van overgewicht: De rol van opvoedstijlen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, *90*, 160-166. doi:10.1007/s12508-012-0066-0
- Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. Londen, Engeland: Sage.
- Bruss, M. B., Michael, T. J., Morris, J. R., Applegate, B., Dannison, L., Quitugua, J. A., ... Klein, D. J. (2010). Childhood obesity prevention: An intervention targeting primary caregivers of school children. *Obesity*, *18*, 99-107. doi:10.1038/oby.2009.111
- Buttitta, M., Iliescu, C., Rousseau, A., & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: A literature review. *Quality of Life Research*, *23*, 1117-1139. doi:10.1007/s11136-013-0568-5
- Care for Obesity. (z.d.). *Succesvol naar lokale ketenaanpak voor het kind met overgewicht of obesitas*. Geraadpleegd via: <http://www.partnerschapovergewicht.nl/c4o/organisatie/proeftuinen#hoofddoel>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, *5*, 41-45. doi:10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). *Jeugdmonitor, leefstijl: Overgewicht (jongeren 2 tot 25 jaar)*. Geraadpleegd via <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/71851ned/barv?dl=1B4BB&ts=1558432919694>
- Centraal Bureau voor de Statistiek, & Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2019). *Gezondheidsenquête/leefstijlmonitor: Gezond gewicht bij personen van 4 jaar en ouder in 2018*. Geraadpleegd via <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor/gezond-gewicht>
- Cluss, P. A., Ewing, L. J., Long, K. A., Krieger, W. G., & Lovelace, J. (2010). Adapting pediatric obesity treatment delivery for low-income families: A public—private partnership. *Clinical Pediatrics*, *49*, 123-129. doi:10.1177/0009922809346572

- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ*, *320*, 1240. doi:10.1136/bmj.320.7244.1240
- Cole, T. J., & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, *7*, 284–294. doi:10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x
- Dalton III, W. T., & Kitzmann, K. M. (2008). Broadening parental involvement in family-based interventions for pediatric overweight: Implications from family systems and child health. *Family & Community Health*, *31*, 259-268. doi:10.1097/01.FCH.0000336089.37280.f8
- Daniels, S. R., Arnett, D. K., Eckel, R. H., Gidding, S. S., Hayman, L. L., Kumanyika, S., ... Williams, C. L. (2005). Overweight in children and adolescents: Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*, *111*, 1999-2012. doi:10.1161/01.CIR.0000161369.71722.10
- De Miguel-Etayo, P., Bueno, G., Garagorri, J. M., & Moreno, L. A. (2013). Interventions for treating obesity in children. *Evidence-Based Research in Pediatric Nutrition*, *108*, 98-106. doi:10.1159/000351493
- Eneli, I. U., Kalogiros, I. D., McDonald, K. A., & Todem, D. (2007). Parental preferences on addressing weight-related issues in children. *Clinical Pediatrics*, *46*, 612-618. doi:10.1177/0009922807299941
- Fransen, G. A. J., Koster, M., & Molleman, G. R. M. (2012). Towards an integrated community approach of overweight prevention: The experiences of practitioners and policymakers. *Family Practice*, *29* (suppl\_1), i104-i109. doi:10.1093/fampra/cm123
- Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S., (2014a). *Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI)*. Leiden, Nederland: TNO.
- Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2014b). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care*, *26*, 501-510. doi:10.1093/intqhc/mzu060
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, K., & Paulussen, T. G. W. M. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, *16*, 107-123. doi:10.1093/intqhc/mzh030
- Friedman, K. E. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity Research*, *13*, 907-916. doi:10.1038/oby.2005.105
- Gemeente Oss. (z.d.). *Uitvoeringsprogramma 2019: Gezond leven, goed leven. Oss*. [Jaarlijks uitvoeringsprogramma van het gezondheidsbeleid]. Intern document gemeente Oss.
- Goutier, D. (2018). *Opdracht ketenaanpak overgewicht 2019*. [Opdrachtbeschrijving voor projectleiders ketenaanpak]. Intern document gemeente Oss.



- GGD-Hart voor Brabant (2019). Factsheet overgewicht jeugdigen 2018: Oss. Opgevraagd via [www.ggdhvb.nl/onderzoek](http://www.ggdhvb.nl/onderzoek)
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5, 282-304. doi:10.3109/17477160903473697
- Han, J. C., Lawlor, D. A., & Kimm, S. Y. (2010). Childhood obesity. *The Lancet*, 375, 1737-1748. doi:10.1016/S0140-6736(10)60171-7
- Harrison, K., Bost, K. K., McBride, B. A., Donovan, S. M., Grigsby-Toussaint, D. S., Kim, J., ... Jacobsohn, G. C. (2011). Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: The Sic-Cs Model. *Child Development Perspectives*, 5, 50-58. doi:10.1111/j.1750-8606.2010.00150.x
- Ho, M., Garnett, S. P., Baur, L., Burrows, T., Stewart, L., Neve, M., & Collins, C. (2012). Effectiveness of lifestyle interventions in child obesity: Systematic review with meta-analysis. *Pediatrics*, 130, 1647-1671. doi:10.1542/peds.2012-1176
- Huang, T. T., Drewnowski, A., Kumanyika, S. K., & Glass, T. A. (2009). A systems-oriented multilevel framework for addressing obesity in the 21st century. *Preventing Chronic Disease*, 6, A82. Geraadpleegd via <https://www.cdc.gov/pcd/index.htm>
- Janicke, D. M., Steele, R. G., Gayes, L. A., Lim, C. S., Clifford, L. M., Schneider, E. M., ... Westen, S. (2014). Systematic review and meta-analysis of comprehensive behavioral family lifestyle interventions addressing pediatric obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 39, 809-825. doi:10.1093/jpepsy/jsu023
- Kitzmann, K. M., Dalton III, W. T., Stanley, C. M., Beech, B. M., Reeves, T. P., Buscemi, J., ... Midgett, E. L. (2010). Lifestyle interventions for youth who are overweight: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 29, 91-101. doi:10.1037/a0017437
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D. K., George, S. M. S., Lawman, H., Segal, M., & Fairchild, A. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 231-253. doi:10.1007/s10567-010-0073-0
- Kumanyika, S. K. (2008). Environmental influences on childhood obesity: Ethnic and cultural influences in context. *Physiology & Behavior*, 94, 61-70. doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.019
- Lachal, J., Orri, M., Speranza, M., Falissard, B., Lefevre, H., Qualigramh, QUALIGRAMH, ... Revah-Levy, A. (2013). Qualitative studies among obese children and adolescents: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 14, 351-368. doi:10.1111/obr.12010
- Lindelof, A., Nielsen, C. V., & Pedersen, B. (2010). Obesity treatment—more than food and exercise: A qualitative study exploring obese adolescents' and their parents' views on the former's obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 5073. doi:10.3402/qhw.v5i2.5073

- Lundahl, A., Kidwell, K. M., & Nelson, T. D. (2014). Parental underestimates of child weight: A meta-analysis. *Pediatrics*, *133*, e689-e703. doi:10.1542/peds.2013-2690
- McGovern, L., Johnson, J. N., Paulo, R., Hettinger, A., Singhal, V., Kamath, C., ... Montori, V. M. (2008). Treatment of pediatric obesity: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *93*, 4600-4605. doi:10.1210/jc.2006-2409
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Nationaal Preventieakkoord: Naar een gezonder Nederland*. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>
- Murtagh, J., Dixey, R., & Rudolf, M. (2006). A qualitative investigation into the levers and barriers to weight loss in children: Opinions of obese children. *Archives of Disease in Childhood*, *91*, 920-923. doi:10.1136/adc.2005.085712
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, *58*, 449-456. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.449
- Ng, M., Flemings, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N. B. S., Margono, C. B. S., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, *384*, 766-781. doi:10.1016/S0140-6736(14)60460-8
- Owen, C. G., Whincup, P. H., Orfei, L., Chou, Q. A., Rudnicka, A. R., Wathern, A. K., ... Cook, D. G. (2009). Is body mass index before middle age related to coronary heart disease risk in later life? Evidence from observational studies. *International Journal of Obesity*, *33*, 866-877. doi:10.1038/ijo.2009.102
- Parry, L. L., Netuveli, G., Parry, J., & Saxena, S. (2008). A systematic review of parental perception of overweight status in children. *The Journal of Ambulatory Care Management*, *31*, 253-268. doi:10.1097/01.JAC.0000324671.29272.04
- Rees, R. W., Caird, J., Dickson, K., Vigurs, C., & Thomas, J. (2014). 'It's on your conscience all the time': A systematic review of qualitative studies examining views on obesity among young people aged 12–18 years in the UK. *BMJ Open*, *4*, e004404. doi:10.1136/bmjopen-2013-004404.
- Rees, R., Oliver, K., Woodman, J., & Thomas, J. (2011). The views of young children in the UK about obesity, body size, shape and weight: A systematic review. *BMC Public Health*, *11*, 188. doi:10.1186/1471-2458-11-188
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7e ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sufi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *4*, 187-192. doi:10.4103/2249-4863.154628
- Schalkwijk, A. A. H., Nijpels, G., Bot, S. D. M., Chin A Paw, M. J. M., Renders, C. M., & Elders, P. J. M. (2016). Lessons learned from the implementation of Dutch national healthcare guidelines on childhood obesity. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *160*, D525. Geraadpleegd via <https://www.ntvg.nl/>
- Schönbeck, Y., Talma, H., Van Dommelen, P., Bakker, B., Buitendijk, S. E., HiraSing, R. A., & Van Buuren, S. (2011). Increase in the prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: A comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *PLoS ONE*, *6*, e27608. doi:10.1371/journal.pone.0027608
- Sherry, B., & Dietz, W. H. (2004). Pediatric overweight: An overview. In G. A. Bray, & C. Bouchard (Eds.), *Handbook of obesity: Etiology and pathophysiology* (pp. 117-134). New York: Marcel Dekker.
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W. Van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, *9*, 474-488. doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x
- Sijben, M., Van der Velde, M., Van Mil, E., Stroo, J., & Halberstadt, J. (2018). *Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas*. Geraadpleegd via [https://www.ketenaanpakovergewichtkinderen.nl/images/Inhoud\\_ketenaanpak/Landelijk\\_model\\_digitaal.pdf](https://www.ketenaanpakovergewichtkinderen.nl/images/Inhoud_ketenaanpak/Landelijk_model_digitaal.pdf)
- Sleddens, E. F. C., Gerards, S. M. P. L., Thijs, C., De Vries, N. K., & Kremers, S. P. J. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. *International Journal of Pediatric Obesity*, *6*(sup3), e12-27. doi:10.3109/17477166.2011.566339
- Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A. R., Poustie, V., & Reilly, J. J. (2008). Parents' journey through treatment for their child's obesity: A qualitative study. *Archives of Disease in Childhood*, *93*, 35-39. doi:10.1136/adc.2007.125146
- Straus, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, *105*, e15. doi:10.1542/peds.105.1.e15
- Tang-Péronard, J. L., & Heitman, B. L. (2008). Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obesity Reviews*, *9*, 522-534. doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00509.x
- Turner, K. M., Salisbury, C., & Shield, J. P. (2011). Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: A qualitative study. *Family Practice*, *29*, 476-481. doi:10.1093/fampra/cm111

- Van der Kruk, J. J., Kortekaas, F., Lucas, C., & Jager-Wittenaar, H. (2013). Obesity: A systematic review on parental involvement in long-term European childhood weight control interventions with a nutritional focus. *Obesity Reviews*, *14*, 745-760. doi:10.1111/obr.12046
- Van Yperen, T., De Wilde, E. J., & Keuzenkamp, S. (2014). *Outcome in zicht: Werken met prestatie-indicatoren in de jeugdhulp*. Geraadpleegd via <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Outcome-in-zicht-Werken-met-prestatie-indicatoren-in-de-jeugdhulp.pdf>
- Yilmaz, N. G., Renders, C. M., Nicolaou, M., & Vrijkotte, T. (2016). De invloed van de voedingspraktijken van ouders op de BMI van het kind: Resultaten van een multicultureel cohort. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, *48*, 120-125. doi:10.1007/s12452-016-0084-4
- Young, K. M., Northern, J. J., Lister, K. M., Drummond, A., & O'Brien, W. H. (2007). A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clinical Psychology Review*, *27*, 240-249. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.003

## Bijlage A

## Interviewgide Professionals

Inleiding onderzoek en toestemmingsverklaring (5 min.)

- Kennismaken.
- Informatiebrief gelezen?
- Onderzoeksachtergrond en –doel kort toelichten:
  - Sinds 2016 is Oss proeftuingemeente voor de ketenaanpak overgewicht bij kinderen. De gemeente en haar partners willen de aanpak blijven ontwikkelen.
  - Daarom is het belangrijk om de ervaringen te horen van kinderen, ouders en professionals die ervaring hebben met de ketenaanpak. Deze informatie kan helpen om de aanpak te verbeteren. Vandaar dat ik nu met jou in gesprek ben.
- Het interview wordt opgenomen, de opname wordt na afloop van het onderzoek verwijderd. Alle informatie wordt anoniem verwerkt en je mag altijd stoppen met het onderzoek.
- Heb je nog vragen?
- Toestemmingsverklaring tekenen & geluidsopname starten.

Interviewvragen**Algemeen**

1. Zou je eerst wat over jezelf en je werk willen vertellen?
2. Wat is jouw visie op overgewicht en obesitas bij kinderen?

**Procesevaluatie (20 min.)**Fase 1 – Disseminatie

3. Wat weet je van de ketenaanpak overgewicht? Ben je op de hoogte van het landelijk model?
4. Hoe ben je in aanraking gekomen met deze ketenaanpak?

Fase 2 – Adoptie

5. Wat was jouw eerste reactie toen je hoorde over de ketenaanpak?
6. Hoe vond je het om er mee te gaan werken?
7. Wat was voor jou positief en/of negatief in de aanpak?
8. Wat maakte dat je met deze aanpak bent gaan werken?

Fase 3 – Implementatie

9. Wat zijn jouw ervaringen met de ketenaanpak?
10. Kan je een voorbeeld geven van een gezin waar het goed gaat? Hoe komt dat?
11. Kan je een voorbeeld geven van een gezin waar het minder goed gaat? Hoe komt dat?
12. Wat is jouw rol in deze ketenaanpak? Waar let je specifiek op bij het uitvoeren van jouw rol in de ketenaanpak? Zou je voor nog meer dingen aandacht moeten hebben?

13. Voel je je onderdeel van deze ketenaanpak? Waarom wel/niet?
14. Kan je specifiek aangeven wat er goed gaat rondom de volgende thema's en wat nog knelpunten zijn?
- Het gebruik van stroomschema's
  - Het doorverwijzen
  - Het contact/samenwerken met andere professionals
  - Het contact met het kind
  - Het contact met de ouders.
  - Je eigen rol in de ketenaanpak
  - Afhankelijk van functie (jeugdverpleegkundige GGD & combinatiefunctionaris): de fittest & het fitgesprek
15. De fittest en het fitgesprek zijn uniek voor Oss en komen niet voor in het landelijk model van de ketenaanpak. Wat vind jij van deze toevoeging in de aanpak? Meerwaarde?
16. Hoe denk je dat kinderen de aanpak ervaren? Wat vinden ze fijn? Wat vinden ze minder fijn?
17. Hoe denk je dat ouders de aanpak ervaren? Wat vinden ze fijn? Wat vinden ze minder fijn?

#### Fase 4 – Continuatie

18. Is de manier waarop je werkt met kinderen met overgewicht en obesitas veranderd door de ketenaanpak? Wat is er anders?
19. De aanpak is nog erg nieuw, maar zou je al kunnen zeggen dat je het gewend bent om met de ketenaanpak te werken? Is het onderdeel van jouw werkwijze geworden?
20. Wat heb je hier eventueel nog voor nodig?
21. Vind je dat de aanpak van kinderen met overgewicht en obesitas beter is geworden door de ketenaanpak dan voorheen? Wat maakt deze aanpak beter?

#### **Belemmerende en bevorderende determinanten (15 min.)**

22. Wat helpt jou om goed te kunnen werken met de ketenaanpak en wat belemmert jou daarbij? Indien nodig specifiek ingaan op de volgende 4 categorieën, voor zover in bovenstaande nog niet benoemd:
- De interventie zelf: is de ketenaanpak en relevantie duidelijk, past het bij huidige werkwijze (compatibel).
  - Doelgroep: sociale steun van collega's, voldoende kennis over ketenaanpak, geloof dat je het kan, persoonlijke overtuigingen, verwachtte meerwaarde van ketenaanpak.
  - Organisatie: steun door de organisatie voor de ketenaanpak, voldoende personeel/geld/tijd/middelen beschikbaar, een coördinator, voldoende informatie beschikbaar/duidelijkheid over werken met de ketenaanpak (+waar vinden indien nodig?).
  - Sociaal-politieke context: wet- en regelgeving > ondersteunend voor ketenaanpak?

23. Wat heb je nog nodig om goed te kunnen werken met de ketenaanpak? Hoe zou dit gerealiseerd kunnen worden?

### **Impact-assessment (15 min.)**

#### Prestatie-indicator 1: Bereik en uitval

24. Komt het voor dat ouders en kinderen afspraken afzeggen? Of het traject beëindigen? Heb je een idee waarom ze dat doen?

#### Prestatie-indicator 2: Tevredenheid over het ervaren nut

25. Kan je inschatten of ouders en kinderen de aanpak nuttig vinden? Evalueren jullie dit zelf ook tijdens een traject?

#### Prestatie-indicator 3: Ervaren doelrealisatie

26. Heb je het gevoel dat met deze aanpak de doelen van het gezin behaald worden? Waarom wel/niet? Wat zou hier nog voor moeten veranderen?

#### Vragen los van de prestatie-indicatoren

27. Wanneer heb je het gevoel dat je succesvol of effectief bezig bent in de ketenaanpak?

28. Als je de ketenaanpak als geheel een cijfer moet geven, wat zou het dan zijn? Een 5 is heel erg goed, en een 1 is helemaal niet goed. Kun je dit cijfer uitleggen?

29. Wanneer scoort de aanpak een 5? Dus, wat zou jij doen als je de aanpak mag verbeteren?

30. Wat vind je sterke punten in deze aanpak? Waarom?

31. Mis je nog dingen in de aanpak? Wat dan?

32. Heb je enig idee of jouw mening overeenkomt met die van collega's van jou? Waarin wel/niet? Eventueel naam vragen en mogelijkheid tot extra interview.

### **Informatie professional & laatste vraag (5 min.)**

Ik zou ook graag nog wat persoonlijke informatie van je krijgen. Zou je dit in willen vullen?

1.	Leeftijd	
2.	Geslacht	
3.	Aantal jaren werkervaring	
4.	Aantal jaren werkervaring met de ketenaanpak overgewicht	
5.	Aantal kinderen (4-12 jaar) met overgewicht gezien door jou afgelopen jaar	
6.	Aantal kinderen (4-12 jaar) met overgewicht in een traject binnen de ketenaanpak gebracht	
7.	Ervaren werkdruk (1 = heel laag, 10 = heel hoog)	

33. Wil je nog iets anders zeggen over de ketenaanpak?

34. Wat vond je van het gesprek?

Afsluiting

Bedankt voor je tijd en het delen van je ervaringen. Mocht je naderhand nog wat willen vertellen, mag je me altijd bellen/mailen. Mocht ik iets vergeten zijn, mag ik dan nog een keer bellen/mailen?

Als ik mijn interviews heb afgerond ga ik aan de slag met het uitwerken ervan en het schrijven van mijn verslag. Ik verwacht eind juni klaar te zijn. Vind je het leuk om dan een samenvatting van het onderzoek te ontvangen?



Bijlage B  
Interviewguide Ouders

Inleiding onderzoek en toestemmingsverklaring

- Kennismaken.
- Informatiebrief gelezen?
- Onderzoeksachtergrond en –doel kort toelichten:
  1. Sinds 2016 is Gemeente Oss begonnen met de ketenaanpak overgewicht bij kinderen. Zal ik dit nog even kort toelichten? → fittest, fitgesprek, plan van aanpak met jeugdverpleegkundige GGD. OF: via doorverwijzing andere professional naar jeugdverpleegkundige GGD.
  2. De gemeente wil de aanpak verbeteren. Daarom is het belangrijk om de ervaringen te horen van kinderen, ouders en professionals die er ervaring mee hebben. Deze informatie kan helpen om de aanpak te verbeteren. Vandaar dat ik nu met jou in gesprek ben.
- Het interview wordt opgenomen, de opname wordt na afloop van het onderzoek verwijderd. Alle informatie wordt anoniem verwerkt en je mag altijd stoppen met het onderzoek.
- Heb je nog vragen?
- Toestemmingsverklaring tekenen & geluidsopname starten.

Interviewvragen

**Algemene vragen (5 min.)**

1. Kan je iets vertellen over je gezin? Partner/kinderen?
2. Hoe lang werk je al met het plan van aanpak dat je samen met de jeugdverpleegkundige hebt gemaakt?
3. Werk je ook samen met andere professionals bij dit plan? Bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of diëtiste?

**Procesevaluatie (15 min.)**

Fase 1 – Disseminatie

4. Hoe ben je in aanraking gekomen met de ketenaanpak?

Fase 2 – Adoptie

5. Wat was jouw eerste reactie toen je hoorde over de fittest? En over de ketenaanpak?
6. Wilde je begeleiding krijgen op deze manier? Wat heeft gemaakt dat je 'ja' hebt gezegd?

Fase 3 – Implementatie

7. Kan je iets vertellen over jouw ervaringen met de ketenaanpak?  
Eerst open vertellen, dan indien relevant:

- a. De fittest op school (informatie duidelijk? verhalen van kind?)
  - b. Het fitgesprek (sfeer, duidelijkheid, waar het over ging, contact met professionals)
  - c. Eventueel: het contact met professional die je doorverwees
  - d. De gesprekken met de jeugdverpleegkundige (sfeer, duidelijkheid)
  - e. Het maken van een plan van aanpak
  - f. Het werken met het plan van aanpak
  - g. Eventueel: contact met andere professionals
8. Ik wil het graag nog even wat uitgebreider hebben over het maken van het plan van aanpak met de jeugdverpleegkundige. Hoe vind je het om zelf mee te denken over de doelen in het plan van aanpak?
9. Heb je het gevoel dat de jeugdverpleegkundige goed luistert naar wat jij wil veranderen?
10. Hoe vind je het om te praten met de jeugdverpleegkundige? Wat vind je fijn? Wat vind je minder fijn?
11. Heb je het gevoel dat je alles kan vertellen in het gesprek? Ook dingen die niet over gewicht en eten gaan.
- Indien relevant ook vragen voor andere professionals.

Fase 4 – Continuatie: n.v.t.

### **Impact-assessment (5 min.)**

#### Prestatie-indicator 1: Bereik en uitval

12. Heb je er wel eens over nagedacht om te stoppen met de begeleiding? Waarom ben je toch doorgedaan?

#### Prestatie-indicator 2: Tevredenheid over het ervaren nut

13. Hoe zou je het vinden als je deze begeleiding niet kreeg? Wat zou er dan anders zijn?
14. Hoe nuttig vind je de begeleiding die je krijgt op een schaal van 1 – 5? Kun je uitleggen waarom je dit cijfer geeft?

#### Prestatie-indicator 3: Ervaren doelrealisatie

15. Wat levert deze aanpak jou en je gezin dan op?
16. Denk je dat je op deze manier de doelen in het plan van aanpak haalt? Waarom wel/niet?
17. Hoe tevreden ben je over het bereikte resultaat op een schaal van 1 – 5? Kun je uitleggen waarom je dit cijfer geeft?

#### Vragen los van prestatie-indicatoren

18. Als je de ketenaanpak in zijn geheel een cijfer moet geven, wat zou het dan zijn? Een 5 is heel erg goed, en een 1 is helemaal niet goed. Kan je dit cijfer uitleggen?
19. Wat vind je goed aan de ketenaanpak? Waarom?
20. Wat kan er nog beter in de aanpak? (Dus: wat moet er gebeuren om een 5 te scoren?)

**Afsluitende vragen**

21. Wil je nog iets anders zeggen over de ketenaanpak?

22. Wat vond je van het gesprek?

Afsluiting

Bedankt voor je tijd en het delen van je ervaringen. Mocht je naderhand nog wat willen vertellen, mag je me altijd bellen/mailen. Mocht ik iets vergeten zijn, mag ik dan nog een keer bellen/mailen?

Als ik mijn interviews heb afgerond ga ik aan de slag met het uitwerken ervan en het schrijven van mijn verslag. Ik verwacht eind juni klaar te zijn. Vind je het leuk om dan een samenvatting van het onderzoek te ontvangen?

Bijlage C  
Codelijst

Code			Interviews	Referenties
<b>Disseminatie</b>				
Goed op de hoogte			11	14
Hoe kennis gemaakt			10	13
<b>Adoptie</b>				
Eerste reactie				
	Enthousiast		12	15
	Kritisch bereiken resultaat		3	3
Reden werken met Kooss				
	Affiniteit onderwerp		6	8
	Hoort bij werk		5	12
	Huidige werkwijze onvol. Effectief		8	17
	Maatschappelijk probleem		6	8
<b>Implementatie</b>				
Aandachtspunten				
	Brede blik, wat speelt er?		7	19
		Nog aandacht gewicht?	5	8
		Stapje terug op vraag	3	3
	Beladen ond.		6	9
		Bang oordelen anderen	3	4
		Geen goede ouder	1	2
	Coördinerende rol		4	5
	Gezin moet het doen		3	4
	Kijken klik gezin, band opbouwen		2	6
	Luisteren wens ouders		8	9
	Naast gezin staan		3	5
	Normaliseren leefstijl ik opvoeding		1	4
	Oppassen medicalisering overgewicht		2	3
	Oppassen ondergewicht		2	3
	Uitleg helpt bij motivatie ouders		2	2
	Warme overdracht		1	2
Hulpmiddelen Kooss				
	Brede anamnese fijn kernteam		4	5
		Past niet altijd bij gesprek	1	3
	Stroomschema overzichtelijk		9	13
		Niet iedereen gebruikt het	2	4
Samenwerking vanuit JVK				
	Fijn met andere disciplines		7	14
	Moeilijk afstemmen HA		4	9
		Goed in Berghem (wg)	2	2
	Weinig terugkoppeling BJG		2	2
Samenwerking vanuit ketenpartners				
	Goed, korte lijntjes		2	4
	Nog weinig met BJG		1	2
		Toeleiding BJG onduidelijk	1	5
		Toeleiding GGD duidelijk	1	3
	Weinig (inhoudelijke) terugkoppeling		3	11
		Aansluiten bij terugkoppeling	4	8
Kooss goed om mee te werken			4	5
Lastige ervaringen JVK				
	BMI klopt niet altijd		1	4
		Onvol. kennis handelen	1	2
	Geen motivatie ouders huisbezoek		7	13
		Anders op CB	3	3
		Gezin even laten	5	7
	Heel gezin te zwaar		2	3

Nieuwe aanpak beter dan oude			10	16
Onderdeel voelen Kooss				
	Niet heel erg		3	6
	Voel me onderdeel		10	13
		Projectgroep helpt	3	4
Voorbeelden			8	26
<b>Continuatie</b>				
	Evalueren			
		Aandacht blijven geven	4	11
		Inzicht resultaat motiveert	5	10
	Verandering manier van werken			
		Bewuster mee bezig	7	10
		Eigen door te doen	6	7
		Weten wat je moet doen	2	3
		Nog niet eigen gemaakt	5	6
		Voelt natuurlijk, gewend	6	9
		Ervaring nodig inbedding	7	13
		Jarenlange commitment	5	10
		GGD brede implementatie	2	4
<b>Bevorderende factoren</b>				
Gesteund door organisatie			6	9
Interventie duidelijk			11	17
	Korte uitleg helpt		2	2
Relevantie duidelijk			8	8
Compatibel			8	9
Gesteund door collega's			6	6
	Deels		1	1
Meerwaarde verwacht			6	6
Past in samenleving			7	10
Laagdrempelige com. Partners			2	2
<b>Belemmerende factoren</b>				
Tijdsdruk			6	10
	Hoeft niet in 1 wk		3	3
Meer kennis/scholing nodig			2	3
Geen speerpunt in org.			1	4
Eigen tijd zelfstandigen			1	2
	Fin. vergoeding vanuit gemeente		1	4
Drempels aanmelden				
	Com. tussen partnersmoeilijk		4	5
		Privacywetgeving lastig	4	5
		Sillo kan helpen	1	1
		Verschillende pc systemen	5	14
	Kost extra tijd in consult		2	7
		Kom later voor terug	1	1
		Mensen andere hulpvraag	3	6
	Preventie geen taak HA		2	6
		HA niet veel aangemeld	2	3
		Niet alles compatibel	1	3
	Wachttijd hulp		5	7
<b>Ervaren resultaat</b>				
Waarom resultaat?				
	Geen focus op gewicht, breed		9	14
		Kind in context voor succes	4	6
		Vaak gewicht dan beter	1	1
	Kleine stapjes en doeln		3	8
	Meer tijd met gezin		2	2
	Ouders zelf in actiestand		2	2
	Plan voor DIT gezin, minder advies		6	13
	Voorlichting gezonde voeding		1	1
	Ketensamenwerking			
		Coördinatie JVK	2	4
		Eenduidige com. prof.	7	18
		Integrale, regionale aanpak	10	23
		Vroegtijdig	2	3

<b>Bereik en uitval</b>				
Jeugdverpleegkundigen				
	Kooss niet altijd nodig, zelf proberen		4	6
	Wel Kooss geen vertrouwen		3	3
	Wel Kooss ernstig overgewicht, complex		2	3
	Meer verwijzingen		2	2
	Stoppen gezin niet voor open		4	7
		Af van betuttelende	2	2
		Kindermishandeling?	2	3
		Gezin haakt opeens af	5	8
Ketenpartners				
	Introduceren afhankelijk van...			
		Beschikbare tijd, drukte	1	2
		Ruimte voelen bespreken	2	5
		KF minder overgewicht	1	4
		Wel multi-aanpak nodig	1	3
<b>Ervaren nut</b>				
Ingeschatte ervaring kinderen				
	Fijn, focus is blij kind		3	3
	Leeftijdsafhankelijk		2	2
	Moeilijk inschatten		2	2
	Regels leefstijl niet fijn		1	1
Ingeschatte ervaring ouders				
	Belerend, bemoeiend soms		4	5
	Brede kijk is fijn		5	9
	Coördinatie JVK is fijn		3	3
	Fijn dat er tijd voor is		2	2
	Fijn, tevreden		9	17
	Meedenken is fijn		3	3
	Moeilijk ond. makkelijk bespreken		4	4
	Warme overdracht is fijn		1	1
Ouders haken niet af na start			2	3
<b>Ervaren doelrealisatie</b>				
Geen afgeronde casus			1	1
Gezonder, fijner in vel door Kooss			10	10
	Effect over X jaar de vraag		1	2
	Resultaten pilot afwachten		3	3
Invloed externe factoren			3	3
Ketensamenwerking goed alles			5	7
Niet iedereen doel bereikt			2	3
<b>Cijfer</b>				
Wat nog nodig is				
	Duidelijke info ouders meegeven		3	6
	JVK extra scholen gespreksvoering		4	14
	Kdv, scholen, sportclubs betrekken		4	5
	Meer tijd, ruimte VO		1	3
	Niets		1	2
	Optimale samenwerking in keten		7	9
		Makkelijkere ICT	2	2
		Meer verwijzingen/contact HA	4	4
		Snelle com. naar ouders	1	3
		Wederzijdse terugkoppeling	4	6
	Stelligheid van 'bovenaf'		1	1
Cijferoordeel			14	16
<b>Toekomstvisie</b>				
Kleine stapjes, nog niet klaar			5	7
Steun gemeente moet blijven			4	6
Landelijke uitrol			1	1
Ouders zelf traject laten starten			1	1
Ongezonde samenleving veranderen			5	12
	Schermtijd steeds groter probleem		2	2
Term 'ketenaanpak' verkeerd beeld			3	6

<b>Fittesten</b>				
Fittest kost veel tijd			2	5
Fittest prima in praktijk			2	5
Ouders niet altijd toestemming			2	2
Technische problemen			1	4
Kinderen vinden fittest leuk			3	5
Meerwaarde fittest				
	Concreet beeld motoriek, les aanpassen		2	5
	Concreet praat makkelijker vervolg		2	4
	Meer impact: kind last in les		1	1
<b>Fitgesprek</b>				
Doorverwijzen naar GGD				
	Bij zorgvraag ouders		1	1
	Daarna klaar voor combifunct.		2	5
	Keuze ouders of hulp willen		2	6
	Makkelijker met GGD (=meerwaarde)		1	3
	Positieve reacties ouders		1	3
Ervaringen CF				
	1ste jaar lastig		2	3
	Fijne samenwerking GGD		2	3
	Focus, algemeen kind in vel		2	3
	Terugkoppelen lk bij zorgen		2	9
	Vrijwillige inloop		2	4
		Die je het liefst ziet niet	1	2
Ervaringen JVK				
	CF goed inzicht seo kind		2	2
	Positieve reacties ouders		2	4
	Waardevolle toevoeging Kooss		2	3
		Extra moment leefstijl school	1	2
		Mooie ingang naar GGD	2	3
	Weinig omvattend als goed gaat ll		3	5
Kritisch fitgesprek evalueren			4	5
	Kost (te) veel tijd, weinig opbrengst		5	7
	Niet altijd toevoeging met 2		3	4
	CF soms alleen in toekomst?		5	8
		Geem BMI meer dan	2	3
		CF vol. gesprekstechniek?	2	2
		Korte lijntjes	2	2
		Moeilijke gesprekken met JVK	1	2
		Voorbespreken	2	3
	Verplichter stellen in toekomst?		1	2