



# Implementatierapport Kind naar Gezonder Gewicht

**Twentse Koers**

Auteur:  
B.A. Nijland S4136365  
Rijksuniversiteit Groningen, FSE  
Science, Business and Policy 2023-2024

Supervisors:  
F. Wegdam  
Drs. M.R. Berger  
Prof. Dr. G. van Dijk

28-06-2024

# Samenvatting

Dit advies richt zich op het aanpakken van overgewicht en obesitas bij kinderen in Twente, in lijn met het Gezond en Actief Leef Akkoord. Het doel van Twentse Koers is om het percentage kinderen met overgewicht te verlagen van 21% in 2019 naar 16% in 2026. Landelijk heeft 12,7% van de kinderen tussen de 4 en 17 jaar overgewicht, terwijl dit 21% is bij middelbare school kinderen in jaar 2, wat de ernst van het probleem in Twente benadrukt.

Overgewicht bij kinderen is een complex gezondheidsprobleem dat kan worden veroorzaakt door verschillende factoren, zoals genetica, verminderde fysieke activiteit, opvoeding, stress en SES. Het leidt vaak tot gezondheidsproblemen op later leeftijd, zoals hart- en vaatziekten en diabetes. Het kan ook leiden tot psychologische problemen. Dit heeft als gevolg dat het hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt.

Een effectieve aanpak van overgewicht bij kinderen vereist een integrale benadering die zich richt op verschillende aspecten van de omgeving van het kind, waarbij ouders worden betrokken en gebruik gemaakt wordt van multi-interventies.

De ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) biedt een individuele aanpak voor kinderen met overgewicht, waarbij het gezin wordt betrokken. Deze aanpak bestaat uit zes stappen, waarbij de onderliggende oorzaken van overgewicht goed worden meegenomen. In de aanpak speelt de centrale zorgverlener een belangrijk rol in het begeleiden van het kind en gezin in de zes stappen. Samenwerkingen tussen het zorg- en sociaal domein staan hierin centraal.

Twentse Koers ondersteunt gemeenten bij het implementeren van KnGG en faciliteert regionale samenwerkingen. Hierbij liggen kansen in het delen van kennis, ervaringen en gezamenlijke initiatieven.

Voor een goede implementatie van KnGG moeten gemeenten verschillende keuzes maken. Op basis van een scenario analyse is gekeken naar wat het beste scenario is voor de gemeente, naar aanleiding van de analyses in dit rapport. Hierbij is de scenario waarbij regionale samenwerken zijn, een sub regionale projectleider en sub regionale czv, en het implementeren in focuswijken het meest kostenefficiënt en draagt het bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Belangrijke stappen voor gemeenten om te beginnen met de aanpak is het aanstellen van een lokale projectleider, het opleiden van czv's, het maken van een plan van aanpak, het opzetten van het netwerk met de juiste stakeholders en het ontwikkelen van informatiemateriaal. Hierbij kunnen regionale kansen benut worden waarbij Twentse Koers een ondersteunende rol kan bieden. Door deze gezamenlijke inspanningen en de focus op samenwerking, kennisdeling streeft Twentse Koers naar een vermindering van overgewicht bij kinderen in Twente en uiteindelijk een gezondere Twentse bevolking.

# Project informatie

Client: Twente Koers  
Femke Wegdam (Themaleider preventie en gezondheid)

Rijksuniversiteit Groningen, FSE  
Science Business and Policy 2023-2024  
Drs. Michiel Berger  
Prof. Dr. G. van Dijk

Tijdsbestek  
8 januari 2024 - 28 juni 2024

Einddatum  
28 juni 2024



## Disclaimer

Dit rapport is geproduceerd in het kader van een onderwijsprogramma aan de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Science & Engineering, Science, Business and Policy (SBP). Aan dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend, anders dan beschreven in het formele stagecontract. Citeren is alleen mogelijk met expliciete verwijzing naar de status van het rapport als studentstageproduct en schriftelijke toestemming van de medewerkers van de SBP.

## Acknowledgments

Ik wil graag Femke Wegdam bedanken voor haar begeleiding tijdens mijn afstudeerproject en voor het delen van waardevolle inzichten over Twentse Koers en het onderwerp. Daarnaast wil ik mijn collega's bij Twentse Koers bedanken voor hun ondersteuning gedurende mijn afstudeerproject. Ik wil drs. Michiel Berger bedanken voor zijn begeleiding bij het project, en prof. dr. G. van Dijk voor zijn begeleiding bij het wetenschappelijke aspect.

# Inhoudsopgave

<b>Introductie .....</b>	<b>6</b>
<b>Leeswijzer .....</b>	<b>8</b>
<b>Afkortingen.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Overgewicht.....</b>	<b>10</b>
1.1 Definitie Overgewicht .....	10
1.2 Causes of overweight.....	12
1.3 Consequences of overweight.....	16
Samenvatting hoofdstuk 1 .....	18
<b>2. Effectieve interventies.....</b>	<b>19</b>
2.1 Effectiviteit interventies .....	19
2.2 Effectiviteit van KnGG .....	21
2.3 Rol van de centrale zorgverlener .....	24
2.4 Ervaringen van Koplopergemeenten KnGG .....	26
2.5 Interview KnGG gemeenten.....	31
Samenvatting hoofdstuk 2 .....	35
<b>3. De huidige situatie van Twente.....</b>	<b>36</b>
3.1 Twente .....	36
3.2 Statistieken overgewicht.....	37
3.3 Wat is er al in de gemeenten? .....	41
Samenvatting hoofdstuk 3 .....	42
<b>4. Stakeholders.....</b>	<b>43</b>
4.1 Stakeholderanalyse van de betrokken partijen.....	43
Samenvatting hoofdstuk 4 .....	45
<b>5. Twentse Koers .....</b>	<b>46</b>
5.1 Visie van Twentse Koers.....	46
5.2 Middelen en mogelijkheden van Twentse Koers .....	47
Samenvatting hoofdstuk 5 .....	49
<b>6. Scenario's.....</b>	<b>50</b>
6.1 Mogelijke scenario's.....	50

<b>7. Advies.....</b>	<b>55</b>
Conclusie.....	55
Discussie .....	56
Advies .....	57
Implementatie plan .....	60
Tijdlijn .....	61
<b>Referenties.....</b>	<b>62</b>
<b>Bijlage.....</b>	<b>69</b>
Bijlage 1: De stakeholders .....	69
Bijlage 2: De Interviews .....	77



# Introductie

## 1.1 Achtergrond

Wereldwijd zien we dat het aantal kinderen met overgewicht toeneemt, dit is een zorgwekkend probleem (1). In 2016 waren er wereldwijd meer dan 340 miljoen kinderen tussen de 5 en 19 jaar met overgewicht of obesitas (2). Ook in Nederland neemt het aantal kinderen met overgewicht en obesitas toe. In 2022 heeft ongeveer 13% van de kinderen tussen de 4 en 18 jaar overgewicht, en 3% heeft obesitas (3).

Overgewicht is een complex gezondheidsprobleem met niet alleen fysieke, maar ook psychologische en sociale gevolgen (4). Het probleem van overgewicht bij kinderen raakt verschillende aspecten van de samenleving (5). Naast direct gezondheidsrisico's voor kinderen, zoals verhoogd risico op ziekten en psychologische problemen, heeft overgewicht ook invloed op zorgconsumptie en andere maatschappelijke gevolgen (6). Onderliggende oorzaken van overgewicht kunnen veelzijdig zijn bijvoorbeeld een lage sociale-economische status, stress en opvoeding (7). Het is essentieel om zo vroeg mogelijk in te grijpen bij overgewicht.

In 2016 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevelingen voor overheden en andere stakeholders om obesitas bij kinderen te bestrijden (8). Deze aanbevelingen benadrukken het belang van het aanpakken van obeseogene omgevingen, het promoten van obesitas preventie, en de benadeling van kinderen die al obesitas hebben te verbeteren (8) (63). In verschillende studies wordt aanbevolen om meer te focussen op het gebruik van integrale benaderingen van het hele systeem, waarbij het hele systeem betrokken is en systematische benaderingen en denkwijzen worden gebruikt (8)(9).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) concludeerde tussen 2009 en 2018 dat er onvoldoende vooruitgang werd geboekt in het terugdringen van overgewicht bij kinderen in Nederland (8). Daarom besloot de regering de nadruk te leggen op preventiebeleid rond roken, alcoholgebruik en overgewicht. Het VWS heeft het Integraal Zorg Akkoord (IZA) geformuleerd om de zorg in Nederland haalbaar en betaalbaar te houden, waarbij regionale samenwerkingen een belangrijk onderdeel vormen (8). Hiervoor is een Specifieke Uitkering (SPUK) beschikbaar gesteld. Daarnaast heeft het VWS het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) opgesteld, gericht op het bevorderen van een gezonde levensstijl en het verminderen van overgewicht bij kinderen (10). Gemeenten zijn landelijk verplicht om bezig te gaan met een ketenaanpak om overgewicht bij kinderen te verminderen (11). Een van de ketenaanpakken binnen het IZA en GALA is Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG).

De KnGG aanpak richt zich op het individuele kind en betrek daarbij het gezin. KnGG kijkt naar de onderliggende oorzaken van overgewicht en probeert deze aan te pakken. Hierdoor wordt het kind en gezin waar Multi problematiek speelt beter geholpen. Met KnGG wordt geprobeerd het overgewicht bij kinderen te verminderen (11).

## 1.2 Doel van het onderzoek

Ook in Twente is overgewicht een groot probleem. In 2019 had 21% van de kinderen in het tweede jaar van het middelbaar onderwijs overgewicht (13). Dit benadrukt de urgentie van het probleem in Twente. De veertien Twentse gemeenten moeten aan de slag met overgewicht van kinderen. Hierbij zijn regionale samenwerkingen van belang, waarbij Twentse Koers een rol speelt. Twentse Koers is een strategisch samenwerkingsverband tussen de veertien Twentse gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, Samen Twente en de provincie Overijssel(12). De organisatie streeft naar het verhogen van de kwaliteit van leven van de Twentse inwoners en het beschikbaar, betaalbaar en toegankelijke houden van de zorg(12). Dit doen ze bij KnGG door het benutten van regionale kansen, samenwerkingen en het ondersteunen van de gemeenten met als doel het verminderen van overgewicht bij kinderen in Twente (13).

Dit onderzoek heeft als doel om Twentse Koers te adviseren bij het aanpakken van overgewicht bij kinderen in de Twentse gemeenten. Het onderzoek richt zich op de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht, gericht op de leeftijdsgroep van 0 tot 18 jaar. Wetenschappelijke literatuur, interne en externe analyses worden geïntegreerd om aanbevelingen te doen voor de implementatie van deze aanpak in de gemeenten.

## 1.3 Onderzoeksvragen

Twentse Koers heeft mij in het kader van dit vraagstuk de opdracht gegeven om te onderzoeken hoe de ketenaanpak KnGG het best kan worden geïmplementeerd in Twente. Op basis hiervan is de volgende hoofdonderzoeksvraag geformuleerd:

*'Hoe kan de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht het best geïmplementeerd worden in Twente?'*

Om deze vraag te beantwoorden, zijn zes deelvragen geformuleerd:

1. Wat zijn de gezondheidsaspecten van overgewicht bij kinderen?
2. Wat zijn de effectieve aanpakken om overgewicht bij kinderen aan te pakken?
3. Wat is de huidige situatie in Twente met betrekking tot overgewicht bij kinderen?
4. Wie zijn de betrokken stakeholders in Twente bij de ketenaanpak KnGG?
5. Wat is de rol van Twentse Koers in de ketenaanpak KnGG?
6. Wat is het beste scenario in de ketenaanpak?

Deze deelvragen zullen in de volgende hoofdstukken verder uitgewerkt en beantwoord worden.

# Leeswijzer

Het rapport is opgedeeld in verschillende hoofdstukken waarin de deelvragen worden beantwoord. Elke deelvraag heeft zijn eigen hoofdstuk met subonderdelen.

## 1. Overgewicht

*Deelvraag:* Wat zijn de gezondheidsaspecten van overgewicht bij kinderen?

*Subonderdelen:* Definitie overgewicht

Causes of overweight (Oorzaken overgewicht bij kinderen)

Consequences of overweight (Gevolgen van overgewicht bij kinderen)

## 2. Effectieve interventies

*Deelvraag:* Wat zijn de effectieve aanpakken om overgewicht bij kinderen aan te pakken?

*Subonderdelen:* Effectiviteit interventies

Effectiviteit van KnGG

Rol van de centrale zorgverlener

Ervaringen van Koplopergemeenten KnGG

Interviews met KnGG gemeenten

## 3. De huidige situatie van Twente

*Deelvraag:* Wat is de huidige situatie in Twente met betrekking tot overgewicht bij kinderen?

*Subonderdelen:* Twente

Statistieken overgewicht

Huidige situatie van gemeenten

## 4. De stakeholders

*Deelvraag:* Wie zijn de betrokken stakeholders in Twente bij de ketenaanpak KnGG?

*Subonderdelen:* Stakeholderanalyse van de betrokken partijen

## 5. Twente Koers

*Deelvraag:* Wat is de rol van Twentse Koers in de ketenaanpak KnGG?

*Subonderdelen:* Missie en visie van Twentse Koers

Mogelijkheden en middelen van Twentse Koers

## 6. Scenario's

*Deelvraag:* Wat is het beste scenario in de ketenaanpak?

*Subonderdelen:* Mogelijke scenario's

Elk hoofdstuk omvat een beschrijving met de methodologie die gebruikt is voor het beantwoorden van de deelvragen en subonderdelen.

De wetenschappelijke subonderdelen: causes of overweight en consequences of overweight zijn in het Engels geschreven op verzoek van mijn wetenschappelijke begeleider. Verder wanneer in de tekst wordt gesproken over overgewicht, wordt zowel overgewicht als obesitas bedoeld.

Na deze hoofdstukken volgt een conclusie en discussie, gevolgd door het uiteindelijke advies met een implementatieplan en tijdlijn.



# Afkortingen

Hieronder worden de veelgenoemde afkortingen uit het rapport beschreven.

Afking	Omschrijving
AAGG	Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht
BMI	Body Mass Index
BO	Bestuurlijk Overleg
Czv	Centrale zorgverlener
GALA	Gezond en Actief Leef Akkoord
GGR	Gewichtgerelateerde gezondheidsrisico
GLI	Gecombineerde Leefstijl Interventie
IZA	Integraal Zorgakkoord
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	Jongeren Op Gezond Gewicht
KnGG	Kind naar Gezonder Gewicht
SES	Sociaaleconomische status
SPUK	Specifieke Uitkering
YCND	Your Coach Next Door
Zvw	Zorg verzekeringswet

# 1. Overgewicht

Om de deelvraag ‘Wat zijn de gezondheidsaspecten van overgewicht bij kinderen?’ te beantwoorden, is het belangrijk om te beginnen bij de wetenschappelijke aspecten van overgewicht. Dit omvat de volgende subvragen: Wat is de definitie van overgewicht? Wat zijn de oorzaken van overgewicht bij kinderen? Wat zijn de gevolgen van overgewicht bij kinderen? Deze subvragen worden beantwoord in dit hoofdstuk door middel van literatuuronderzoek van wetenschappelijke artikelen.

## 1.1 Definitie Overgewicht

Om overgewicht te begrijpen, is het belangrijk om te beginnen met het verkennen van algemene informatie over overgewicht. Dit omvat het begrijpen van het probleem en het definiëren van wat precies wordt bedoeld met overgewicht.

Overgewicht is een complex gezondheidsprobleem met niet alleen fysieke, maar ook psychologische en sociale gevolgen (4). Het beïnvloedt niet alleen de gezondheid van kinderen op jonge leeftijd, maar kan ook op latere leeftijd negatieve gevolgen hebben (1). Het probleem van overgewicht bij kinderen raakt verschillende aspecten van de samenleving (5). Naast de directe gevolgen voor de gezondheid van kinderen, zoals verhoogd risico op ziekten en psychologische problemen, heeft overgewicht ook invloed op zorgconsumptie en andere maatschappelijke en economische gevolgen (6). Deze gevolgen worden verder behandeld in het gedeelte over de gevolgen van overgewicht bij kinderen.

Overgewicht wordt omschreven als een excessieve ophoping van vet in het lichaam. Waarbij de energie-inname hoger is dan het energieverbruik, vaak als gevolg van een onevenwichtige voeding en onvoldoende lichaamsbeweging(14). Ernstig overgewicht wordt obesitas genoemd, een chronische ziekte die gepaard gaat met verschillende gezondheidsrisico's(15). Birch en Ventura laten zien dat de gewichtstatus van een kind wordt beïnvloed door het gedrag van het kind, opvoeding, voeding, ouderkenmerken en gemeenschaps- en demografische factoren (16). Andere oorzaken worden nader toegelicht in het verslag.

Om overgewicht te beoordelen, wordt gebruikgemaakt van de body mass index (BMI), een internationale meetmethode die het gewicht van een persoon relateert aan hun lengte(15). De BMI wordt berekend door het gewicht in kilo's te delen door de lichaamslengte in het kwadraat ( $\text{kg}/\text{lengte in m}^2$ ) (15). Voor kinderen wordt de BMI anders berekend dan voor volwassenen, waarbij ook leeftijd en geslacht worden meegenomen in vergelijking met andere kinderen van dezelfde leeftijd en geslacht (17). Hiervoor zijn er afkappunten gebaseerd op de Cole cut points voor jongens en meisjes voor de leeftijdscategorie 2 tot 19 jaar, deze afkappunten komen overeen met die van volwassenen met een BMI van 25, 30 en 35  $\text{kg}/\text{m}^2$  (18)(19). *Zie tabel 1.*

Leeftijd	Jongens			Meisjes		
	Ondergewicht	Overgewicht	Ernstig overgewicht (obesitas)	Ondergewicht	Overgewicht	Ernstig overgewicht (obesitas)
2	14,12	18,41	20,09	13,9	18,02	19,81
3	13,79	17,89	19,57	13,6	17,56	19,36
4	13,52	17,55	19,29	13,34	17,28	19,15
5	13,31	17,42	19,3	13,09	17,15	19,17
6	13,15	17,55	19,78	12,93	17,34	19,65
7	13,08	17,92	20,63	12,91	17,75	20,51
8	13,11	18,44	21,6	13	18,35	21,57
9	13,24	19,1	22,77	13,18	19,07	22,81
10	13,45	19,84	24	13,43	19,86	24,11
11	13,72	20,55	25,1	13,79	20,74	25,42
12	14,05	21,22	26,02	14,28	21,68	26,67
13	14,48	21,91	26,84	14,85	22,58	27,76
14	15,01	22,62	27,63	15,43	23,34	28,57
15	15,55	23,29	28,3	15,98	23,94	29,11
16	16,08	23,9	28,88	16,44	24,37	29,43
17	16,58	24,46	29,41	16,77	24,7	29,69
18	17	25	30	17	25	30

**Tabel 1: De beoordeling van de BMI met de afkappunten voor kinderen (20).**

Niet alleen het gewicht en lengte zijn belangrijk om te beoordelen, maar ook om te kijken of er een verhoogd risico op gezondheidsproblemen bestaat. Daarvoor wordt gekeken naar gewichtgerelateerde gezondheidsrisico's (GGR). Het GGR geeft aan in welke mate het risico op gezondheidsproblemen verhoogd is en wordt vastgesteld aan de hand van BMI in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren en comorbiditeiten (21). Het GGR kent vier niveaus van ernst, die hieronder in *tabel 2* worden beschreven(15).

Kinderen met overgewicht kunnen vanwege hun vetverdeling en aanvullende risicofactoren of comorbiditeiten ook een verhoogd risico hebben op gezondheidsproblemen. Hieronder wordt verstaan de aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren of een hoog risico op diabetes mellitus type 2(21).

BMI kg/m <sup>2</sup>	Geen risicofactoren of comorbiditeit	Risicofactoren of comorbiditeit
Overgewicht	Licht verhoogd	Matig verhoogd
Obesitas graad I	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
Obesitas graad II	Sterk verhoogd	Extreem verhoogd
Obesitas graad III	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd

**Tabel 2: De Niveaus van GGR bij kinderen(21).**

Het is van essentieel belang om overgewicht bij kinderen serieus te nemen, aangezien het kan leiden tot gezondheidsproblemen op jonge leeftijd en latere leeftijd (1). Door middel van preventie, vroegtijdige signalering en interventies kunnen er gezondheidswinsten worden behaald (1).

## 1.2 Causes of overweight

To gain a further understanding of overweight, it is essential to delve into the mechanisms influencing it. Therefore, in the following section, I will explore the scientific aspects of the causes of overweight.

### 1.2.1 Mechanism that can influence overweight

Overweight is influenced by a complex interplay of peripheral signals, neural pathways, and hormonal cues that control appetite and energy metabolism. These systems involve both appetite-stimulating (orexigenic) and appetite-suppressing (anorexigenic) factors that can lead to alteration in body weight (14). The hypothalamus, in interaction with the brainstem and higher cortical areas, plays a major role in appetite control (22). There are two distinct groups of neurons with contrasting roles in regulating food intake: neurons stimulating food intake (NPY and AgRP) and other suppressing feeding (POMC and CART) (22).

Furthermore, peripheral adiposity signals, such as insulin and leptin, are involved in the long-term regulation of energy balance (23). Leptin, for instance, inhibits hunger-stimulating NPY synthesis in the hypothalamus, promoting satiety (14). However, in obesity, leptin resistance may occur due to alterations in transport across the blood-brain barrier and hypothalamic signaling (24). Also, gut hormones influence appetite in humans, which can influence appetite regulation and dysregulation in obesity (23).

#### ***Food reward system***

Another important mechanism influencing overweight is the food reward system. It is a complex interplay of processes involved in regulating eating behavior and processing rewards (25). Food has hedonic properties and can stimulate appetite even when energy needs are fulfilled, which can contribute to weight gain. The food reward system involves the mesocorticolimbic pathway, arising from dopaminergic neurons in the midbrain (25). Dopamine is a key player in the pathway of reward signals and motivated behavior.

In the study of P.M. Johnson and P.J. Kenny looked at the addiction-like reward dysfunction of obese rats, they found that the development of obesity is coupled with a worsening deficit in brain reward response (26). Deficits in reward processing may predispose individuals to obesity, leading them to compulsively consume palatable food to compensate for reduced sensitivity to rewards (26). Overweight individuals desire to limit their food intake but struggle to control their consumption, comparable to the compulsive drug-seeking behavior seen drug addicts (26).

Extended access to palatable, high-fat food has been associated with a gradual decrease in the responsiveness of brain reward functions, because of the progressively elevated brain stimulation reward threshold (26). This diet-induced reward hypo functionality may play a role in obesity development by increasing motivation to consume high-reward 'obesogenic' diets (26). They have found that the increase in reward threshold endured for an extended period, persisting for at least two weeks in the rats that previously had extended access to the palatable diet, even after access to it was removed (26). Conversely, the extended access have rats that have restricted access to palatable food binge-like consumption patterns, yet did not disturb the homeostatic levels of energy balance or the functioning of the brain reward system (26).

## **Dopamine**

Dopamine is an important key player. It is a neurotransmitter that regulates food intake by influencing food reward through the brain's mesolimbic circuitry (26). Striatal dopamine D2 receptors (D2R) were found to be downregulated in obese rats. An inverse correlation between body weight in rats and the levels of D2R expression was observed (26). Also human brain imaging studies show that there is a reduced striatal activation in obese individuals compared to controls (27). BMI and D2R are negatively correlated. Which suggests that low D2R levels are associated with higher BMI. This reduction may represent a downregulation to counteract chronic overstimulation from feeding (27). Feeding leads to an elevation in extracellular dopamine concentration. This effect is thought to enhance the rewarding effect of euphoria, also observed with drug abuse (27). Consequently, the decrease in D2R observed in obese individuals may represent a downregulation to counterbalancing the dopamine increases resulting from prolonged stimulation caused by overfeeding (27).

The observed compulsive eating behavior in obese rats also persisted despite aversive stimuli. When the control rats (chow-only) were exposed to a conditioned stimulus paired with a shock they significantly reduced their consumption of palatable food (26). In contrast, the shock-paired conditioned stimuli did not impact the intake of palatable food in the extended access rats (26).

In the study, they also showed that knockdown of the striatal D2R levels accelerated the development of addiction-like reward deficits and compulsive eating in rats with extended access to palatable, high-fat food (26). Because of decreased D2R levels there is a rapidly elevated BSR threshold, accelerating the emergence of reward hypo functionality (26). Only decreased D2R expression is not enough to induce this; it seems to interact with the overconsumption of palatable food to accelerate this negative state. Also, the downregulation of D2R in response to excessive weight gain may boost leptin signaling, enhancing its inhibitory effects on brain reward systems (26).

So these findings show that excessive consumption of palatable food triggers addiction-like responses in the brain reward system, driving the development of compulsive eating(26). These behavioral responses are likely a result of deficits in striatal D2R signaling induced by the diet (26). The reduction in D2R levels leads to a significant state of reward hypo functionality, triggering the onset of compulsive-like behavior(26).

It is important to acknowledge that the regulation of body weight involves complex physiological mechanisms and neurotransmitters beyond dopamine. But that goes beyond the scope of this report (27).

## **1.2.2 Factors contributing to childhood overweight**

Childhood overweight can be caused by multiple factors, both genetic and non-genetic (14)(28). While genetics plays a significant role in determining overweight risk, it is often linked to contributing lifestyle factors (29). These lifestyle changes, such as reduced physical activity and unhealthy dietary habits, are influenced by various non-genetic factors, including familial and social influences, environmental factors, poor eating habits, psychological factors, and cultural influences (14)(28). Consequently, childhood overweight is a complex condition resulting from the interplay of multiple underlying factors, all closely linked to the child's well-being (28). In the following section, I will delve deeper into the specific factors contributing to the development of overweight in children.

### ***Physical activity***

One of the lifestyle changes that is being influenced by various genetic and environmental factors is physical activity. Physical activity is crucial for maintaining a healthy body weight. Dopamine also contributes to this process by modulating physiological and cognitive functions, such as fatigue development, which can lead to a reduction in exercise intensity or interruptions (30). Dopamine acts through modulation circuits associated with motor control, thermoregulation, motivation, and the reward system. Studies in rats suggest that the dopamine signaling system may influence physical activity behaviors(30).

### ***Genetic factors***

Furthermore, looking at the different factors that can contribute to being overweight. We first look at the genetic factors. Genetic obesity can be classified in various forms, including syndromic obesity, this is responsible for approximately 2%, characterized by chromosomal rearrangements such as Prader-Willi syndrome and WAGR syndrome, and pleiotropic syndromes such as Bardet-Biedl syndrome and Cohen syndrome (31). Furthermore, monogenic obesity, this is a rare and early-onset obesity, involves mutations in specific genes often in the leptin signaling pathway, with minimal influences of environmental factors (30). Lastly polygenic obesity, which about sixty percent of inherited obesity cases are, is associated with mutation in multiple genes. Many studies found that it is highly associated with environmental factors (30). Additionally, epigenetic modification, particularly DNA (de)methylation, plays a significant role in obesity(31).

### ***Parental overweight***

Other factors are firstly parental overweight. Parental overweight emerges as a significant risk factor for developing childhood overweight (32). Research conducted between 2018 and 2021 showed that there is a higher prevalence of overweight among children aged 2 to 12 years with at least one obese parent compared to those without obese parents. Among children with at least one obese parent, approximately 22% were overweight, compared to 11% of children without obese parents (33). Moreover, the risk increases when both parents are obese.

### ***Birth weight***

Birth weight is also a risk factor surrounding genetic influences on childhood overweight. Research found that there is a higher obesity prevalence among those born with low or very high birth weight(32)(34). Birth weight can be influenced by factors besides genetics, including maternal nutrition, exposure to toxins, maternal stress, and postnatal environmental influences (32). Additionally, catch-up growth in early childhood is associated with increased childhood overweight risk (34).

### ***Macro-environmental factors***

There are also non-genetic factors that play a role in childhood overweight, this is often a combination of diverse factors, both macro-and micro-environmental influences. Macro-environmental factors, such as economic growth, urbanization, availability of inexpensive food, and industrialization influence childhood overweight (35). Marketing, for example, exposes children to advertisements for tempting and often high-calorie snacks (36)(37). Exposure to unhealthy food advertising has been shown to increase food intake in children (38).



### ***Micro-environmental factors***

Micro-environmental influences, including family, school, and neighborhood, also strongly impact children's eating and activity patterns (5). Schools and housing serve as a key setting for promoting healthy lifestyles and physical activity, with encouraging nutritious eating and activities (5). Family has also an influence on access to technology, increasing dining out and more energy dense food which can increase the risk for overweight (5).

A clear association exists between childhood overweight and low socioeconomic status (SES)(37). Those from lower SES households or neighborhoods face a higher risk of overweight due to limited access to healthy foods and increased exposure to unhealthy food choices (37).

### ***Parental characteristics***

Parental characteristics also contribute significantly to childhood overweight. Factors such as parental education level, family size, urban residence, and employment status influence a child's risk of overweight. Research shows that children of less educated parents are more likely to be overweight, where obesity was twice as common among children with low educated parents compared to children with highly educated parents(33). The parenting style and familial habits also shape children's eating behavior(14). Research indicated that children in authoritative homes have healthier habits and lower BMI levels(39). Parents shape their child's food preferences by exposing them to healthy foods at home and making them more accessible (40). Parents also control portion sizes, model healthy eating behaviors, and give access to screen time(40). Communication and support of parents is important to participate in physical activities(5).

### ***Psychological factors***

Psychological factors can have an influence on developing overweight in children, operating at both personal level as within the family (28)(41). Issues such as self-esteem and body image can influence eating patterns and their perception of their own body. Furthermore, within the family environment, parental stress can impact children's well-being (41). Depression and anxiety are significant factors that are associated with childhood overweight. Studies suggest a bidirectional relationship between depression and obesity (29). Pine et al. found that suffering from depression in childhood would increase the risk by twofold of becoming overweight as an adult (42). Additionally, depressed mood in adolescence correlates with worsening obesity over time, possibly due to emotional eating as a coping strategy (42). Social factors such as bullying, loneliness, or social interaction can also form a risk for psychological problems of being overweight (42).

### ***Stress***

There is also found that there is a correlation between stress and being overweight. Here the study of M. Bloomfield et al., found that there is also a correlation between dopamine synthesis and responses to acute psychosocial stress among individuals with low stress exposure (43). Animal studies have shown that acute stressors activate the dopamine system, leading to changes in dopamine neuron population activity and behaviors influenced by dopamine, similar to responses seen with drug abuse (43). Stress can contribute to the onset, escalation, and relapse of drug abuse dopaminergic mechanisms. This may indicate that it can have the same effect in obesity because of the interaction with the dopaminergic mechanisms (43). Chronic stress-induced conditions primarily impact neurons projecting to specific regions involved in reward processing. Moderate stressors can sensitize dopaminergic function and repeated stress exposure can result in a compensatory

downregulation of the dopamine system. This research indicates that socio-environmental stressors may underlie the association between childhood adversity and psychosis (43).

Overall, these findings emphasize that childhood overweight is influenced by various factors. It highlights the importance of tackling environmental, behavioral, and psychological factors together to effectively address the increasing rates of childhood overweight.

### 1.3 Consequences of overweight

Understanding the consequences of being overweight is crucial for realizing its impact on health and well-being. In this section, I will address the serious health risk associated with childhood overweight, along with the psychological and societal implications.

Childhood overweight forms a critical public health challenge in the 21st century, according to the World Health Organization, it is even 'one of the most serious challenges of the 21st century' (44). Being overweight can result in a significant loss of quality of life, serious health risks, and increased societal costs globally (45). In the Netherlands alone, half a million children are affected by overweight or obesity (45).

Moreover, childhood obesity not only impacts their current well-being but also increases the risk of developing overweight and related diseases later in life (46). Many overweight children have one or more weight-related comorbidities, emphasizing the urgency of an effective, multifaceted intervention to achieve both short and long-term health benefits (45)(47).

#### ***Physical health consequences***

Children and adolescents with overweight have an elevated risk of premature death and reduced quality of life (47). Research shows that 8 year-olds with obesity visit the doctor more frequently, experience more infections, and are more likely to use antibiotics than their healthy-weight peers (47). Childhood overweight poses a threat not only to their physical health but also to their psychosocial well-being (47).

The physical health affecting various aspects, the endocrine and metabolic disturbance, cardiovascular comorbidities, pulmonary complications, cancer, neurological alterations, impaired oral health, immunologic and autoimmune diseases, renal disturbances, gastrointestinal and nutrition complications, musculoskeletal disturbances, dermatologic complications (44). The impact of childhood obesity can potentially affect almost every organ in the body.

The complexity arises from the interaction of multiple factors. One important aspect is the influence of obesity on the immune system. Obesity directly affects the immune system through immunological changes in adipose tissue and indirectly through alterations in endocrine functions (44). These immune system changes contribute to long-term comorbidities associated with obesity, such as type 2 diabetes (T2D), metabolic diseases, nonalcoholic fatty liver disease, insulin resistance, atherosclerosis, hypertension, cardiovascular disease, cancer, and autoimmune disorders (44). Also there is a higher prevalence of asthma in children with obesity.

The immune system's response to obesity involves low-grade chronic inflammation, triggered by the accumulation of excess fat in adipose tissue. This inflammation results from the secretion of cytokines by adipocytes and an increased presence of immune cells like macrophages and lymphocytes (44). Additionally, the altered secretion pattern of adipokines

in obese children further exacerbates inflammation (44). Furthermore, endocrine changes secondary to obesity, such as downregulated growth hormone, affect the immune system(44)(48).

Further plays the gastrointestinal microbiome a role in the altered immune response. Consuming a diet high in saturated fat can change the microbiome, leading to inflammation (44).

Cardiovascular disease and atherosclerosis progress gradually over time, leading to a higher mortality rate if obesity develops in children compared to later in life (44). Studies in Denmark revealed a positive association between BMI at age 7-13 for boys and 10-13 for girls and the risk of cardiovascular disease (49). Blood pressure is frequently increased in obese children and can lead to cardiovascular disease(44)(50). Atherosclerosis is believed to develop early in childhood with fatty streaks (44).

Obesity is characterized by hyperinsulinemia and disturbed glucose homeostasis, leading to insulin resistance and T2D (44)(51). There is reduced glucose uptake, elevated insulin and glucose levels, and increased adipose tissue lipolysis, contributing to fatty liver development (44).

### ***Psychosocial consequences***

Overweight also has psychosocial consequences in children. Children with overweight often experience a negative self-image (37). Obesity is described as 'one of the most stigmatizing and least socially accepted conditions in childhood(29). They may encounter emotional and behavioral problems, such as anxiety, eating disorders, and depression (37). Study of Britz et al, indicates that overweight individuals are six times more likely to experience eating disorders (52). Additionally, they are often bullied and face a negative attitude, leading to feeling left out, which can result in an eating disorder, social isolation and a decrease in physical activities(44).

### ***Cognitive development***

Overweight can also have negative effects on cognitive development and in the school environment (41)(44). A study shows that overweight children were four times as likely to report problems and were more likely to be ill due to physical problems (29). Learning difficulties and cognitive impairment can develop from various factors, including psychosocial factors such as stigma and an increased risk of anxiety and depression ((44). Other factors may include parental psychopathology, low SES, and stress, all of which can contribute to difficulties in the school environment (7).

However research involving 6- to 8- year Mexican children found that overweight children exhibit reduced executive cognitive performance on neuropsychological assessments, such as verbal fluency, and have structural differences in brain regions associated with learning and memory, such as reduced left hippocampal volumes and alteration in executive functions (53). Executive cognitive skills play a crucial role in childhood behavioral development, influencing inhibitory control, emotional regulation, planning, and working memory, all of which are essential for healthy food intake behaviors (53)(54). The negative impact of childhood overweight on educational attainment can be reversed through successful childhood overweight treatment (44).

It is important to raise awareness about the relationship between overweight and psychosocial problems in children (44). By addressing the psychosocial consequences of

overweight and creating a supportive environment, the quality of life for children with overweight can improve, thereby increasing their chances of a healthy future.

### **Societal problems**

Overweight is also a societal problem. In the Netherlands, in 2009, overweight accounted for approximately 10 percent of the total disease burden, a significant determinant of public health that can be addressed through lifestyle adjustments (47). It is associated with high healthcare costs, with annual costs of €1.2 billion, which corresponds to 2 percent of the total annual healthcare expenditures (47). The costs of being overweight are so substantial that overweight prevention in the group up to 40 years of age is cost-effective, despite the fact that this leads to a longer life expectancy and additional healthcare costs over those gained years (47). Additionally, there are productivity losses due to absenteeism and early exit from the workforce. These indirect costs are estimated at around €2 billion per year (47). The Dutch Council for Public Health and Society estimates that the direct and indirect costs of overweight in the Netherlands amount to €2,5 billion. Only for 1% of children, the condition is the result of underlying disease, making preventive measures a crucial role in reducing the social burden of overweight (46).

Many diseases associated with childhood overweight may first become apparent in adulthood, along with associated costs such as healthcare utilization, loss of productivity, and disability, which may only be identified decades later. The estimated costs for childhood overweight therefore vary significantly. In Sweden, the additional lifelong costs for a 4-year-old child with obesity are estimated at around €75,000 (44).

Therefore, it is crucial to address the societal and health implications of childhood overweight by focusing on preventing and promoting healthy habits early on. So we can avoid long-term consequences for individuals and societal costs associated with overweight. By prioritizing intervention aimed at promoting healthy lifestyles, reducing stigma, and focusing on a healthy and supportive environment for children, we can create a healthier future for them.

## **Samenvatting hoofdstuk 1**

Overgewicht bij kinderen is een abnormale ophoping van vet door een hogere energie-inname dan verbruik. Ernstig overgewicht heeft obesitas en brengt diverse gezondheidsrisico's met zich mee. De BMI beoordeelt overgewicht, hierbij wordt bij kinderen ook leeftijd en geslacht meegekomen. De GGR meet het risico op gezondheidsproblemen, gebaseerd op BMI en bijkomende risicofactoren.

Overgewicht wordt veroorzaakt door een complexe interactie van signalen, neurale paden en hormonale prikkels die de eetlust en energiemetabolisme reguleren. Problemen met het beloningssysteem kunnen invloeden hebben op overgewicht. Factoren zoals genetica, verminderde fysieke activiteit, omgeving, ouderlijk overgewicht, stress en lage SES zijn risicofactoren tot overgewicht.

Kinderen met overgewicht hebben vaak een verhoogd risico op ernstige gezondheidsproblemen zoals hart- en vaatziekten, diabetes en metabole stoornissen. Ook kunnen psychologische problemen ontstaan. Maatschappelijk leidt overgewicht tot hoge gezondheidskosten en verminderde productiviteit.

Het is belangrijk om overgewicht bij kinderen te voorkomen door het bevorderen van gezonde gewoonten vanaf jonge leeftijd om zowel voor het kind als de maatschappij de gevolgen te verkleinen.

## 2. Effectieve interventies

Om de tweede deelvraag "Wat zijn de effectieve aanpakken om overgewicht bij kinderen aan te pakken?" te beantwoorden, wordt het onderzoek opgedeeld in verschillende subonderdelen. Allereerst wordt door middel van literatuuronderzoek gekeken naar verschillende effectieve interventies. Vervolgens wordt de ketenaanpak KnGG onderzocht en geanalyseerd op basis van wetenschappelijke literatuur om te begrijpen wat deze aanpak effectief maakt. Daarnaast worden er literatuuronderzoek en interviews uitgevoerd om de knelpunten en successen van gemeenten uit andere regio's die al werken met KnGG te analyseren. Door deze methoden te combineren, wordt duidelijk of KnGG een effectieve aanpak is voor het verminderen van overgewicht bij kinderen.

### 2.1 Effectiviteit interventies

In dit deel worden verschillende aspecten van interventies besproken die effectief zijn gebleken in de aanpak van overgewicht bij kinderen.

#### **Multi-interventies**

Er spelen vaak verschillende oorzaken een rol bij overgewicht zoals benoemd in het hoofdstuk over overgewicht. Om dit aan te pakken worden multi-interventies gezien als belangrijke effectieve interventies voor de behandeling van overgewicht bij kinderen (55). Het gaat vaak om multi-interventies, die zich richten op dieet-, lichamelijke activiteiten en gedragsveranderingen (56)(57). Studies tonen aan dat dieet- en bewegingsinterventies, met de betrokkenheid van professionals zoals diëtisten en artsen, het meest gekoppeld is aan een vermindering van BMI bij kinderen (55). Hierin is een combinatie van lichaamsbeweging en dieetinterventies effectiever dan alleen een dieetinterventie(58). Het is gebleken dat een langer interventieduur (met meer contacturen) en hogere intensiteit geassocieerd zijn met betere resultaten voor het verminderen van overgewicht bij kinderen (55). Educatieve interventies, op gebied van voeding, zijn ook effectief gebleken in het verminderen van overgewicht (55)(59).

#### **Omgevingsfactoren**

Effectieve interventies voor het aanpakken van overgewicht bij kinderen zijn vaak breed opgezet en richten zich op verschillende aspecten van de omgeving van de kinderen, zoals scholen, ouders en kinderopvangmedewerkers(60). Deze omgevingsfactoren hebben invloeden op het leven van het kind.

Interventies die zowel op school als thuis worden toegepast, laten een grote effectiviteit zien in het voorkomen en behandelen van overgewicht bij kinderen(61). Dit komt doordat kinderen een groot deel van hun tijd spenderen op school en hier ook een groot deel van hun calorieën consumeren (61). Hierbij spelen ouders echter ook een cruciale rol met betrekking tot het handhaven van leefstijlveranderingen op de lange termijn (55)(61). Studie laat zien dat de intrinsieke motivatie wordt vergroot wanneer het kind en ouders zelf regie hebben, zich competent voelen, zich verbonden voelen met het netwerk en reële verwachtingen

hebben (55). Familiegerichte interventieprogramma's zijn succesvolle methoden voor de behandeling en preventie van overgewicht bij kinderen (56)(62). Hierin is een veelvoorkomend kenmerk van effectieve interventies: het betrekken van gezin, met educatieve sessies (56). In de effectiviteit van het betrekken van het gezin zit wel verschil in leeftijd. Adolescenten hebben mogelijk meer vertrouwen in specialisten, hier laat een studie zien dat de interventie met ouderlijke betrokkenheid minder geassocieerd werd met de afname van BMI in vergelijking met een specialist zoals diëtist (55). Onderzoek bij kinderen jonger dan 12 jaar laat zien dat er betere effecten zijn van interventies waarbij ouders betrokken zijn. Het is hierbij belangrijk dat ouders vertrouwen hebben want er is aangetoond dat laag ouderlijk vertrouwen uitval van gedragstherapie voorspelt (55).

### ***Personalisatie en begeleiding***

Om de effectiviteit van de interventie te vergroten, is het belangrijk om de verschillende en complexe omstandigheden van de deelnemers te begrijpen (63). Er bestaat namelijk geen interventieprogramma dat voldoet aan alle behoeften van de verschillende deelnemers en het is daarom belangrijk om de begeleiding te personaliseren(63). Hierbij is het belangrijk dat degene die het gezin verwijst naar interventies begrijpt wat de motivatie is van het gezin en goed met hen communiceert over de interventies die er zijn en waar het kind en gezin als eerst mee aan de slag wil (63). Het is hier ook belangrijk dat de coaches helpen met het identificeren van obstakels en het gezin ondersteund met oplossingen. Positieve ervaringen tijdens deelname stimuleren en motiveren de deelnemers ook om zelf obstakels te overwinnen (63).

### ***Gecombineerde leefstijlinterventies***

Gecombineerde leefstijlinterventies, met de nadruk op voeding, lichaamsbeweging, gedragsverandering en het creëren van langdurige verandering in levensstijl en gedrag, kunnen effectief zijn bij het aanpakken van overgewicht bij kinderen (63). Multidisciplinaire interventies hebben geleid tot verbetering in overgewicht, lichamelijke activiteiten en andere psychosociale gezondheidsvoordelen bij kinderen (63)(64). Een review van M. Murray et al., laat zien dat multidisciplinaire interventies leiden tot een vermindering van overgewicht en obesitas bij adolescenten, en dat er een verband is tussen gewichtsverlies en verbeterd zelfvertrouwen in deze leeftijdsgroep (64).

### ***Populatie-niveau interventies***

Ten slotte zijn er interventiestrategieën op populatie-niveau, die zich richten op bijvoorbeeld het verminderen van reclame voor ongezond voedsel, het aanmoedigen van gezonde voedselkeuzes en het beperken van de toegang tot ongezonde voeding op scholen, essentieel om de omgeving te veranderen en gezonde keuzes te bevorderen op zowel lokaal als nationaal niveau (57). Het is dus van belang dat een geïntegreerde aanpak verschillende niveaus van invloed en betrokkenheid omvat om overgewicht en obesitas bij kinderen effectief aan te pakken.



## 2.2 Effectiviteit van KnGG

Hieronder wordt ingaan op de totstandkoming van de ketenaanpak KnGG, wat deze aanpak inhoudt en welke aspecten overeenkomen met de belangrijke aspecten van de effectieve interventies. Dit biedt een duidelijk inzicht in waarom KnGG is gekozen en of het de moeite waard is om deze aanpak voort te zetten.



*Figuur 1: Het Landelijk model van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas (65).*

### 2.2.1 Totstandkoming van KnGG

In Nederland werd er een ontwikkeling van een nationale multidisciplinaire gezondheidszorgstandaard voor overgewicht gebaseerd op nationale richtlijnen geïntroduceerd (8). Dit model bestaat uit vier delen: visie, proces, partners en financiering (zie figuur 1) (65). Het landelijke model ketenaanpak werd tussen 2016 en 2018 ontwikkeld door de Vrije Universiteit en Care for Obesity vanuit de ervaringen uit Amsterdam, 's-Hertogenbosch en een tweejarige pilot gebaseerd op wetenschappelijke kennis en praktijkervaringen van acht 'proeftuin' gemeenten (65). Er is ook gebruikt gemaakt van wetenschappelijke, beleids- en praktijk expertise van andere organisaties (66)(67). Het model laat samenwerkingsverbanden zien, de visie en wat het van stakeholders vraagt. Het laat een wenselijke uitkomst zien waarbij het sociale domein en zorgdomein elkaar versterken door samen te werken (66). Door de samenwerking van de gemeenten en stakeholders is er ook betrokkenheid gecreëerd bij de ontwikkeling van het nationale model (66). Er was aandacht voor de belangen van meerdere stakeholders wat heeft bijgedragen aan het benodigde draagvlak voor het implementeren van het model (66). In het model staan processtappen die nodig zijn om de aanpak goed uit te voeren. In 2018 is het Nationaal Preventieakkoord gesloten waarin staat dat de aanpak landelijk wordt geïmplementeerd (65).

Gemeenten moeten verplicht bezig met een aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Vanuit het GALA is hier een opdracht aan gekoppeld met verschillende randvoorwaarden, en zijn er middelen vrijgemaakt voor gemeenten om hiermee aan de slag te gaan. Het landelijke model wordt nu uitgevoerd door JOGG Landelijk, onder de naam Kind naar Gezonder Gewicht. In Twente wordt er ook gewerkt met de ketenaanpak KnGG (67).

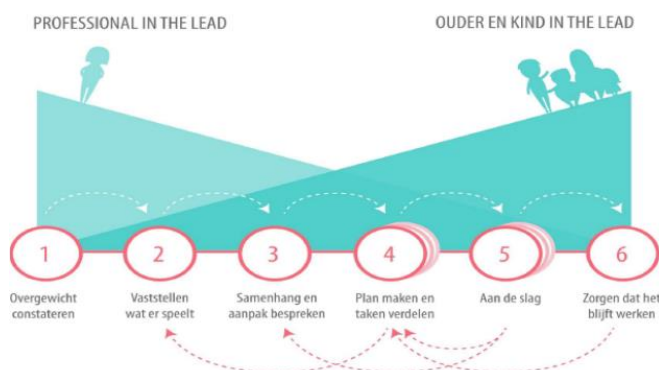
## 2.2.2 Methodiek van KnGG

De aanpak KnGG biedt op maat gemaakte ondersteuning en zorg aan kinderen met overgewicht en hierbij worden hun gezinnen betrokken, het is een individuele aanpak voor het kind. Bij deze gezinnen speelt vaak Multi problematiek een rol, waarbij het belangrijk is om te kijken naar de onderliggende oorzaken van overgewicht van het kind. Bij deze aanpak is er nauwe samenwerking tussen professionals vanuit het zorgdomein (jeugdarts, diëtist, huisarts) en het sociaal domein (sociaal werkers, consulten)(9). Hierbij staat het kind en gezin centraal. Een centrale zorgverlener (czv) coördineert het begeleidingstraject en kan doorverwijzen naar andere professionals (9).

Diverse factoren kunnen kinderen en het gezin belemmeren bij het aanpassen naar een gezonde leefstijl. Deze aanpak probeert te kijken naar deze factoren en de belemmering weg te nemen, bijvoorbeeld bij ondersteuning op gebied van opvoeding, schulden of psychosociale problemen (9). Hierdoor richt de aanpak zich niet alleen op het verbeteren van de fysieke gezondheid van het kind, maar ook op de mentale gezondheid en de algehele kwaliteit van leven (9). Door de integrale samenwerking tussen de verschillende domeinen en de brede benadering van overgewicht, vereist de aanpak een andere denkwijze en werkwijze van alle betrokken professionals (9). De lokale implementatie wordt geleid door een projectleider, in opdracht van de gemeente. Deze projectleider is verantwoordelijk voor het samenbrengen van de professionals en de aanpak passend maken aan de lokale context (9).

## 2.2.3 Processtappen van KnGG

Er zijn zes processtappen: 1. Overgewicht signaleren, 2. Vaststellen wat er speelt 3. Samenhang en aanpak bespreken 4. Plan maken en taken verdelen 5. Aan de slag 6. Zorgen dat het blijft werken (*Figuur 2*)(68). Hierbij zijn verschillende professionals betrokken. In het beginstadium van de aanpak hebben de professionals nog een grote rol, naarmate het traject vordert, neemt hun rol af en wordt het zelfmanagement van het gezin belangrijk (68). Het signaleren en diagnosticeren van overgewicht wordt gedaan onder andere door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en huisartsen. Andere professionals kunnen ook signaleren op zicht en doorverwijzen naar de JGZ en huisartsen (68). Nadat overgewicht is geconstateerd wordt het kind samen met het gezin doorverwezen naar de czv voor een intake. Hier doet de czv een brede intake omdat er vaak onderliggende problemen zijn aan overgewicht. Na deze brede intake is er multidisciplinair overleg (MDO) van verschillende professionals om de doelen en ondersteuning te bespreken. De czv kijkt welke professionals deel moeten nemen aan de MDO om zo goed mogelijk steun te bieden aan het kind en gezin (68). Vanuit hier wordt een plan van aanpak gemaakt in overleg met het kind en gezin. Doel is een gedragsverandering om de kwaliteit van leven van het kind te verbeteren (68).



**Figuur 2: De zes processtappen in de ketenaanpak (69).**

Bij de ketenaanpak is er een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) aangekoppeld, waarbij het kind en ook de ouders een tweejarig traject doorlopen. Hierbij is er een combinatie van advies en begeleiding bij voeding en eetgewoonten, gezond bewegen en gedragsveranderingen (68). Het meedoen aan een kinderGLI kan een onderdeel zijn van de ketenaanpak, als hier behoefte naar is. Er zijn momenteel alleen nog geen kinderGLIs beschikbaar, deze voldoen nog niet aan de laatste stand van de wetenschap, waardoor ze nog niet kunnen worden ingekocht. Wanneer de kinderGLI beschikbaar is, wordt deze vergoed door de basisverzekering als er sprake is van een matig verhoogd GGR (68).

### **2.2.4 Overeenkomsten en verschillen tussen KnGG en andere effectieve interventies**

KnGG vertoont overeenkomsten met andere bewezen effectieve interventies in verschillende aspecten. Een van de belangrijkste aspecten is het betrekken van het hele gezin, waarbij het essentieel is dat ouders deelnemen aan de aanpak. Door de brede anamnese van KnGG worden de verschillende omstandigheden van het gezin begrepen, waardoor de begeleiding kan worden gepersonaliseerd op zowel het kind als de ouders. Ook wordt er gekeken naar de motivaties en obstakels van het gezin, wat gezien wordt als cruciaal voor een effectieve aanpak van kinderen met overgewicht.

Een ander aspect is de multidisciplinaire aanpak. Bij KnGG werkt de czv samen met verschillende professionals. Door deze samenwerkingen kunnen kinderen op verschillende gebieden worden geholpen, waarbij onder andere diëtisten, fysiotherapeuten, opvoedingsdeskundigen en psychologen betrokken zijn. De czv bouwt ook een persoonlijke relatie op met het gezin en blijft langdurig betrokken. Dit sluit goed aan bij de resultaten van andere bewezen interventies.

Een verschil is echter dat KnGG minder nadruk legt op de rol van scholen, terwijl dit wel als een effectief aspect van interventies wordt gezien. KnGG legt meer de nadruk op de doelgroep van het individuele kind met het gezin, dit is waarom de scholen wat minder worden meegenomen. Mogelijk kan aanvullend op KnGG ook meer worden gezet op Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). JOGG heeft de focus op het verbeteren van de omgevingsfactoren zoals een verbeterde schoolomgeving. Dit aspect helpt ook met het verminderen van overgewicht en hier liggen kansen in de samenwerking met JOGG in het verminderen van overgewicht bij kinderen.

## 2.3 Rol van de centrale zorgverlener

Een belangrijk onderdeel van de ketenaanpak KnGG is de rol van de czv. In het volgende deel zal uitgebreid worden toegelicht wat een czv inhoud, waar deze rol kan worden belegd en welke ervaringen hiermee zijn opgedaan. De czv is een belangrijke stakeholder in de ketenaanpak en gaat een cruciale rol spelen. Het is daarom belangrijk om te begrijpen welke verantwoordelijkheden en taken deze rol met zich meebrengt.

### 2.3.1 Wat is een centrale zorgverlener?

Binnen de ketenaanpak KnGG is de czv het vaste aanspreekpunt voor het kind en gezin (70). De czv begint met een brede anamnese van het gezin, om hen te ondersteunen bij het opstellen van een plan van aanpak en de samenhang van de activiteiten te coördineren en te monitoren (71). De czv is belangrijk voor de coördinatie met andere professionals, motiveert het kind en de ouders, monitort de voortgang en de vervolgstappen (71). Doordat de czv regelmatig contact heeft met het gezin krijgt deze persoon goed inzicht in de gezinssituatie en kan zo de juiste professionals betrekken.

De czv heeft twee hoofdtaken: het begeleiden van het kind en ouders, en het coördineren van de ondersteuning en zorg die zij ontvangen (70). De czv werkt vanuit een brede invalshoek en is de verbindende factor tussen het gezin en verschillende professionals. De czv streeft naar het versterken van het zelfmanagement van het gezin ((70).. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de zes stappen van KnGG (70)(71). Om goede zorg en ondersteuning te bieden, werkt de czv nauw samen met een lokaal netwerk uit het medische en sociale domein, waar de czv het kind en/of ouders naar doorverwijst (72).

De meerwaarde van de czv wordt zichtbaar in de ervaringen van het kind en gezin. Ze voelen zich gesteund en zijn in staat zelf de leiding te nemen over hun gedrag en gezondheid(70). Kinderen geven aan dat ze steun ervaren en ouders waarderen de betrokkenheid van de czv bij de ontwikkeling van het kind en toegankelijkheid voor gesprekken (70).. Een belangrijk aspect voor de meerwaarde van de czv is de brede anamnese. De czv focust niet alleen op het gewicht zelf, maar bespreekt ook andere factoren die van invloed kunnen zijn (72). Doordat ze samen met het gezin de stappen bepalen, wordt de weerstand verminderd bij het gezin (72).

### 2.3.2 Waar wordt de centrale zorgverlener belegd?

De czv kan worden belegd bij verschillende professionals, zoals jeugdverpleegkundigen, pedagogische adviseurs, maatschappelijk medewerkers of wijkprofessionals (70). Om czv te worden moet je een opleiding doen, deze opleiding is 5 opleidingsdagen in een periode van 7 maanden (73).

De rol van czv is in de meeste KnGG gemeenten belegd bij de jeugdverpleegkundigen, dit vanwege hun vertrouwdheid met de gezinnen en de toegankelijkheid binnen de gemeenschap (71). Waarbij ze verbindingen maken tussen de medische en sociale domeinen. Professionals in de JGZ spelen een belangrijke rol bij het vroegtijdig signaleren en aanpakken van overgewicht bij kinderen. Aangezien meer dan 95% van de kinderen regelmatig gezondheidscontroles heeft bij de JGZ, worden vaak ook lengte- en gewicht metingen uitgevoerd, waardoor overgewicht kan worden opgemerkt (71). Nadat overgewicht

of obesitas is geconstateerd, wordt zorg verleend volgens de Nederlandse JGZ-richtlijnen, die gericht zijn op preventie, detectie en doorverwijzing (71).

Een andere reden waarom KnGG gemeenten deze rol vaak bij de JGZ beleggen, is dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) de kosten voor de uren van de czv vergoedt wanneer deze functie wordt vervuld door een jeugdverpleegkundige. Voorwaarde hiervoor is dat het kind een matig tot ernstig verhoogd GGR heeft en dat er een KinderGLI beschikbaar is in de gemeente.

Een studie in Amsterdam toonde aan dat huisartsen zich niet in staat voelden om de rol te vervullen, vaak omdat ze ook te weinig tijd hebben (71). Jeugdverpleegkundigen voeren al veel essentiële taken uit die ook in het pakket van czv zitten, zoals het stellen van doelen en optreden als coach, waardoor ze zich goed kunnen aanpassen aan deze functie (71)(74). Desondanks brengt de nieuwe rol wel nieuwe competenties mee, zoals delegeren, coördineren en samenwerken met netwerkpartners (74). De meeste JGZ-verpleegkundigen hebben vertrouwen in hun vermogen als czv, hoewel er wel uitdagingen zijn zoals extra tijd, middelen en scholing om de rol goed uit te kunnen voeren (71).

### **2.3.3 Waar liggen knelpunten en ervaringen die zijn opgedaan?**

Vanuit de ervaringen van de czv worden verschillende uitdagingen duidelijk. Een belangrijke belemmering is de beperkte capaciteit en tijd die beschikbaar is voor de rol (71). Czv hebben tijd nodig om zich te kunnen richten op deze specifieke rol naast hun dagelijkse taken (71)(72). Een andere uitdaging is dat czv het soms lastig vinden om de kinderen en ouders te motiveren om hun gedrag te veranderen (71). Ook het voeren van gesprekken over gewicht vinden ze soms lastig vanwege de gevoeligheid en stigma van overgewicht.

Daarnaast is de rol van de czv niet altijd duidelijk gedefinieerd wat het lastig maakt voor de czv om de juiste taken uit te voeren. Ze geven aan dat er een verduidelijking moet komen in de taakverdeling tussen verpleegkundigen en artsen voor overgewicht bij kinderen en vinden ze het belangrijk dat er structurele casusbesprekingen komen over de aanpak in jeugdgezondheidsteams (71). Czv moeten verder beschikken over voldoende kennis over de mogelijke onderliggende problemen van overgewicht, een gebrek aan kennis hiervan kan namelijk leiden dat ze de nadruk leggen op leefstijl in plaats van de bredere blik op overgewicht (72). Om dit aan te pakken kunnen er meer trainingen worden gegeven over wat te doen bij en na de brede intake, hoe kun gezinnen motiveren en actief werken aan een sterk netwerk van professionals (71). Deze domein overstijgende aanpak vereist een andere manier van werken dan ze gewend zijn (72).

Om een goed netwerk op te zetten is het ook belangrijk dat de rol van de czv bekend is bij andere professionals, dat ze van elkaar weten welke taken en verantwoordelijkheden bij de rol horen (72). Hierbij geven de czv aan dat de projectleiders hun meer moeten betrekken bij het opbouwen van het netwerk, zodat zij beter contact hebben met de verschillende professionals (72). Onderzoeken laten zien dat het belangrijk is dat er korte lijnen en duidelijke taakverdeling is voor een goede samenwerking (72). Terugkoppeling van professionals over de voortgang is ook van belang voor de czv.

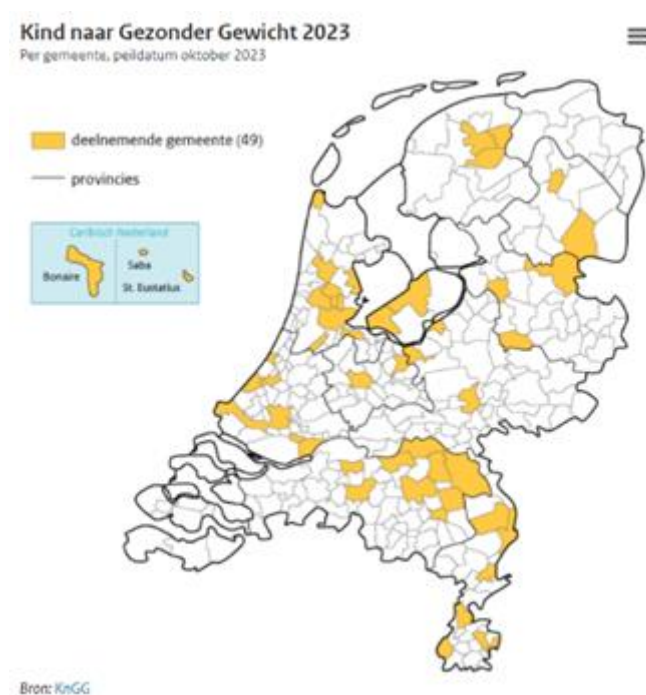
Verder kunnen informatiefolders over de aanpak helpen de uniformiteit in communicatie bevorderen zowel voor kinderen en gezinnen als voor professionals. Een andere belemmering is dat er vaak gebruik wordt gemaakt van verschillende informatiesystemen door professionals, wat communicatie en het vastleggen van voortgang kan bemoeilijken (72).

## 2.4 Ervaringen van Koplopergemeenten KnGG

Om een goed inzicht te krijgen in hoe de aanpak het beste geïmplementeerd kan worden in Twente, is het belangrijk om te kijken naar de ervaringen van andere gemeenten en naar zowel hun successen als knelpunten, *tabel 3* geeft een overzicht hiervan weer. Ik zal aan de hand van literatuurstudies de aanpak van de gemeenten beschrijven.

### 2.4.1 Landelijk model KnGG

Met de aanpak KnGG zijn ze begonnen met acht proeftuin gemeenten om het landelijk model op te zetten, hierbij zijn er twee koploper gemeenten Amsterdam en 's-Hertogenbosch. De andere zes proeftuin gemeenten zijn Almere, Arnhem, Maastricht, Oss, Smallingerland en Zaanstad. Ondertussen is KnGG uitgebreid naar 70 Gemeenten die werken met de KnGG aanpak (67). *Zie figuur 3.*



*Figuur 3: De gemeenten die aangesloten zijn bij de ketenaanpak KnGG (75).*

Diverse gemeenten hebben hun ervaringen gedeeld over de aanpak van overgewicht bij kinderen. Het RIVM heeft een rapport opgesteld met de resultaten van de procesevaluatie van de lokale implementatie van de KnGG-aanpak gedurende de periode 2019-2020, waarin 25 gemeenten hun ervaringen delen (76). Daarnaast hebben proeftuingemeenten Maastricht (Your Coach Next Door, YCND), Amsterdam (Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht, AAGG), en 's-Hertogenbosch (KnGG) hun eigen rapporten uitgebracht. Hoewel deze proeftuin gemeenten volgens de methodiek van KnGG werken, hebben zij elk hun eigen variant van de aanpak ontwikkeld. In deze rapporten worden zowel succesfactoren als knelpunten besproken, die in dit hoofdstuk worden benoemd.



### ***Doelen van de aanpak***

De doelen van de aanpak zijn gericht op het creëren van een goed werkend netwerk met een versterking tussen het medische en sociale domein, en het verbreden van het perspectief van professionals (76). Het uiteindelijke doel is het bevorderen van een gezonde levensstijl en het terugdringen van overgewicht door interventies die aansluiten bij individuele en omgevingsveranderingen (76)(77).

### ***Starten met de aanpak***

Om de starten met de aanpak zijn lokale initiatiefnemers cruciaal, voornamelijk afkomstig uit de gemeente, JGZ of JOGG-regisseurs (76). Verschillende leiders moeten zich verantwoordelijk voelen voor de uitvoering en coördinatie van het programma, en gemeenten moeten zich actief inzetten voor het realiseren van de netwerkaanpak (77).

## **2.4.2 Uitvoer aanpak KnGG**

### ***Netwerk***

Voor de lokale initiatiefnemers is het belangrijk om een netwerk op te bouwen. Het opbouwen van een netwerk kan per wijk verschillen, waarbij het belangrijk is om diverse partners te betrekken en gezamenlijk nadenken over de aanpak en activiteiten. Het gezamenlijk bespreken en starten waar de energie is vergroot de betrokkenheid (76). Belangrijk om het netwerk aangehaakt te krijgen en houden is aansluiten bij al bestaand draagvlak en de aanpak te laten aansluiten bij bestaande werkzaamheden van professionals. Netwerkbijeenkomsten kunnen helpen bij het creëren van draagvlak (76). Een praktijkvoorbeeld uit de AAGG-aanpak toont een buurtmanager, die zorgde voor de verbinding tussen het stedelijke programma en de lokale gemeenschap (77). Het betrekken van huisartsen, sociale wijkteam en scholen bleek een uitdaging te zijn, omdat overgewicht geen primair aandachtspunt is in hun dagelijkse werkzaamheden en zij beperkte tijd hebben om hieraan te besteden (71)(76). Om deze partijen te stimuleren mee te doen, zijn er informatiefolders ontwikkeld om huisartsen bijvoorbeeld gemakkelijker door te laten verwijzen (76). Verder is de rol van de zorgverzekeraar in de lokale aanpak in deze gemeenten vaak minimaal gebleven (76).

Om een goed netwerk op te bouwen en aangehaakt te houden, heeft bijna elke gemeente een projectgroep waarin afspraken worden gemaakt over de uitvoering. Ook zijn er vaak stuurgroepen opgericht voor besluitvorming, het stellen van kaders, het identificeren van verbeterpunten en het creëren van bestuurlijk draagvlak (76). Uit ervaring van gemeente Zaanstad, waar ze van onderaf zijn begonnen, merkten ze dat het ontbreken van een stuurgroep het lastig maakt om directe sturing te geven en om verantwoordelijkheden te definiëren (78). Het is belangrijk om regelmatig bijeenkomsten te organiseren met de diverse partners om ze aangehaakt te houden (71)(78). Een projectleider speelt hierbij een belangrijke rol door het proces van lokale implementatie te sturen en knopen door te hakken (76). Vanuit verschillende gemeenten wordt aangegeven dat ze meer ondersteuning nodig hebben met betrekking tot concrete uitvoering. Het is belangrijk om vanaf de start te weten hoeveel uur een projectleider moet worden ingezet en welke stappen er moeten worden genomen (76).

Om de betrokkenheid van het netwerk te houden is het belangrijk om samenwerkingsafspraken te maken tussen de verschillende partners (77). Uit onderzoek van Van der Kleij blijkt dat dit zorgt voor betrokkenheid en een succesvolle implementatie, omdat

het de eigen effectiviteit van professionals stimuleert (77)(79). Belangrijk is om hier een duidelijke rol en taakomschrijving te hebben, zodat alle partners weten wat er van hen wordt verwacht (76)(77). Een voorbeeld kan een stroomschema zijn om hierin een helder overzicht te krijgen (77). Belangrijk is om mee te nemen is dat samenwerkingsverbanden en het netwerk tijd en voortdurend aandacht kosten.

### ***Doelgroep***

Voor dat je begint met de ketenaanpak is het ook belangrijk om een doelgroep te specificeren. Veel gemeenten richten zich op de wijken met de grootste gezondheidsachterstanden (77). Verder kan de doelgroep worden verdeeld per leeftijd. In 's-Hertogenbosch zijn ze begonnen met de leeftijd 4 tot 12 jaar en in Amsterdam hebben ze de doelgroepen onderverdeeld in vier leeftijdscategorieën, met verschillende interventies voor de doelgroepen(71)(77).

### ***De centrale zorgverlener***

Voor de aanpak is de rol van de czv erg belangrijk voor het verbinden van het medische en sociale domein (71). Het is ook belangrijk om te kijken waar deze rol wordt belegd. In veel gemeenten wordt de rol van de czv belegd bij de JGZ. Zij signaleren overgewicht bij kinderen en bespreken de juiste aanpak van leefstijl en gewicht. Hierbij wordt wel aangegeven dat het soms lastig is om het gesprek aan te gaan over overgewicht (71). Bij de YCND aanpak krijgen de czv scholing in hoe te werken met de handleiding czv en in motiverende gespreksvoering (80). Ook kregen ze scholing over positieve gezondheid. Sommige czv's geven aan behoefte te hebben aan extra scholingsmomenten en verdieping op hun gesprekstechnieken en kennis (80). Het is belangrijk dat de czv en projectleider eerst een netwerk van professionals opbouwen voordat kinderen zich kunnen aanmelden. Hierdoor kan de czv, zodra kinderen deelnemen aan KnGG, efficiënt doorverwijzen. Enkele gemeenten zijn gestart met een czv voordat er een netwerk was opgezet, wat het doorverwijzen bemoeilijkte (76).

### ***Communicatie en monitoring***

Communicatie over de ketenaanpak is van groot belang, zodat de inwoners en professionals op de hoogte zijn van de aanpak (77). In Almere bijvoorbeeld hebben de partijen hun inspanning gepitcht voor de pers om het probleem en de aanpak duidelijk te maken voor iedereen (78). Daarnaast is het monitoren van de aanpak ook belangrijk voor het continu leren en verbeteren van de aanpak. Alleen verschilt de monitoring vaak per gemeente en is het niet altijd duidelijk wie hiervoor verantwoordelijk is. Het uitwisselen van gegevens blijft hierbij een uitdaging voor de verschillende monitoringsystemen.

## **2.4.3 Uitdagingen van de ketenaanpak**

Gemeenten hebben nog wel een aantal uitdagingen met de aanpak. Zo hebben ze met de AAGG aanpak de uitdaging dat het plan van aanpak niet goed was beschreven (de rollen, verantwoordelijkheden en taken), waardoor de aanpak lastig overdraagbaar was naar andere stakeholders (77).

In 's-Hertogenbosch zien ze dat er goede korte lijntjes zijn binnen het medische en sociale domein, maar ontbreekt het contact tussen deze domeinen (71). Hierbij verwijst de kinderarts soms wel door naar de sociale domein maar mist er een terugkoppeling (71). Verder zijn de huisartsen moeilijk te bereiken en zien de huisartsen hun rol als signaleren en doorverwijzen

van kinderen met overgewicht. Dit maakt het lastig omdat de andere professionals meer verwachten van de huisartsen (71).

Een andere belangrijke factor die de samenwerkingen bemoeilijkt is geld- en tijdgebrek en ook het gebrek aan feedback van de verschillende professionals na doorverwijzing (71). Hierbij verwijzen professionals vaak door naar partners die ze al kennen en benutten ze niet het volledige netwerk. Hierin zien ze bij GGD Brabant dat de czv vaak de kinderen zelf begeleidt en te weinig doorstuurt. Professionals weten elkaar niet altijd te vinden (71).

Verder bij YCND hebben drie czv's gesprekken gehad met 221 kinderen en hun ouders over overgewicht en leefstijl (80). Van deze 221 kinderen hebben 103 kinderen minstens één vervolgspraak gehad, hiervan zijn er veertien vroegtijdig gestopt (80). Dit wijst dat er nog wel verbeterpunten zijn, zoals de noodzaak van langdurige begeleiding door de czv en gezinsondersteuning.

#### **2.4.4 Ervaringen van de gezinnen**

Kinderen met overgewicht kunnen op verschillende plekken worden gesignaleerd, maar vaak gebeurt dit voornamelijk door de huisarts of de jeugdverpleegkundige. Deze professionals sturen de gezinnen door naar de czv, die het proces in gang zet. De gezinnen die deelnemen, voelen zich goed gesteund door de czv, vooral omdat de czv al op de hoogte was van de achtergrond van het gezin (71). De czv neemt een brede kijk en heeft voldoende tijd voor de families, hoewel het contact niet altijd frequent is, weten ze de gezinnen de czv te vinden als ze vragen hebben (71). Ouders geven wel aan behoefte te hebben aan praktische informatie over waar en met wie ze contact kunnen krijgen met vragen of doorverwijzingen (71). Waar nog aandacht aan kan worden besteed is het goed informeren van ouders, vaak zien ouders niet het probleem van overgewicht bij hun kind of hebben ze verkeerde informatie (71).




#### **2.4.5 Successen van de ketenaanpak**

De aanpak heeft in verschillende gemeenten successen geboekt, zoals het opbouwen van netwerken die het werk van wijkteams versterken (80). Daarnaast tonen de analyses van YNCD aan dat er per kind aanzienlijke besparingen mogelijk zijn, waarbij de maatschappelijke baten 4 tot 7 keer hoger zijn dan de maatschappelijke kosten (80).

Tijdens de periode van AAGG, tussen 2012 en 2015/16, is het percentage overgewicht bij kinderen van 2 tot 18 jaar gedaald van 21 naar 18,5 procent (77). Echter, vanwege de complexiteit van overgewicht en verschillende oorzaken en interventies, is het wetenschappelijk niet mogelijk om een direct verband te leggen tussen AAGG en deze daling (77).

Bij YCND wordt gezien dat meer dan de helft van de kinderen die langer dan 6 maanden deelnemen al meetbare gezondheidswinst hebben behaald (80). Zo is bij 78,6 procent van de kinderen die 12 tot 18 maanden begeleiding hebben gehad, een daling van 0,31 BMI score waargenomen (80). Het ontbreekt wel een controlegroep. Verder benoemd YCND dat er een positief effect is op zelfvertrouwen, fysieke activiteiten en het bevorderen van bewustwording en betrokkenheid van het gezin (80).

Ook de statistieken van 's-Hertogenbosch laten positieve resultaten zien. Er is een verbetering te zien in de totale Pediatric Quality of Life Inventory (een vragenlijst voor kwaliteit van leven) en BMI bij kinderen met overgewicht (71). Echter, is er geen significant verschil met de controle groep. Het lijkt lastig om het effect aan te tonen van gerichte interventies tegen overgewicht bij kinderen met reguliere zorg. Langetermijnresultaten (12-18 maanden) tonen een niet-significante trend naar een hogere levenskwaliteit bij kinderen na multidisciplinaire interventies vergeleken met controle-interventies (71). Een mogelijke reden waarom KnGG geen blijvend effect heeft gehad, is dat de implementatie van KnGG in 's-Hertogenbosch nog niet zo ver ontwikkeld is als verwacht. In de praktijk is er meer tijd, personeel en communicatie tussen professionals nodig om de nieuwe rollen van de czv en KnGG volledig te implementeren(71). Een andere reden kan zijn dat de controlegroep goede inspanning heeft gedaan in het verbeteren van hun overgewicht. Wel is de aanpak niet stigmatiserend voor overgewicht en het voorkomt onnodige medicalisering(71).

 <b>BELANGRIJKE PUNTEN</b>	 <b>UITDAGINGEN</b>	 <b>SUCCESSEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projectgroep + stuurgroep</li> <li>- Sterk leiderschap</li> <li>- Samenwerkingsafspraken</li> <li>- Duidelijke rol en taakverdeling</li> <li>- Duidelijke doelgroep</li> <li>- Verwachtingsmanagement</li> <li>- Voldoende middelen</li> <li>- Brede gesprek</li> <li>- Scholingsmoment</li> <li>- Aansluiten bij bestaande werkzaamheden</li> <li>- Beginnen waar energie zit</li> <li>- Aansluiten bij bestaand netwerk</li> <li>- Periodieke bijeenkomsten</li> <li>- Betrokken gemeente</li> <li>- Draagvlak</li> <li>- Monitoring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betrekken huisartsen, sociale wijkteam, en scholen</li> <li>- Goede afstemming tussen partijen</li> <li>- Gebrek financiering en tijd</li> <li>- Duidelijke rol en verantwoordelijkheden</li> <li>- Goed beschreven plan van aanpak</li> <li>- Contact tussen medische en sociaal domein</li> <li>- Terugkoppeling</li> <li>- Feedback geven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 78,6% daling BMI z-score kinderen met overgewicht die meedoen aan YCND voor minimaal 1 jaar</li> <li>- AAGG in de periode tussen 2012 en 2015/16 het percentage overgewicht bij kinderen van 2 t/m 18 gedaald van 21 naar 18,5 procent</li> <li>- Daling BMI z-score van 0,31 bij YCND</li> <li>- Netwerk opgebouwd</li> <li>- Wijkteams versterkt</li> <li>- Jeugdverpleegkundige werken goed als czv</li> <li>- Verbetering in PedsQL score en BMI in 's-Hertogenbosch</li> </ul>

*Tabel 3: De belangrijkste punten, uitdagingen en successen uit de rapportages van gemeenten die al werken met de ketenaanpak KnGG (71).*

## 2.5 Interview KnGG gemeenten

Gemeenten	Czv	Aanmeldingen	GLI	Signaleringslocatie	Successen	Uitdagingen
Keigezond Limburg	Zuid-Limburg: Jeugdverpleegkundige Noord-Limburg: Jeugdverpleegkundige	Iedereen	YCND	JGZ	Gezinnen worden goed geholpen, provinciale samenwerking, afstemming overleggen	20% drop-out, deelnemersaantal
Lelystad	Jeugdverpleegkundige	Iedereen	Cool2BFit	JGZ, kinderopoli, huisartsen, maatschappelijk werk	Betere begeleiding, kinderen beter in hun vel, aansluiten bij de energie	Borging, genoeg aantal cvz
Friesland	Jeugdverpleegkundige	Iedereen, mits meerdere problematiek	Korte interventie: LEFF Fit4Kids	JGZ, kinderarts	Professionals kunnen elkaar goed vinden, verder gekeken dan overgewicht, huisbezoek en langere termijn met gezinnen	Partijen betrokken houden, cvz is een kwetsbare functie
Deventer	Jeugdverpleegkundige	Iedereen	Korte interventie: Fit4Kids	JGZ, kinderarts, huisarts	Samenwerkingen, één aanspreekpunt, zelfvertrouwen	Welke partners aan tafel, samenwerking goed neer zetten, financiering
Zwolle	Jeugdverpleegkundige, sociale wijkteam	Iedereen	Cool2BFit, 2 Korte interventie	JGZ, kinderarts	Czv op juiste moment in het gezin, samenwerking cvz (JGZ en wijkteam)	Sociaal wijkteam betrekken
Alkmaar	Jeugdverpleegkundige	Iedereen	3 korte interventies: Vet Cool, Sport Maatjes, Gezonde Maatjes	JGZ, Fysiotherapeut, kinderarts	Samenwerking professionals en elkaar goed weten te vinden. Duidelijk in kaart wat er is, terugkoppeling	Doorverwijzing, motivatie ouders, huisartsen betrekken, Multi-problematiek
Amsterdam	Jeugdverpleegkundige	-	AAGG	JGZ	In Belmer zijn korte lijntjes met partners	Borging, samenwerking, aanpak opnieuw onder de aandacht, financiering

*Tabel 4: De belangrijkste resultaten uit de interviews met de KnGG gemeenten.*

Voor inzichten in de werking van de ketenaanpak KnGG heb ik onderzoek gedaan door middel van interviews naar verschillende gemeenten die deze aanpak al toepassen. Dit omvat zowel proeftuin gemeenten als gemeenten die later zijn gestart met de aanpak. Het doel van deze interviews is om een duidelijk beeld te krijgen van de implementatie van KnGG, de uitdagingen waar gemeenten mee te maken hebben en behaalde successen. Deze informatie is van belang om te evalueren of deze aanpak ook geschikt is voor gemeenten in Twente. De samenvattingen van de interviews zijn opgenomen in de bijlage en de belangrijkste bevindingen worden hieronder beschreven. *Tabel 4* biedt een overzicht van de belangrijkste resultaten.

### 2.5.1 Uitvoer aanpak KnGG

#### **Start van de aanpak**

De verschillende gemeenten zijn op verschillende tijdstippen gestart met de implementatie van de aanpak. De proeftuin gemeenten zijn eerder begonnen, terwijl andere gemeenten later zijn aangehaakt. Elke gemeenten hanteert een eigen variant op de aanpak. Bijvoorbeeld, in Limburg wordt gewerkt met de methodiek YCND, terwijl Amsterdam is

gestart met de AAGG. In Friesland hebben ze vanuit de Friese preventieaanpak de eerste bouwstenen geschreven voor de ketenaanpak. Verder zijn sommige gemeenten gestart vanuit de JOGG-aanpak en hebben ze KnGG hierop aangesloten. Wel zijn alle aanpakken gebaseerd op de KnGG methodologie.

Het is van belang om in elke gemeente een lokale projectleider te hebben die het netwerk kan helpen opbouwen. Dit opbouwen van het netwerk kost tijd, en het is belangrijk dat zowel de projectleider als de czv samen de leiding op zich nemen. Voor het opbouwen van het netwerk leggen ze contact met de verschillende professionals in het veld. Een goed voorbeeld hiervan is Lelystad, waar ze hebben gekeken of er draagvlak was bij de betrokken partijen en hebben ze gezamenlijk input geleverd voor de aanpak. Dit zorgde ervoor dat het proces soepel liep. Desondanks geven de gemeenten aan dat het opbouwen van deze netwerken veel moeite kost.

De meeste gemeenten hebben een breed netwerk aan partners. Betrokken partijen zijn vaak kinder leefstijlcoaches, huisartsen, zorggroepen, kinderartsen, jeugdverpleegkundigen, fysiotherapeuten, sociale basis organisaties met sport- of gezondheidsaanbod, diëtisten, sportbedrijven, beweegmakelaars, opvoeding ondersteuningsdiensten, schuldhulpverleningsinstanties en de gemeente zelf. Het is belangrijk dat er een goed en divers netwerk is voor de czv. Dit netwerk kan sterk variëren per gemeente afhankelijk van de aanwezige voorzieningen en behoefte in de gemeente. Gaandeweg worden er steeds meer professionals aan het netwerk toegevoegd. In Deventer hebben ze een Nederlandse diëtist in het netwerk, maar zagen dat er veel gezinnen van Turkse afkomst deel namen aan de ketenaanpak. Zij gaven aan dat de diëtist hun cultuur niet begreep en daarom niet de juiste adviezen kon geven. Om dit probleem op te lossen, hebben ze het netwerk uitgebreid en een Turkse diëtist toegevoegd. Zo wordt er gaandeweg ontdekt welke partners je nodig hebt.

Naast het netwerk hebben gemeenten vaak een stuurgroep die de koers van KnGG kan bepalen. In deze stuurgroep zitten professionals vanuit het netwerk. Er zijn ook werkgroepen met de beroepsgroepen uit het netwerk, zoals fysiotherapeuten, diëtisten, welzijn en czv om korte lijntjes te houden met het netwerk. Projectleiders hebben regelmatig overleg met de czv om de voortgang te bespreken, en het onderhouden van de relatie met de betrokken partijen. In Smallingerland was een uitdaging dat het even duurde voordat de betrokken partijen begrepen wat de bedoeling was en bleven ze op de achtergrond. Dit laat zien dat werkgroepen belangrijk zijn om informatie te delen over de ketenaanpak.

### ***Samenwerkingsafspraken***

Het opstellen van samenwerkingsafspraken is belangrijk binnen het netwerk. Een goed voorbeeld hiervan is te zien in Lelystad waar alle betrokken partijen rond de tafel zijn gegaan om hun bijdrage te bespreken, hun rol te definiëren en te bepalen of ze willen deelnemen aan de aanpak. De kinderartsen waren hier al bekend met de ketenaanpak en toonden een sterke betrokkenheid bij het aanpakken van overgewicht bij kinderen. Daarom zijn ze een zeer actieve partner in het geheel. Bovendien was er een project binnen de huisartsenpraktijk, waarbij er samengewerkt werd in de wijk rondom het thema overgewicht. Hierdoor kon de projectleider effectief samenwerken met deze huisartsen en ze motiveren. In de meeste andere gemeenten blijkt het echter lastig om de huisartsen te betrekken.

De informele zorg neemt heeft een belangrijke rol, waarbij er veel samengewerkt wordt met sportbedrijven om kinderen te stimuleren deel te nemen aan beweegactiviteiten en clubjes in



de buurt. Ouders worden doorverwezen naar opvoedcafés, wat een belangrijke vorm van zorg is die al bekostigd wordt.

Voor de samenwerking zijn informele afspraken gebruikelijk, maar er zijn ook formele samenwerkingsafspraken in een aantal gemeenten opgesteld om de lijntjes kort te houden, op zowel informeel als formeel niveau. Een voorbeeld van informele afspraken hebben ze in Lelystad, hier is een handboek ontwikkeld waarin de samenwerkingen en de bijdrage van elke partij worden beschreven. In sommige gemeenten hebben kernteams formele contracten getekend over de samenwerkingsafspraken, terwijl deze in andere gemeenten meer informeel zijn. Een essentieel onderdeel van de samenwerkingsafspraken is dat de rol van de partijen duidelijk is.

### ***Doelgroep***

De gemeenten zijn allemaal gestart in focuswijken, waar de grootste achterstanden en de meeste aandacht vereist waren, vaak zijn dit gebieden waar overgewicht een veel voorkomend probleem is. Echter, in sommige gemeenten kwamen ze erachter dat de aanmeldingen niet beperkt bleven tot deze wijken, waardoor ze de aanpak uitbreiden naar een gemeente brede benadering.

In de gemeenten kunnen alle kinderen met overgewicht meedoen aan de aanpak. Toch valt het op dat voornamelijk kinderen met matig tot ernstig verhoogd GGR zich aanmelden. Ook geven sommige gemeenten aan dat er een beperkte instroom is van oudere kinderen. Oudere kinderen vereisen een iets andere benadering, aangezien bij jongere kinderen veel gesprekken met de ouders plaatsvinden, wat minder het geval is bij pubers. Hierdoor zoeken sommige gemeenten nog naar de beste aanpak.

### ***De centrale zorgverlener***

In de meeste gemeenten is de czv belegd bij de jeugdverpleegkundige, zij functioneren als een spin in het web. Sommige gemeenten hebben meerdere czv's die zich richten op verschillende doelgroepen, waardoor ze hen beter kunnen bereiken. Bijvoorbeeld in Smalingerland zijn er twee jeugdverpleegkundigen gericht op 12+, waardoor hun ook de pubers meepakken in de aanpak. In de gemeenten wordt er lokaal gekeken waar de czv het best belegd kan worden. Hierbij is in Noord-Limburg de czv belegd bij de jeugdhulpverlener en hebben ze in Zwolle de rol belegd bij het sociale wijkteam. Dit heeft als voordeel dat ze elkaar goed aanvullen en onderling kunnen overleggen. Het is echter wel belangrijk dat wanneer er al een extra hulpverlener aanwezig is in het gezin, de rol van de czv niet als een extra partij voor begeleiding wordt. Een belangrijk element is dat de czv goede terugkoppeling geeft naar de verschillende professionals en dat de professionals dit ook doen naar de czv.

### ***Onderdelen in de ketenaanpak***

Het signaleren van overgewicht en het doorsturen naar de czv wordt voornamelijk gedaan door de JGZ. Er zijn helaas weinig doorverwijzingen van andere partijen. Hier geven de gemeenten aan dat ze moeite hebben om de huisartsen goed te betrekken.

Sportservices en beweegmakelaars spelen een belangrijke rol bij het ondersteunen van mensen bij het vinden van geschikt beweegaanbod. In Zwolle, hebben ze weliswaar verbinden met sociale wijkteam, maar het bevorderen van een gezonde leefstijl staat nog niet hoog op hun agenda.

Het is ook belangrijk om de aanpak goed te borgen zodra deze geïmplementeerd is. In de gemeente Amsterdam, bijvoorbeeld, stopte de aanpak AAGG toen ze het einde van hun

proeftuinperiode bereikten. Hoewel het idee was dat de afspraken werden bijgehouden, bleek dit in praktijk tegen te vallen. De afspraken werden niet meer nageleefd of bijgewerkt zoals verwacht.

## **2.5.2 Uitdagingen van de aanpak**

Een knelpunt in veel gemeenten is het gebrek aan passend beweegaanbod voor de doelgroep kinderen met overgewicht. Hoewel sommige fysiotherapeuten korte interventies voor kinderen met overgewicht uitvoeren, is het een uitdaging bij de doorverwijzing naar de sportvereniging. In Friesland en Deventer werken fysiotherapeuten met het programma Fit4Kids, gericht op kinderen die motorisch iets moeilijker bewegen en kinderen met overgewicht. Na het programma worden de kinderen doorverwezen naar een sportvereniging, maar dit blijkt in praktijk een stuk moeilijker. De kinderen blijven minder lang actief lid bij een sportvereniging, maar er is wel een hogere toestroom richting individuele fitnessactiviteiten.

Een uitdaging met de ketenaanpak zelf is dat sommige gemeenten een relatief hoog uitvalpercentage hebben. In Limburg was dit 20%, waarbij de gezinnen voornamelijk uitvielen tijdens het begintraject. Om dit aan te pakken, is er nu een drop-out-protocol opgesteld, waarbij de betrokken partijen dezelfde acties ondernemen om het kind en het gezin te bereiken. Het blijkt ook een uitdaging om voldoende deelnemers te werven, vooral omdat de meeste aanmeldingen vanuit de JGZ komen en minder vanuit andere kanten. Ouders zien ook niet altijd het probleem van overgewicht bij hun kind, wat ook van invloed kan zijn. Daarnaast vinden veel professionals het voeren van gesprekken over overgewicht met kinderen en gezinnen lastig. Hiervoor hebben ze in Lelystad en Limburg een bijscholing georganiseerd.

Ook is het betrekken en betrokken houden van alle partijen en het inbedden in de organisatie een uitdaging en erg tijdsintensief. Het is daarom belangrijk dat KnGG onderdeel wordt van andere aanpakken en bestaande werkzaamheden om het zo goed mogelijk in te bedden in de verschillende organisaties.

Een andere uitdaging van de ketenaanpak is het gebruik van verschillende registratiesystemen. Hierdoor is het voor de betrokken partijen lastig om informatie te delen. Dit maakt monitoring ook lastig, waarbij ze niet altijd weten wie de monitoring uitvoert. Gemeenten geven aan dat ze voor de monitoring vaak gebruik maken van een indicatoren set, kindermonitor en nemen een spinnenweb af van positieve gezondheid

Verder vormt financiering voor alle gemeenten een grote uitdaging. Ondanks de beschikbaarheid van de GALA SPUK blijft er onvoldoende budget, mede ook door problemen met vergoedingen van zorgverzekeraars.

## **2.5.3 Successen van de aanpak**

Succesverhalen in het KnGG programma benadrukken vooral de samenwerkingen tussen professional en dat het kind centraal staat. Het hebben van een vast aanspreekpunt voor alle vragen van het gezin wordt als zeer waardevol ervaren, met een focus op het luisteren naar hun behoefte. Kinderen zitten lekkerder in hun vel, waarbij er meer aandacht wordt besteed aan de onderliggende oorzaken van hun overgewicht. De algehele vooruitgang verloopt vaak in kleine stapjes, met name bewustwording, het opbouwen van zelfvertrouwen en deelname

aan sportactiviteiten. Er wordt in het eerste jaar nauwelijks een daling gezien van het gewicht.

Ook een succes is dat in sommige gemeenten er op scholen, sportactiviteiten worden aangeboden onder leiding van vakleerkracht beweging. Hierbij wordt een extra sportuurtje aangeboden aan kinderen met motorische problemen of uit sociaal zwakkere milieus.

In Limburg geven ze aan dat bij hen het succes en kracht ligt in de provinciale samenwerkingen, waarbij zeven gemeenten gezamenlijk zijn gestart en hun krachten en expertise bundelen. Dit omvat communicatie zoals het ontwikkelen van een website, folders en praatplaten die gemeente breed worden gemaakt. Voor andere gemeenten ligt de kracht voornamelijk in de samenwerkingen die zijn ontstaan in het zorg en sociaal domein. Hierbij zijn er korte lijntjes met verschillende professionals en zien ze de meerwaarde van de begeleiding door het gebruikmaken van verschillende expertise van de professionals.

## Samenvatting hoofdstuk 2

Effectieve aanpakken om overgewicht bij kinderen aan te pakken vereisen een integrale benadering, waarbij de interventie zich richt op verschillende aspecten van de omgeving van het kind. Het betrekken van ouders en gebruik maken van multi-interventies die dieet, lichaamsverandering en gedragsverandering benadrukken zijn bewezen effectief.

De ketenaanpak KnGG richt zich op een individuele aanpak van kinderen met overgewicht, waarbij ook het gezin wordt betrokken. De aanpak omvat zes stappen, waaronder het signaleren van overgewicht, een brede anamnese, bespreken en opstellen van een plan, uitvoering en zorgen dat het blijft werkt. KnGG richt zich niet alleen op de fysieke gezondheid, maar ook op de kwaliteit van leven van het kind.

De czv speelt een centrale rol in de aanpak, waarbij de czv het kind en gezin begeleidt door de zes stappen van KnGG en werkt hierbij samen met andere professionals. Samenwerking tussen zorg- en sociaal domein is erg belangrijk. De rol van de czv wordt voornamelijk belegd bij de JGZ maar kan ook bij andere professionals, zoals een maatschappelijk werker.

Gemeenten spelen een belangrijke rol in de implementatie van KnGG, waarbij lokale initiatieven en samenwerkingen belangrijk zijn. Ook het gebruik maken van bestaand netwerk en aan te sluiten bij de werkzaamheden van de professionals is belangrijk. Zodat de betrokken partijen gemotiveerd blijven en KnGG kan worden geïntegreerd in de organisatie. KnGG gemeenten starten vaak in focuswijken met grote gezondheidsachterstanden. Uitdagingen zijn onder andere het verbeteren van contacten met huisartsen en sociale buurtteams, en het omgaan met gebrek in tijd, budget en middelen. Ook het gebrek aan passend beweegaanbod, hoge uitvalpercentage en registratie verschillen is een uitdaging. De voortgang van kinderen verloopt vaak in kleine stappen, zoals bewustwording en het opbouwen van zelfvertrouwen.

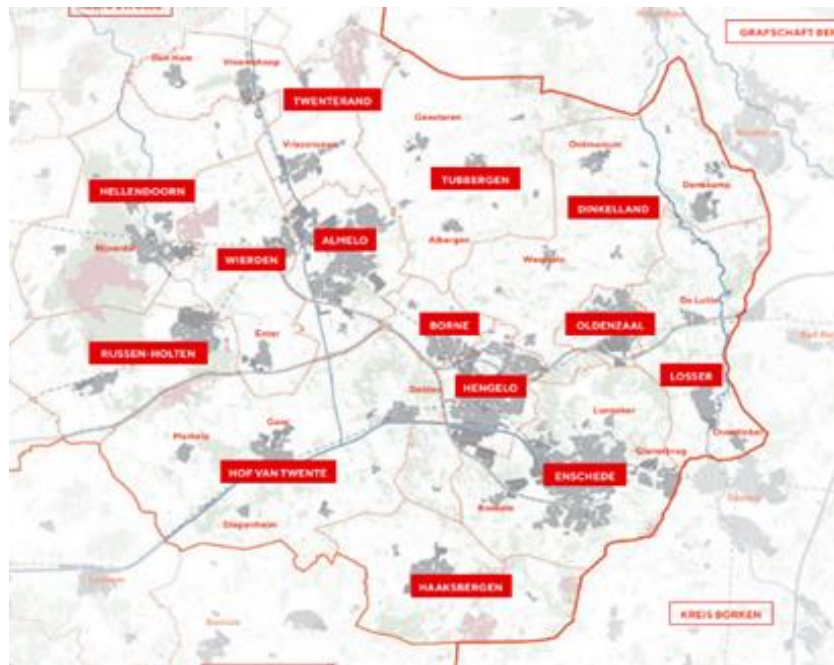
# 3. De huidige situatie van Twente

Om de deelvraag ‘Wat is de huidige situatie in Twente met betrekking tot overgewicht bij kinderen’ te beantwoorden wordt dit onderverdeeld in verschillende onderdelen. Eerst wordt er een algemeen overzicht van Twente gegeven. Vervolgens wordt door middel van een externe analyse van de statistieken onderzocht hoe groot het probleem in Twente is. Daarnaast wordt gekeken naar de huidige stand van zaken in de Twentse gemeenten met betrekking tot KnGG. Deze externe analyses bieden een duidelijk beeld van de huidige situatie in de Twentse gemeenten.

## 3.1 Twente

### Statistieken Twente (81)(82)

- 638.897 - inwoners (2023)
- 60.705 - kinderen 0-9 jaar
- 76.261 - kinderen 10-19 jaar
- 53% - BMI >25 (>25 jaar)
- 8-25% - overgewicht (2-14 jaar)
- 97% - kinderen ervaren goede gezondheid
- 86% - jongeren ervaren goede gezondheid
- 71% - volwassenen en ouderen ervaren goede gezondheid
- 93% - kinderen zitten lekker in hun vel



In Twente zijn enkele opvallende sociale kenmerken te vinden. Een van deze kenmerken is de burenhulp. Het principe van noaberschap, waarbij gemeenschappen elkaar goed kennen en ondersteunen, is belangrijk voor de inwoners van Twente. Er zijn echter wel verschillen, waar er een zichtbare scheiding is tussen stedelijk en landelijk gebied. Verder hebben alle 14 gemeenten hun eigen karakteristieken (81). Binnen deze regio wordt samengewerkt in diverse regionale netwerken zoals Twentse Koers. Deze spelen een belangrijke rol in de transitie van landelijke overeenkomsten naar lokaal niveau (83). Het is belangrijk om rekening te houden met de verschillen tussen gemeente en noaberschap bij het implementeren van beleid. Daarvoor is het belangrijk te kijken naar verschillen tussen de gemeenten.

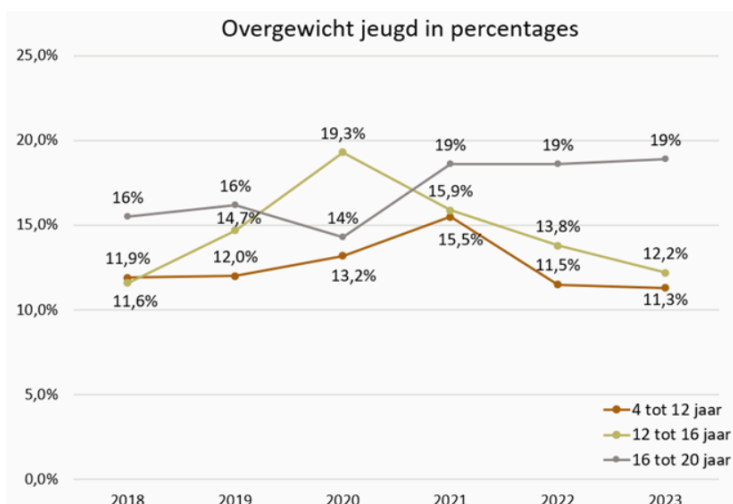
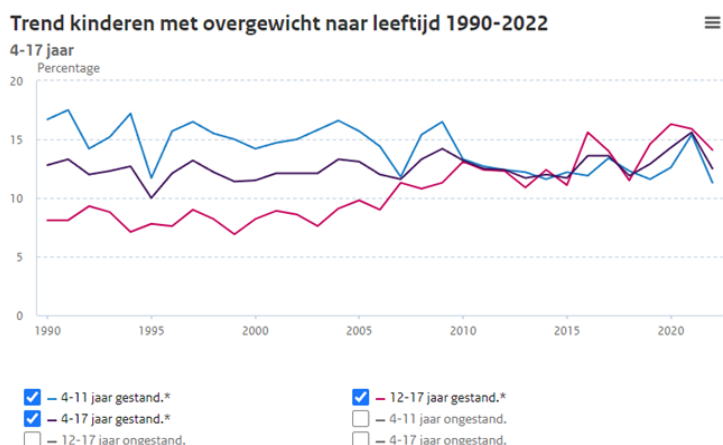
## 3.2 Statistieken overgewicht

In de samenleving is overgewicht onder kinderen een groeiend probleem. Het is daarom van belang om een goed inzicht te krijgen in de overgewichtcijfers van kinderen, zowel op landelijk niveau als specifiek binnen de regio Twente. Door deze gegevens te analyseren kunnen we zien hoe groot het probleem is in Twente in vergelijking met landelijk. Verder kunnen ze worden vergeleken met leefstijlindicatoren, waarbij we de complexe interacties begrijpen die leiden tot overgewicht. Dit kan ook aangeven waar overgewicht het grootst is in Twente. Deze kennis kan helpen met het maken van effectievere strategieën om overgewicht aan te pakken en de gezondheid en het welzijn van de regio te verbeteren.

### Landelijk

Uit de gezondheidsenquête van het RIVM blijkt dat het landelijk gemiddelde voor overgewicht onder kinderen van 4 tot 17 jaar in 2023 op 12,7% ligt. Van deze groep heeft 8,6% matig overgewicht en 4,1% ernstig overgewicht (84).

Wanneer we de ontwikkelingen door de jaren heen bekijken, zien we dat tussen 1990 en 2022 een daling van overgewicht is waargenomen onder de leeftijdsgroep van 4 tot 11 jaar. Daarentegen toont de groep van 12 tot 17 jaar een significante stijging (Figuur 5) (84).



**Figuur 5: Trend kinderen en jongeren met overgewicht naar leeftijd 1990-2022 (84).**

**Figuur 6: Trend kinderen en jongeren met overgewicht naar leeftijd 2018-2023 (18).**

Figuur 6 laat de periode zien van 2018 tot 2023, hier had in 2023 11,3% van de 4 tot 12-jarigen en 12,2% van de 12 tot 16-jarigen overgewicht. In beide leeftijdscategorieën is er een daling te zien ten opzichte van 2022, 2021 en 2020. Het hogere percentage in de jaren 2018 tot 2020 jaren komt waarschijnlijk door de lockdowns tijdens de coronapandemie (18). Het percentage overgewicht bij 16 tot 20-jarigen is licht gestegen ten opzichte van 2022, van 18,6% naar 18,9%. Bij het onderscheiden van matig en ernstig overgewicht is er een daling in het percentage matig overgewicht in alle leeftijdscategorieën vergeleken met 2022. Echter, het percentage ernstig overgewicht is gestegen in alle leeftijdscategorieën ten opzichte van 2022 (18).

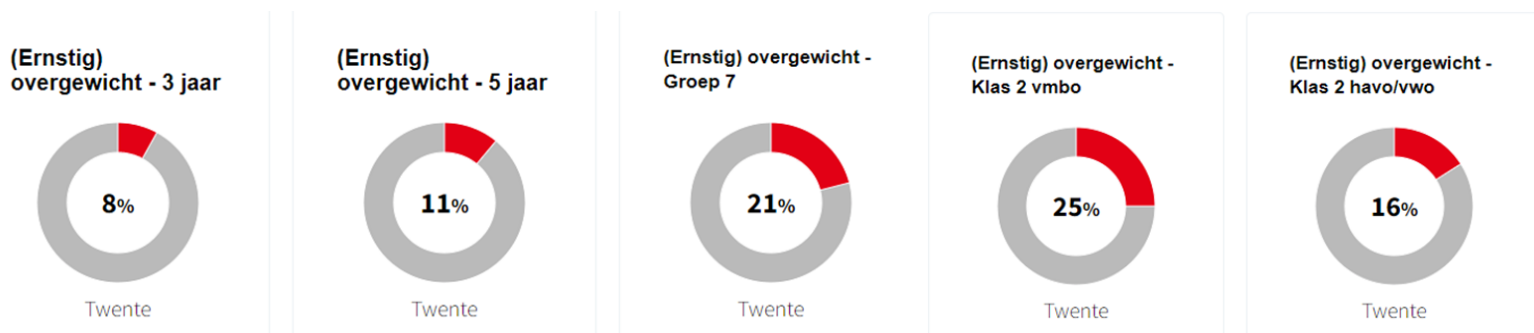
De beweegcijfers laten zien dat in 2022 56,8% van de 4 tot 12 jarigen, 33,4% van de 12 tot 16-jarigen en 45,3% van de 16 tot 20-jarigen voldoet aan de richtlijnen. Ten opzichte van 2021 is er een daling te zien bij zowel de 4 tot 12-jarigen als de 16 tot 20-jarigen, terwijl de percentages voor de 12 tot 16-jarigen gelijk zijn gebleven. Wat betreft sport, sporten 86% van de 12-jarigen tweemaal per week, dit aantal neemt af naar 77,1% op 16-jarige leeftijd (85).

Er zijn een aantal verschillen tussen kinderen met een migratieachtergrond. Hierbij is te zien dat 28% van de 2 tot 15-jarigen met een niet-westerse migratieachtergrond overgewicht heeft, dit percentage is 16% bij kinderen met een Nederlandse achtergrond. Ook blijkt dat jongeren op het voortgezet onderwijs met een migratieachtergrond minder bewegen dan leeftijdsgenoten zonder migratieachtergrond, met gemiddeld 3,9 dagen en 4,4 dagen per week (3).

## Twente

Om inzicht te krijgen in overgewicht in Twente, zijn de verschillende documenten over overgewichts- en beweging statistieken onderzocht, afkomstig van de GGD Twente. Vanuit de jeugdmonitor zijn de statistieken van Twente bekeken, waarbij gegevens zijn verzameld van kinderen van 2 jaar, 3 jaar, 5 jaar, groep 7 en klas 2 van vmbo en havo/vwo (86). Hierbij is er ook gekeken naar verschillen tussen gemeenten.

In de algemene cijfers van Twente, weergegeven in Figuur 7, is te zien hoeveel procent van de kinderen en jongeren in 2022 overgewicht hebben, dit laat zien dat overgewicht een groot probleem is in Twente wat aandacht verdient. Uit de statistieken blijkt dat meisjes over het algemeen iets meer overgewicht hebben dan jongens. Verder valt op dat 41% van de kinderen van 4-12 jaar in Twente voldoet aan de beweegnorm, dit is 16% voor jongeren, wat aangeeft dat veel kinderen en jongeren in Twente onvoldoende bewegen (86).



*Figuur 7: Percentage kinderen en jongeren met overgewicht in 2022 in Twente (86).*

Tabel 5 toont de verschillende percentages overgewicht in de 14 gemeenten. Uit de tabel blijkt dat er verschillen bestaan tussen de gemeenten en dat het percentage overgewicht toeneemt naarmate kinderen ouder worden (86). Deze gegevens identificeren de gemeenten waar overgewicht bij kinderen en jongeren het meest voorkomt en waar extra aandacht nodig is.



	2 jaar	3 jaar	5 jaar	groep 7	klas 2 havo/vwo	klas 2 vmbo
Gemeente Almelo	8%	9%	14%	28%	21%	28%
Gemeente Borne	9%	4%	9%	13%	19%	22%
Gemeente Dinkelland	11%	11%	10%	18%	16%	27%
Gemeente Enschede	9%	8%	12%	26%	19%	31%
Gemeente Haaksbergen	7%	10%	10%	19%	15%	15%
Gemeente Hellendoorn	13%	10%	6%	19%	12%	16%
Gemeente Hengelo	9%	6%	11%	23%	13%	31%
Gemeente Hof van Twente	11%	9%	9%	15%	15%	24%
Gemeente Losser	10%	10%	18%	18%	17%	21%
Gemeente Oldenzaal	7%	8%	9%	25%	10%	21%
Gemeente Rijssen-Holten	5%	7%	8%	22%	16%	25%
Gemeente Tubbergen	13%	8%	8%	12%	18%	19%
Gemeente Twenterand	9%	10%	11%	27%	26%	28%
Gemeente Wierden	5%	9%	8%	21%	14%	20%
Twente	9%	8%	11%	21%	16%	25%

*Tabel 5: De verschillende percentages overgewicht in de 14 Twentse gemeenten in 2022 (86).*

In *Tabel 6* wordt weergegeven hoeveel procent van de kinderen tussen 4 en 12 jaar voldoet aan de beweegnorm. Daarnaast wordt er gekeken naar het lidmaatschap van sportverenigingen, en of het opleidingsniveau van de ouders hier invloed op heeft. Uit de gegevens blijkt dat kinderen van ouders met een midden- of hoog opleidingsniveau vaker lid zijn van een sportvereniging dan kinderen van ouders met een lager opleidingsniveau. Wat betreft het voldoen aan de beweegnorm, zijn er verschillen per gemeenten, maar er is geen duidelijk verband met het opleidingsniveau van de ouders (86).

	Lid sportclub/-vereniging (4-12 jr)	Lid sportclub/-vereniging (4-12 jr) (lage opleiding)	Lid sportclub/-vereniging (4-12 jr) (midden opleiding)	Lid sportclub/-vereniging (4-12 jr) (hoge opleiding)	Voldoet aan beweegnorm (7 dagen/week minstens 1 uur bewegen) (4-12 jr)	Voldoet aan beweegnorm (7 dagen/week minstens 1 uur bewegen) (4-12 jr) (lage opleiding)	Voldoet aan beweegnorm (7 dagen/week minstens 1 uur bewegen) (4-12 jr) (midden opleiding)	Voldoet aan beweegnorm (7 dagen/week minstens 1 uur bewegen) (4-12 jr) (hoge opleiding)
Almelo	62%	44%	65%	70%	41%	42%	43%	35%
Borne	71%	.	69%	79%	42%	.	46%	41%
Dinkelland	78%	.	77%	82%	41%	.	43%	41%
Enschede	62%	38%	63%	72%	38%	41%	41%	33%
Haaksbergen	74%	.	72%	83%	43%	.	42%	43%
Hellendoorn	70%	60%	70%	76%	43%	50%	45%	39%
Hengelo	64%	44%	64%	71%	42%	48%	39%	44%
Hof van Twe...	76%	66%	75%	83%	41%	36%	41%	44%
Losser	71%	46%	69%	84%	37%	38%	38%	36%
Oldenzaal	77%	56%	76%	86%	43%	51%	40%	46%
Rijssen-Holten	53%	53%	51%	60%	44%	39%	47%	40%
Tubbergen	74%	.	75%	77%	43%	.	45%	40%
Twenterand	66%	59%	65%	81%	42%	42%	44%	38%
Wierden	72%	59%	74%	73%	46%	32%	47%	47%

*Tabel 6: De verschillende percentages kinderen 4-12 jaar dat lid is van een sportclub en voldoet aan de beweegnorm inclusief relatie met opleiding van de ouders (86).*

De cijfers uit het onderzoek van jeugd die voldoet aan de beweegnorm, blijkt dat er een significante afname is in vergelijking met de leeftijdsgroep van 4 tot 12 jaar. Opvallend is dat in sommige gemeenten verschillen te zien zijn tussen de opleidingsniveaus, waarbij

havo/vwo leerlingen een iets hoger percentage halen dat voldoet aan de beweegnorm. Wat betreft het lidmaatschap van sportverenigingen, is er over het algemeen een toename te zien in de meeste gemeenten in vergelijking met de 4-12 jarigen(86).

	Lid van sportclub, sportvereniging of sportschool	Lid van sportclub, sportvereniging of sportschool (vmbo)	Lid van sportclub, sportvereniging of sportschool (havo/vwo)	Beweegt dagelijks minstens 1 uur	Beweegt dagelijks minstens 1 uur (vmbo)	Beweegt dagelijks minstens 1 uur (havo/vwo)
Almelo	62%	56%	71%	16%	16%	16%
Borne	72%	69%	76%	18%	13%	24%
Dinkelland	80%	73%	87%	22%	19%	25%
Enschede	62%	53%	69%	15%	12%	18%
Haaksbergen	80%	78%	81%	12%	12%	11%
Hellendoorn	72%	66%	78%	15%	15%	15%
Hengelo	69%	58%	78%	15%	14%	17%
Hof van Twe...	77%	72%	83%	18%	13%	24%
Losser	73%	67%	79%	16%	13%	20%
Oldenzaal	77%	74%	78%	17%	18%	17%
Rijssen-Holten	58%	53%	65%	14%	14%	14%
Tubbergen	79%	73%	84%	18%	13%	22%
Twenterand	58%	53%	64%	16%	13%	23%
Wierden	73%	64%	82%	18%	17%	19%

*Tabel 7: De verschillende percentages jeugd dat lid is van een sportclub en voldoet aan de beweegnorm inclusief relatie met opleidingsniveau (86).*

Als we naar Twente in het geheel kijken, zijn er obstakels voor kinderen om buiten te spelen, deze zijn voornamelijk een gebrek aan speelplekken (16%), teveel verkeer (15%), een tekort aan vriendjes/vriendinnetjes (15%), en te veel afval op straat (13%)(86).

Wat betreft ouders missen in hun gemeenten voor kinderen, geeft 56% aan dat ze niets missen in de buurt. Wel missen sommige veilige speelplekken (17%), gebrek aan sociaal contact van hun kind met andere kinderen (16%) , tekort aan grasvelden (13%) en tekort aan buurtactiviteiten voor hun kind (13%)(86).

Wat betreft de mening van de jongeren over waar de gemeenten meer aandacht aan moeten besteden, geeft 44% aan dat er geen verbeteringen nodig zijn. Wel geven sommige jongeren aan dat er verbeteringen moeten komen in plekken om elkaar te ontmoeten (20%), buiten hangplekken (19%), het beheer van afval op straat (18%), en plekken om zelf buiten te sporten (18%) (86).

In 2022 bedraagt het percentage inwoners met een migratieachtergrond in Twente 19%. De hoogste percentages zijn te vinden in de gemeenten Enschede (31,4%), Almelo (27,1%) en Hengelo (24,3%) (86).

Wat betreft de gemiddelde sociaaleconomische status, ligt deze in alle gemeenten boven het landelijk gemiddelde, behalve in Almelo, Enschede en Hengelo, waar de status onder het gemiddelde ligt (83).

### 3.3 Wat is er al in de gemeenten?

Voor een succesvolle implementatie van de ketenaanpak is het belangrijk om rekening te houden met de wensen en bestaande initiatieven van lokale gemeenten. Twentse Koers heeft gesprek gevoerd met de veertien gemeenten om inzicht te krijgen in wat er al gebeurt op het gebied van de ketenaanpak en wat de gemeenten nodig hebben. Hieronder geef ik een overzicht van de bevindingen.

#### ***Huidige stand van zaken***

Uit de gesprekken blijkt dat geen enkele gemeente in Twente al is begonnen met de ketenaanpak KnGG, en dat er nog geen lokale keten coördinatoren actief zijn. Desondanks hebben enkele gemeenten, waaronder Almelo en Enschede, aangegeven snel te willen starten met de aanpak.

Er is nog geen erkende kinderGLI beschikbaar in de gemeenten, wel zijn er initiatieven gericht op kinderen met overgewicht. Zo is de interventie Cool2BFit gestart in meerdere gemeenten, maar ook in een aantal gemeenten weer gestopt vanwege eenzijdigheid, onvoldoende aanmeldingen en teleurstellende resultaten. In Oldenzaal daarentegen, loopt Cool2BFit redelijk goed, met een goede instroom. Hier is na de interventie een doorgeleiding naar Boeschoolfit en een actieve beweegmakelaar die kinderen naar lokaal sport- en beweegaanbod begeleidt. Dit lokale sport- en beweegaanbod is over het algemeen goed beschikbaar in de gemeenten

#### ***Initiatieven***

Veel gemeenten maken op basisscholen gebruik van de Motorische Quotiënt scan (MQ-scan), op basis hiervan worden er extra gymlessen gegeven door een vakleerkracht. In Losser bijvoorbeeld, is het programma LekkerFit geïmplementeerd om kinderen kennis te laten maken met verschillende sporten.

Buurtsportcoaches spelen ook een actieve rol in de wijken door het organiseren van activiteiten voor kinderen. Echter, de groep die zij willen bereiken blijft vaak achter.

#### ***Samenwerking***

Er zijn al enkele samenwerkingen tussen verschillende domeinen, maar deze kunnen vaak beter. Zo zou het nuttig zijn om een sociale kaart te ontwikkelen om alle initiatieven onder de aandacht te brengen en de doorverwijzingen te verbeteren.

Een aantal gemeenten geeft aan dat ze graag inzicht willen krijgen in hoe andere KnGG gemeenten de ketenaanpak hebben ingericht, om van elkaars ervaringen te leren.

#### ***Belemmeringen en Wensen***

Gemeenten ervaren verschillende belemmeringen, zoals onvoldoende middelen voor de czv en voor lokale projectleiders. De opdracht is vaak niet duidelijk genoeg en er is geen erkende kinderGLI beschikbaar.

Ze geven aan dat onderwijs wordt gezien als een belangrijke ketenpartner, maar scholen zijn in sommige gemeenten nog terughoudend. Wel is er in de scholen de aanwezigheid van gezonde schoolprogramma's en een vakleerkracht.

Voor de czv staan sommige gemeenten open voor een regionale aanpak, waarbij ze zien dat de JGZ hier een belangrijke rol in kan spelen. Echter, in twee gemeenten wordt de noodzaak voor een czv minder gevoeld vanwege bestaande samenwerkingen met verschillende partijen. Ze hebben bijvoorbeeld al actieve participatie van scholen en sportverenigingen.

## Samenvatting Hoofdstuk 3

Goed is op te kijken hoe groot het overgewicht probleem is bij kinderen. Landelijk had in 2023 12,7% van de kinderen tussen 4 en 17 jaar overgewicht. Bewegcijfers tonen aan dat 56,8% van de 4-12 jarige en 33,4% van de 12-16 jarigen aan de beweegnorm voldoen.

In Twente varieert het percentages tussen de verschillende leeftijdsgroepen, waar 8% van 3 jarige, 11% van 5jarige, 21% van groep 7, 25% van Klas 2 vmbo en 16% van klas 2 havo/vwo overgewicht hebben. Het is dus een erg groot probleem in Twente. Daarnaast voldoet 41% van de kinderen van 4-12 jaar en 16% van de jongeren aan de beweegnorm.

De huidige stand van bij de gemeenten laat zien dat alle gemeenten nog moeten beginnen met de implementatie van de ketenaanpak KnGG, waarbij een lokale projectleider en erkende kinderGLI nog ontbreken. Er zijn wel een aantal interventies in de gemeente, waaronder Cool2BFit, die succesvol is in Oldenzaal maar in andere gemeenten is gestopt vanwege onvoldoende resultaten. Op scholen wordt vaak extra gymlessen aangeboden. Verder is er verbetering nodig in de samenwerking tussen de domeinen, waarbij een sociale kaart kan helpen. Sommige gemeenten staan open voor een regionale czv aanpak, maar missen nog de nodige middelen en de opdracht is vaak niet duidelijk.

## 4. Stakeholders

Om de deelvraag ‘Wie zijn de betrokken stakeholders in Twente bij de ketenaanpak KnGG?’ te beantwoorden, is een externe analyse uitgevoerd om de relevante stakeholders te identificeren. Door middel van literatuuronderzoek en interviews is informatie opgedaan. Hierbij is gekeken naar de verschillende rollen van deze stakeholders en is er een stakeholderanalyse uitgevoerd. Deze analyses geven inzicht in wie de betrokken stakeholders in Twente zijn en wat hun specifieke rol is binnen het proces van de ketenaanpak. Dit zal worden beschreven per stap van de ketenaanpak KnGG in de tabellen hieronder, de verbeterpunten zijn gebaseerd op de uitgevoerde analyses. Voor de plekken waar geen gegevens zijn ingevuld, waren geen specifieke verbeterpunten vastgesteld. Dit betekent niet dat deze er mogelijk wel zijn. Een uitgebreide toelichting op de stakeholders is terug te vinden in Bijlage 1.

### 4.1 Stakeholderanalyse van de betrokken partijen

#### Stap 0. Ketenaanpak opzetten

Stakeholder	Rol	Verbeterpunten
Gemeente	Opdrachtgever <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanstellen lokale projectleider en czv.</li> <li>- Opbouwen netwerk.</li> <li>- Ondersteuning lokale stakeholders.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nog niet gestart in de 14 gemeenten.</li> <li>- Onvoldoende financiering en middelen.</li> <li>- Weinig beweegaanbod beschikbaar.</li> </ul>
Twente Koers	Kennisdeling, ondersteunend, en verbindend.	
JGZ	Kennisdeling.	
JOGG Landelijk	Kennisdeling, adviserende rol, ondersteunend lokale projectleider en regionale coördinatoren.	
Zorgverzekeraar	Kennisdeling, inkopen van de kinderGLI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nog geen erkende kinderGLI beschikbaar.</li> </ul>
Overheid en provincie Overijssel	Beleidmakers en financiering.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Te weinig financiering.</li> </ul>

#### Stap 1. Overgewicht signaleren

Stakeholder	Rol	Verbeterpunten
JGZ	Overgewicht signaleren en diagnosticeren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verouderde richtlijnen.</li> <li>- Verschil in benaderen gesprek overgewicht.</li> </ul>
Huisartsen/Kinderartsen	Overgewicht signaleren en diagnosticeren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moeilijk te bereiken voor deelname aan KnGG (76).</li> </ul>
Paramedici	Overgewicht signaleren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weinig signalering vanuit deze stakeholders.</li> </ul>

## Stap 2. Vaststellen wat er speelt

Stakeholder	Rol	Verbeterpunten
Czv (Kan worden ingevuld door de JGZ of andere professionals, zoals maatschappelijk werker, dit geldt voor alle plekken in de tabellen waar czv wordt benoemd)	Brede anamnese van de onderliggende oorzaken overgewicht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stigmatiserend gesprek overgewicht</li> <li>- Goed informeren van ouders, zij zien het overgewicht probleem soms niet.</li> </ul>

## Stap 3. Samenhang en aanpak bespreken

Stakeholder	Rol	Verbeterpunten
Czv	Afstemmen met kind en ouders over oplossingen voor het probleem. Benaderen van andere professionals.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praktische informatie delen met ouders over andere professionals (71).</li> </ul>

## Stap 4. Plan maken en taken verdelen

Stakeholder	Rol	Verbeterpunten
Czv	Plan van aanpak maken met kind en gezin.	

## Stap 5. Aan de slag

Stakeholder	Rol	Verbeterpunten
Czv	Ondersteunend, doorsturen naar de juiste professionals.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terugkoppeling en feedback met professionals (71).</li> </ul>
Paramedici (Belangrijk zijn fysiotherapeuten, diëtisten)	Adviseren en begeleiden van kind en gezin op voeding en beweging.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysiotherapeut: passend tarief kinderGLI.</li> </ul>

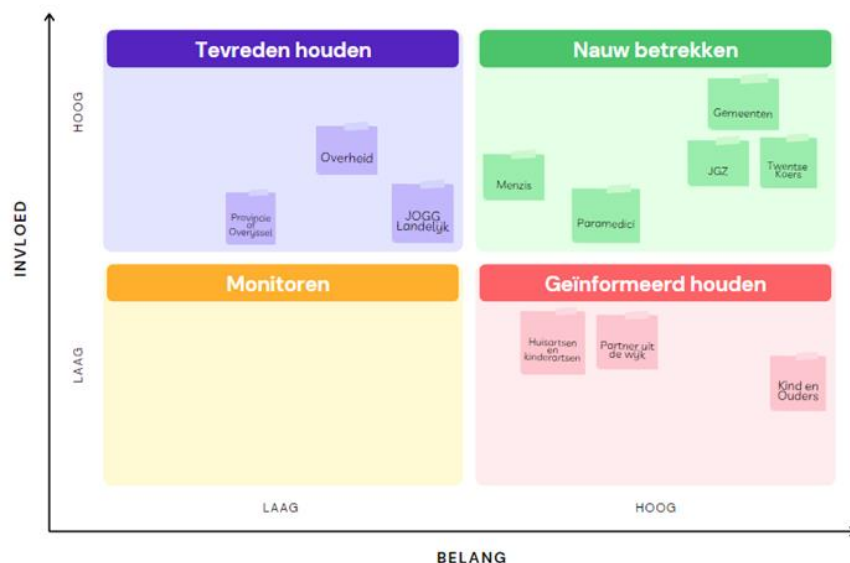


Partners uit de wijk (Belangrijk zijn maatschappelijk werker, beweegaanbieders)	Adviseren en begeleiden kind en gezin, met diverse professionals.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elkaar goed weten te vinden (71).</li> <li>- Terugkoppeling geven (71).</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Stap 6. Zorgen dat het blijft werken

Stakeholder	Rol	Verbeterpunten
Czv	Lichte ondersteuning van kind en gezin.	

In *figuur 8* zijn de invloedssferen en van de stakeholders opgenomen. Hierin worden de verschillende stakeholders gepresenteerd met hun invloed en belangen binnen de ketenaanpak, gebaseerd op de stakeholder analyse. Het figuur benadrukt het belang van nauwe betrokkenheid van verschillende stakeholders bij de ketenaanpak, aangezien deze aanpak een nauwe samenwerking tussen verschillende professionals vereist.



*Figuur 8: De stakeholder analyse met de invloed en belangen binnen de ketenaanpak.*

## Samenvatting hoofdstuk 4

Belangrijke stakeholders bij het opzetten van de ketenaanpak KnGG zijn de gemeente als opdrachtgever, Twentse Koers, JGZ, JOGG Landelijk, Zorgverzekeraar, en de overheid en provincie Overijssel.

Voor het signaleren en diagnosticeren van overgewicht spelen JGZ, huisartsen en kinderartsen een belangrijke rol, paramedici kunnen ook op zicht signaleren.

De czv is belangrijk in de stappen van de begeleiding van het kind en gezin.

Bij de uitvoering van het plan zijn andere professionals in het netwerk belangrijk, vooral paramedici en partners uit de wijk.

## 5. Twentse Koers

Om de deelvraag ‘Wat is de rol van Twentse Koers in de ketenaanpak KnGG?’ te beantwoorden, is een interne analyse uitgevoerd. Hierbij is onderzocht wat de missie en visie zijn van Twentse Koers, en welke middelen zij hebben om de ketenaanpak KnGG te ondersteunen. Deze informatie is verkregen uit literatuur en uit gesprekken met de werknemers van Twentse Koers. Deze analyse biedt inzicht in hoe Twentse Koers kan bijdragen aan de uitvoering van de ketenaanpak.

### 5.1 Visie van Twentse Koers

De missie en visie van Twente Koers moet worden meegenomen als we kijken naar het implementeren van de ketenaanpak KnGG daarom gaat dit hoofdstuk over Twentse Koers.

Twentse Koers is een strategische regionale samenwerking tussen de veertien Twentse gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, Samen Twente en provincie Overijssel (12). Daarnaast zijn er nog samenwerkingen met andere partners zoals huisartsen, zorgaanbieders en welzijnsstichtingen. Ze zorgen voor een samenwerkingsverband tussen de verschillende partners om de juiste zorg op de juiste plek voor de inwoners van Twente te realiseren. Ze versterken de samenwerking tussen het publieke-, medische-, en sociale domein (12).

Ze streven naar een integraal, passend en duurzaam aanbod van zorg en ondersteuning in Twente. Dit bereiken ze door domein overstijgende projecten uit te voeren die bijdragen aan de beschikbaarheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in de regio (87).

De eigenaren van Twentse Koers, bestaan uit de veertien Twentse gemeenten, SamenTwente, Menzis en Provincie Overijssel. Zij zijn verantwoordelijk voor besluitvorming, organisatie van thema's, projecten en financiële dekking (88). Gezamenlijk zorgen ze ervoor dat de inwoner centraal staat, met als overkoepelend doel het realiseren van meer gezonde levensjaren voor de Twentse inwoners, wat bijdraagt aan het verhogen van de kwaliteit van leven (12).

Twentse Koers maakt gebruik van regionale mogelijkheden voor professionele ondersteuning door kennis te delen en gezamenlijke initiatieven te ontplooiën. De uitvoering blijft op lokaal niveau, waarbij elke gemeente en hun partners betrokken zijn. Ze versterken de regionale samenwerking met alle partners in het brede sociale domein en zorgdomein door gezamenlijk ambities vast te stellen en samen te werken aan het behalen van doelen. Door verschillende partijen, waaronder uitvoerende instanties, betrokken partners op regionaal en lokaal niveau, te verbinden, wordt de behaalde vooruitgang behaald en gewaarborgd (69).

Met de Nederlandse zorg onder druk, zijn er in 2023 diverse landelijke akkoorden tot stand gekomen. Deze omvatten het IZA en GALA, die zich richten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg (89). Vanuit deze akkoorden zijn gemeenten verplicht met verschillende doelen bezig te gaan, wat de noodzaak benadrukt voor domein overstijgende regionale samenwerking. Er is een regiobeeld gemaakt dat als basis dient voor het

Regioplan Twente. Dit plan vormt een gezamenlijke aanpak voor de uitdagingen met betrekking tot urgente zorgvraagstukken.

Het Regioplan is tot stand gekomen met alle betrokken partijen in Twente, om samen gezamenlijke doelstellingen en ambities te realiseren omtrent de gezondheid van de inwoners. Het beschrijft de opgaven in Twente, de aanpak ervan en de samenwerking met partijen in de regio. Het is een gezamenlijke agenda voor de komende jaren (2023-2026) (90). Binnen de Twentse Koers wordt er programmatisch gewerkt, met vier themalijnen benoemd in het regioplan: bestaanszekerheid, ouderen, mentale gezondheid en preventie en gezondheid.

Binnen de themalijn preventie en gezondheid ligt de nadruk op het streven naar een gezondere Twentse bevolking. Dit wordt gedaan door het bevorderen van een gezonde levensstijl, met de nadruk op beweging, gezonde voeding en het verminderen van middelengebruik. Binnen deze themalijn vallen 7 projecten: 1. Kansrijke start en kansrijk opgroeien, 2. Gezonde Koers voor Kinderen, 3. Volwassenen naar Gezond(er) Gewicht, 4. Valpreventie, 5. Aanpak middelengebruik, 6. In beweging met, 7. Versterken zelfstandigheid bij licht verstandelijke beperking (87).

Binnen dit kader wordt het project 'Gezonde Koers voor Kinderen' uitgevoerd, dat zich richt op twee subprojecten.

Het eerste subproject, JOGG, is al actief in 11 gemeenten en richt zich op het creëren van een gezondere omgeving voor opgroeiende kinderen en jongeren. Denk hierbij aan scholen, werkplekken en vrijetijdsbestedingen. De regionale uitvoering van JOGG ligt voornamelijk in handen van GGD Twente, in samenwerking met gemeenten en professionals, maar er wordt ook samengewerkt met Twentse Koers. Het streven is om JOGG uit te breiden naar alle 14 gemeenten in Twente (90).

Het tweede subproject is de inzet van de ketenaanpak KnGG deze ketenaanpak wordt omschreven in het GALA voor kinderen met overgewicht. Deze aanpak legt de nadruk op samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein, waarbij Twentse Koers de regionale samenwerkingen faciliteert en organiseert. Het doel is om gemeenten te ondersteunen bij de implementatie van KnGG en te laten aansluiten bij bestaande initiatieven. De meerwaarde van deze regionale aanpak ligt onder andere in het delen van kennis, samenwerkingen en het monitoren van de voortgang (90).

## 5.2 Middelen en mogelijkheden van Twentse Koers

Met behulp van de I-OF-HELP tool is de positie van de Twentse Koers in kaart gebracht in een implementatieplan. De afkortingen van de I-OF-HELP staan voor: information, organization, finances, housing, equipment, legal equality, and personel.

### **Informatie**

De informatie die Twentse Koers nodig heeft, krijgen ze uit onderzoek van professionals, daarnaast ontvangen ze landelijke informatie en waardevolle inzichten door gesprekken te voeren met verschillende stakeholders en hun eigen 17 eigenaren. Voor KnGG wordt de informatie hoofdzakelijk verkregen uit informatiefolders van 'Kind naar Gezonder Gewicht', JOGG Landelijk, JGZ, Menzis en tijdens overleggen met diverse betrokken stakeholders.

### **Organisatie**

Twentse Koers is een coalitie met 17 eigenaren, de 14 Twentse Gemeenten, Menzis zorgverzekering en zorgkantoor, provincie Overijssel en Samen Twente. Twentse Koers werkt daarnaast samen met ruim 300 partners (12).

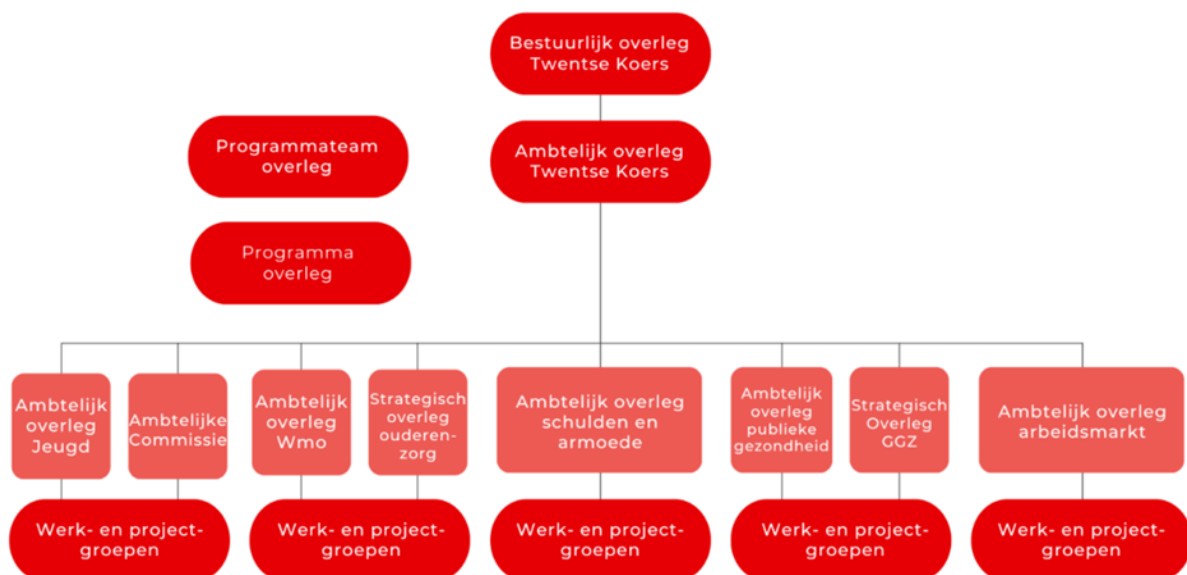
De organisatie werkt met en voor de eigenaren en partners. Ze verstrekken informatie, signaleren problemen en bespreken deze en zetten samenwerkingsverbanden op.

Binnen Twentse Koers zijn er verschillende overlegvormen om de samenwerking te structureren en besluiten te kunnen nemen. De belangrijkste lijn om besluiten te kunnen nemen zijn het ambtelijk en bestuurlijk overleg. In het Ambtelijk Overleg (AO) en Bestuurlijk Overleg Twentse Koers (BO) zijn alle eigenaren vertegenwoordigd. In het AO worden zaken voorbesproken die vervolgens op het BO vastgesteld worden.

Inhoudelijk wordt gewerkt met project- en werkgroepen. In de projectgroepen wordt per project gesprekken gevoerd met de 14 gemeenten en Twentse Koers, waarin de regionale ambities vastgesteld worden, kennis gedeeld wordt en ook afspraken gemaakt worden. Daarnaast zijn er domein overstijgende werkgroepen. Hierin zitten vertegenwoordigers uit diverse beroepsgroepen en beleidsmedewerkers die verschillende projecten bespreken en afspraken maken over ieders verantwoordelijkheid en inzet. De overlegstructuur van Twentse Koers staat in *figuur 9*.

De uitvoering gebeurt op gemeentelijk niveau, daarom is er ook op gemeentelijk niveau een projectgroep.

Voor KnGG is de domein overstijgende werkgroep van groot belang. Nu KnGG zich in de opstartfase bevindt, is het belangrijk dat er overleggen plaatsvinden met verschillende beroepsgroepen en beleidsmedewerkers die kunnen bijdragen aan de ketenaanpak. Twentse Koers is de kartrekker van deze domein overstijgende werkgroep.



*Figuur 9: De verschillende overlegvormen van de Twentse Koers.*

### **Financiën**

Financiële middelen van de Twentse Koers komen uit diverse subsidies en specifieke uitkeringen. De belangrijkste hiervan is de IZA SPUK. De eigenaren van Twentse Koers doen

zelf (bijna) geen financiële bijdrage aan Twentse Koers, maar zijn wel risicodragers. De provincie Overijssel vormt daarop een uitzondering en verstrekt subsidies aan Twentse Koers ten behoeve van een beperkt aantal projecten.

Voor KnGG wordt uit deze subsidie de regionale projectleider en de overige regionale projectkosten bekostigd. Twentse Koers heeft hiermee voldoende middelen voor hun inzet. Gemeenten maken gebruik van de middelen uit GALA SPUK, vaak aangevuld met een budget uit de algemene middelen voor het implementeren en uitvoeren van KnGG. Twentse Koers is een coalitie, zonder eigen rechtsvorm. Ze heeft een gastheer constructie met SamenTwente. Daarmee verzorgt SamenTwente de huisvesting en bedrijfsvoering voor Twentse Koers.

### **Wettelijke kaders**

Er zijn diverse wettelijke kaders waarbinnen de projecten van Twentse Koers uitgevoerd worden. Gemeenten hebben onder andere te maken met de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning, Participatiewet en de Wet publieke gezondheid. GGD Twente heeft voornamelijk te maken met de Wet publieke Gezondheid. De zorgverzekeraars hebben de Zvw en Wet Langdurige Zorg (WLZ). Deze wetten zitten in de uitvoering bij de eigenaren, waar Twentse Koers rekening mee moet houden. Deze wetgeving geldt uiteraard ook voor KnGG.

### **Personeel**

Het personeel van Twentse Koers bestaat uit circa 25 medewerkers voor regionale organisatie, denk hierbij aan themaleiders, projectleiders en projectmedewerkers, deze zijn aangevuld met 17 medewerkers, die lokale ondersteuning bieden aan gemeenten. Voor KnGG is er één regionale projectleider actief, ondersteund door een themaleider met kennis van meerdere projecten, waaronder KnGG. Van de 17 medewerkers voor de lokale uitvoering zijn er ook enkele betrokken bij KnGG.

## **Samenvatting hoofdstuk 5**

Twentse Koers missie en visie is gericht op het beiden van de juiste zorg op de juiste plek voor de Twentse inwoner, dit wordt gedaan door het versterken van samenwerkingen tussen het publieke, medische en sociale domein. De nadruk ligt in kennis delen en het stimuleren van gezamenlijke initiatieven. De nadruk binnen de themalijn Preventie en gezondheid ligt op het streven naar een gezondere Twentse bevolking, waarbij KnGG lokaal wordt uitgevoerd met ondersteuning van Twentse Koers.

Informatie voor KnGG wordt voornamelijk gekregen uit informatiefolders van 'Kind naar Gezonder Gewicht', JOGG Landelijk, Menzis en tijdens overleggen met diverse stakeholders. De domein overstijgende werkgroep speelt een cruciale rol in de opstartfase van KnGG, waar Twentse koers kartrekker is.

KnGG wordt gefinancierd uit subsidies voor de regionale projectleider en door de GALA SPUK-middelen van gemeenten, vaak aangevuld met algemene middelen. Er is één regionale projectleider actief, ondersteund door een themaleider, en enkele medewerkers voor de lokale uitvoering.

# 6. Scenario's

Om de deelvraag 'Wat is het beste scenario in de ketenaanpak?' te beantwoorden, worden verschillende scenario's overwogen die mogelijk zijn voor de gemeenten. Deze scenario's bieden een beeld voor mogelijke opties. De keuze tussen de scenario's zal worden ondersteund door een Multi-Criteria Cost-Benefit Analysis (MCCBA), waarbij de beste opties worden bepaald op basis van de MCCBA. Deze analyse van de scenario's zal helpen om een implementatie plan voor de ketenaanpak KnGG te ontwikkelen

## 6.1 Mogelijke scenario's

In de vorige hoofdstukken zijn de ketenaanpak, ervaringen en andere relevante aspecten besproken. Hieruit blijkt dat er verschillende manieren zijn voor gemeenten om de ketenaanpak in te richten en te starten. Het is echter nog onduidelijk welke mogelijkheden het meest gunstig zijn. Door verschillende scenario's te analyseren met de MCCBA (multi-criteria cost benefit analyse) kan worden beoordeeld op welke criteria ze goed of minder goed scoren. Deze criteria zijn vermeld in *tabel 9* en zijn gebaseerd op bevindingen uit dit rapport. Enkele criteria wegen zwaarder, zoals kosten en middelen, omdat gemeenten beperkte financiële middelen hebben. Daarnaast zijn de onderliggende oorzaken van belang. Het is belangrijk dat de aanpak effectief is in het aanpakken van onderliggende oorzaken, aangezien dit centraal staat in de ketenaanpak KnGG. deze analyse biedt inzicht in de beste opties voor de ketenaanpak.

De verschillende scenario's laten eerst zien wat de randvoorwaarden zijn waaraan gemeenten verplicht moeten voldoen vanuit de overheid. Een van de scenario's beschrijft de optimale ketenaanpak die de beste uitkomst voor kinderen met overgewicht zou kunnen bieden. Dit zijn de uiterste scenario's. Daartussen bevinden zich verschillende keuzes die gemeenten kunnen maken. Deze keuzes variëren tussen een regionale aanpak en een lokale aanpak en op welke schaal ze de implementatie willen uitvoeren. Deze scenario's worden benoemd met het oog op het huidige budget dat beschikbaar is. Gemeenten hebben tot 2025 een bepaald bedrag gekregen vanuit de overheid om de implementatie van KnGG te starten. Door te focussen op de huidige financiële situatie, wordt een realistisch en uitvoerbaar beeld geschetst van wat gemeenten nu kunnen doen en wat het beste scenario is om de ketenaanpak te implementeren.

### **Scenario: Minimale randvoorwaarden voor de ketenaanpak KnGG**

Vanuit het IZA zijn ze bezig met het ontwikkelen van toegankelijk ketenaanbod voor kinderen met overgewicht en obesitas. Om dit te realiseren, is het nodig om in alle gemeenten de ketenaanpak beschikbaar te hebben. Uit het GALA blijkt dat het niet per se betekent dat elke gemeente zelf een ketenaanbod binnen de gemeentegrenzen moet hebben. Het volstaat om hierover regionale afspraken te maken met andere gemeenten.

De minimale randvoorwaarden waar de lokale ketenaanpak KnGG aan moet voldoen omvatten (91):

- Het vaststellen van samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraar
- Verkrijgen van inzicht in de doelgroep en hun problematiek
- Het aanstellen van een projectleider



- Contracteren van professionals met de benodigde vaardigheden en opleiding
- Gezamenlijk plan van aanpak opstellen voor monitoring en

De minimale vereisten voor de inkoop/contractering omvatten (91):

- Gemeenten hun aanbod moeten afstemmen op lokale behoeften, zij moeten hierbij voldoende en passend aanbod bieden op gebied van schuldhulpverlening, opvoedondersteuning, sport- en beweegaanbod, activiteiten gerelateerd aan gezonde voeding, en activiteiten voor sociaal-emotioneel ontwikkeling.
- Afspraken over de financiering van monitoring en evaluatie
- Professionals gecontracteerd die overgewicht kunnen signaleren, vaststellen, en die de rol van de czv kunnen vervullen.

Als uitgangspunt voor het opzetten van de aanpak wordt het landelijk model gehanteerd.

**Scenario: De optimale ketenaanpak KnGG**

De gemeente heeft een geïntegreerde ketenaanpak opgezet waarbij zorg- en sociaal domein nauw samenwerken. Minimaal twee czv per gemeente coördineren de zorg en ondersteuning, geleid door een breed netwerk van multidisciplinaire teams. Een projectleider per gemeente stuurt het proces aan.

Jaarlijkse worden alle kinderen op scholen gescreend door professionals en wanneer overgewicht wordt geconstateerd wordt er doorverwezen naar een czv die een uitgebreide anamnese afneemt, waarbij er wordt gewerkt met de brede blik en ook wordt gekeken naar medische, psychosociale en omgevingsfactoren. Alle kinderen met overgewicht kunnen worden geïnccludeerd in de ketenaanpak.

Er zijn diverse interventies beschikbaar in de gemeente voor de doelgroep, waaronder een kinderGLI en voldoende sport- en bewegingsprogramma's. Ook zijn er voorlichtingsprogramma's om de bewustwording te vergroten over het bevorderen van gezonde voeding, fysieke activiteit en gezond gedrag. Verder zijn de scholen goed aangesloten bij de aanpak. Alle vindplekken worden goede benut en zetten in op een gezonde leefomgeving voor de kinderen. Er is verder een goede borging van de behaalde resultaten van de kinderen en gezin doordat er passend regulier aanbod is zoals sportaanbod.

Er zijn regelmatig evaluaties met feedback van de betrokken partijen om de aanpak te optimaliseren. Hierbij zijn er periodieke overlegstructuren met stakeholders om goede afstemming te hebben met elkaar. De gemeenten maken gebruik van structurele financieringsmogelijkheden om de ketenaanpak te financieren.

**Scenario 1: regionaal, gemeente breed geïmplementeerd:**

In dit scenario werken meerdere gemeenten samen om een sub regionale projectleider en twee sub regionale czv aan te stellen. De projectleider samen met de czv zijn verantwoordelijk voor het coördineren van zorg en begeleiding voor alle kinderen met overgewicht in de betrokken gemeenten. De kosten voor de projectleider en de czv worden gezamenlijk door de gemeenten betaald. Verdere regionale kansen worden ook benut, zoals gezamenlijke scholing en duidelijke afspraken van de ketenaanpak. Hierbij zijn er geen focuswijken, wat betekent dat de aanpak breed in elke gemeente wordt geïmplementeerd, zodat alle kinderen met overgewicht geholpen kunnen worden.

### **Scenario 2: regionaal, focuswijk:**

In dit scenario werken meerdere gemeenten samen om een regionale projectleider en twee regionale czv aan te stellen. De projectleider samen met de czv zijn verantwoordelijk voor het coördineren van zorg en begeleiding voor kinderen met overgewicht in de gemeenten. De kosten voor de projectleider en de czv worden gezamenlijk door de gemeenten betaald. Verdere regionale kansen worden hier ook benut, zoals gezamenlijke scholing en duidelijke afspraken van de ketenaanpak. De focus ligt hierbij op kinderen vanaf een matig verhoogd GGR en er wordt gewerkt binnen focuswijken. De gemeenten delen gezamenlijk de kosten van de czv en de projectleider, en richten hun aanpak op de kwetsbare kinderen binnen de geselecteerde focuswijken.

### **Scenario 3: lokaal, gemeente breed geïmplementeerd:**

In dit scenario worden alle vereisten van GALA die regionaal moeten worden uitgevoerd, opgepakt op regionaal niveau, terwijl de rest lokaal wordt aangepakt. Een gemeente stelt een lokale projectleider en lokale czv aan die verantwoordelijk zijn voor het coördineren van zorg en begeleiding van alle kinderen met overgewicht in die specifieke gemeente. Er is geen focuswijk, wat betekent dat de aanpak gemeente breed wordt geïmplementeerd en alle kinderen met overgewicht geholpen kunnen worden.

### **Scenario 4: lokaal, focuswijk:**

In dit scenario worden alle vereisten van GALA die regionaal moeten worden uitgevoerd, opgepakt op regionaal niveau, terwijl de rest lokaal wordt aangepakt. Een gemeente stelt een lokale projectleider en een lokale czv aan die verantwoordelijk zijn voor het coördineren van zorg en begeleiden voor kinderen met overgewicht in de specifieke gemeente. De focus ligt hierbij op kinderen vanaf een matig verhoogd GGR en er wordt gewerkt binnen focuswijken.

## **6.1.1 MMCBA**

<b>Criteria</b>	<b>Verklaring</b>	<b>Score-indicatie</b>
Kosten	De financiële vereisten voor de implementatie van de ketenaanpak in de gemeente.	'+' betekent dat de kosten meevallen, '-' betekent dat de kosten tegenvallen.
Tijd	De tijd die de gemeente moet investeren voor het opzetten van de ketenaanpak.	'+' betekent dat er weinig tijd voor moet worden vrijgemaakt, '-' betekent dat er veel tijd moet worden vrijgemaakt.
Middelen	De middelen en mankracht die de gemeente moet inzetten voor het opzetten van de ketenaanpak.	'+' betekent dat er weinig middelen moeten worden vrijgemaakt, '-' betekent dat er veel middelen moeten worden vrijgemaakt.
Relevant	Het specifiek richten op kinderen die het meeste baat bij hebben (grootste gezondheidsachterstand).	'+' betekent dat deze groep goed wordt benaderd, '-' betekent dat deze groep niet goed wordt benaderd.
Doelgroep	Effectiviteit in het bereiken van kinderen met overgewicht en hun ouders.	'+' betekent dat de doelgroep effectief wordt bereikt, '-' betekent dat de doelgroep niet effectief wordt bereikt.
Netwerk/Draagvlak	De mate waarin een groot netwerk wordt gerealiseerd.	'+' betekent dat er een groot netwerk is, '-' betekent dat er een klein netwerk is.

Lokale aansluiting	De mate waarin de werkzaamheden aansluiten bij de bestaande lokale initiatieven.	'+' betekent dat het goed aansluit bij lokale werkzaamheden, '-' betekent dat het niet goed aansluit bij lokale werkzaamheden.
Samenwerking	De effectiviteit van de samenwerking tussen verschillende partners.	'+' betekent dat er goede samenwerkingen zijn, '-' dat er geen goede samenwerkingen zijn.
Verminderen van overgewicht	De effectiviteit van de aanpak bij het verminderen van overgewicht bij alle kinderen in de gemeente.	'+' betekent dat het effectief is in de aanpak van overgewicht, '-' dat het niet effectief is in de aanpak van overgewicht.
Onderliggende oorzaken aangepakt	De mate waarin onderliggende oorzaken van overgewicht worden geïdentificeerd en aangepakt.	'+' betekent dat onderliggende oorzaken worden aangepakt, '-' betekent dat het voornamelijk op beweging en voeding is gericht.
Sociale & maatschappelijke impact	De impact op het welzijn van kinderen met overgewicht.	'+' betekent dat het welzijn van het kind verbetert, '-' betekent dat het welzijn niet verbetert.

**Tabel 9: De criteria van de MMCBA.**

Deze verschillende scenario's worden gescoord aan de hand van verschillende criteria die worden benoemd in de tabel hierboven. Hierin verschillen de scores van '---' voor een grote negatieve impact tot '+++' voor een grote positieve impact.

Criteria	Minimaal	Maximaal	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
Kosten	++	---	0	+	--	-
Tijd	++	---	-	-	--	--
Middelen	++	---	--	-	---	-
Relevant	--	+++	++	+++	++	+++
Doelgroep	--	+++	++	+	++	+
Netwerk	--	+++	++	++	+	+
Lokale aansluiting	--	+++	+	++	+++	+++
Samenwerking	--	+++	++	++	+	+
Verminderen van overgewicht	--	+++	++	+	++	+
Onderliggende oorzaken aangepast	--	+++	++	++	++	++

**Tabel 10: De MMCBA analyse.**

Op basis van de MCCBA komt er een optimale score uit, deze score wordt bepaald aan de hand van het optellen van de - en +. Het beste scenario zou de optimale ketenaanpak zijn op basis van de verschillende criteria, maar aangezien er bepaalde criteria zwaarder wegen, is

het beste scenario waarbij regionaal wordt samengewerkt met focuswijken. Het is het meest kostenefficiënt en relevant voor de groep met de gezondheidsachterstand, wat bijdraagt aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen. Daarna volgt het scenario waarin regionaal wordt samengewerkt waarbij alle kinderen met overgewicht worden betrokken, hierbij is het ook redelijk kostenefficiënt vergelijken met de lokale scenario's. De onderdelen van de verschillende scenario's worden ook nog dieper besproken in het advies, waarbij er goed wordt gekeken wat er haalbaar is voor de gemeenten.

# 7. Advies

In de voorgaande hoofdstukken is de situatie rondom KnGG geanalyseerd. Door middel van onderzoek, interviews en overleg met betrokkenen is er inzicht verkregen. In dit hoofdstuk worden op basis van de bevindingen de conclusie en discussie besproken. Aansluitend volgt een advies met een concreet stappenplan, een implementatieplan en een tijdslijn.

## Conclusie

Overgewicht bij kinderen vormen een toenemend probleem, ook in Twente. Verschillende gezondheidsaspecten spelen hierbij een rol, zoals ongezonde voeding en verminderde fysieke activiteit. Deze factoren worden beïnvloed door familie, sociaal, milieu- en culturele omstandigheden. Overgewicht bij kinderen kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven, gezondheidsrisico's en verhoogde sociale kosten. Het heeft niet alleen invloed op het welzijn van het kind nu, maar verhoogd ook het risico op ziekten op latere leeftijd en kan psychologische gevolgen hebben.

Effectieve aanpakken voor overgewicht bij kinderen zijn voornamelijk multi-interventies, gericht op dieet, lichamelijke activiteiten en gedragsveranderingen. Het is belangrijk dat deze interventies zich richten op verschillende aspecten van de omgeving van het kind, zoals school en gezin. Hierbij is het belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de complexe omstandigheden van het kind. Het landelijke model KnGG werkt zoals eerder genoemd met zes processtappen. Hierbij speelt de czv een belangrijke rol door te kijken naar de onderliggende oorzaken van overgewicht en hierbij het gezin te betrekken. De czv verwijst door naar andere professionals, met de nadruk op samenwerking tussen zorg- en sociaal domein.

In de koplopergemeenten heeft KnGG laten zien dat het opbouwen van het netwerk belangrijk is en goed moet aansluiten bij bestaande netwerken en werkzaamheden. Dit kost tijd en moet goed geïnvesteerd worden. Hier wordt gekozen voor focuswijken. Het betrekken van huisartsen, sociale wijkteams en scholen is een uitdaging. Het netwerk moet goed onderhouden worden met duidelijke rolverdelingen en verwachtingsmanagement. Dit wordt besproken in projectgroepen waar samenwerkingsafspraken worden gemaakt. De czv is een belangrijk onderdeel van de aanpak en kan goed belegd worden bij de JGZ of iemand uit het sociaal domein.

In Twente ligt het percentage kinderen met overgewicht hoger dan het landelijk gemiddelden, en het aantal kinderen dat aan de beweegnorm voldoet, is lager. De Twentse gemeenten zijn nog niet gestart met de ketenaanpak KnGG, er is nog geen lokale ketencoördinator en geen kinderGLI beschikbaar. Wel is de interventie Cool2BFit gestart in meerdere gemeenten, hoewel dit in sommige gemeenten is gestopt vanwege onvoldoende resultaten. Veel gemeenten bieden extra gymlessen aan op basisscholen voor kinderen met een motorische achterstand. Gemeenten geven aan dat er al wel enkele samenwerkingen zijn in verschillende domeinen, maar dit kan beter. Ook geven ze aan dat er onvoldoende middelen zijn en de opdracht vaak niet duidelijk is.

Belangrijke stakeholders voor de opzet van de ketenaanpak zijn de gemeenten, Twentse Koers, JOGG Landelijk, JGZ, Menzis, de overheid en de provincie. Huisartsen, kinderartsen en JGZ zijn belangrijk voor de signalerende rol. De czv kan belegd worden bij JGZ of een andere professionals, zoals maatschappelijk werker, en is belangrijk voor de begeleiding van

het kind en doorverwijzing naar andere professionals zoals paramedici en partners uit de wijk.

Twentse Koers heeft een ondersteunende en adviserende rol voor de gemeenten, waarbij ze gebruik maken van regionale mogelijkheden voor ondersteuning door kennis te delen en gezamenlijke initiatieven te ontplooien, hoewel de uitvoering lokaal blijft.

Het meest effectieve scenario is als gemeenten regionaal samenwerken, de lokale projectleider en czv regionaal delen. De focus ligt hierbij op kinderen vanaf een matig GGR in focuswijken.

Om KnGG zo goed mogelijk te implementeren in Twente is het belangrijk dat gemeenten starten met de ketenaanpak, waarbij de czv en lokale projectleider in sub-regio's worden gedeeld. Er zijn minimaal twee czv, waarvan één bij de JGZ en één bij de maatschappelijk werker. Er wordt gekozen voor een focuswijk. Belangrijk is het netwerk op te zetten met de stakeholders. Waarbij Twentse Koers zorgt voor de ondersteunde en adviserende rol voor de gemeenten. Echter, een grote uitdaging blijft het gebrek aan voldoende middelen, tijd en financiering.

## Discussie

Het implementatierapport brengt een aantal uitdagingen en beperkingen met zich mee. Deze discussie zal enkele belangrijke aspecten belichten.

Een van de beperkingen van dit onderzoek is het beperkte aantal stakeholders dat betrokken is geweest bij de interviews. Er is slechts één persoon per beroepsgroep geïnterviewd. Dit kan een vertekend beeld geven, aangezien deze ene persoon mogelijk niet de meningen deelt van de gehele beroepsgroep. Diverse perspectieven kunnen sterk verschillen, afhankelijk van persoonlijke ervaringen en kennis. Het is belangrijk om in vervolgonderzoek een grotere representatie van de beroepsgroep te betrekken om de verzamelde informatie verder te toetsen.

Daarnaast hebben enkele KnGG gemeenten niet gereageerd op interviewverzoeken. Dit heeft geleid tot onvolledig beeld van de verschillende implementatiefases van de ketenaanpak. Het ontbreken van reacties uit bepaalde gemeenten kan ertoe leiden dat ik een aantal inzichten mis over de implementatie van KnGG.

Verder is overgewicht een complex probleem met meerdere onderliggende oorzaken. Deze complexiteit maakt het moeilijk om de effectiviteit van de ketenaanpak goed te beoordelen. Bovendien is de ketenaanpak vrij nieuw en nog in de beginfase, waardoor er in de meeste gemeenten beperkte data beschikbaar is over de effectiviteit. Gemeenten geven echter aan positieve ervaringen te hebben met de ketenaanpak. Vanuit een aantal interviews met de koplopergemeenten wordt benoemd dat ze bezig zijn het analyseren van data uit de ketenaanpak. Deze data zou waardevol kunnen zijn voor verdere onderzoeken naar de ketenaanpak en de implementatie van KnGG.



## Advies

Voor het advies heb ik een stappenplan ontwikkeld. Dit stappenplan helpt gemeenten in Twente bij het implementeren van de ketenaanpak KnGG, met als doel overgewicht bij kinderen aan te pakken. De gemeenten zijn de opdrachtgever in de ketenaanpak en moeten actief betrokken zijn bij het opzetten van de ketenaanpak.

### **Stap 1: Aanstellen van een lokale projectleider**

De rol van de lokale projectleider kan sub regionaal belegd worden. De lokale projectleider kan worden gedeeld door meerdere gemeenten, dit kan per sub-regio's. Dit is belangrijk om krachten te bundelen, gedeelde financiering, en expertise uit te wisselen. De projectleider kan expertise van de ene gemeente meenemen naar de andere, waardoor de implementatie effectiever wordt. Hierbij is het wel belangrijk om de lokale context mee te nemen. Voor de samenwerking is het belangrijk dat de gemeenten in de sub-regio dezelfde instelling en energie hebben om te beginnen met de ketenaanpak. De lokale projectleider is belangrijk voor het opstarten van de ketenaanpak in de gemeenten en het opbouwen van het netwerk.

### **Stap 2: Beleggen van czv's**

De czv kan per gemeente worden opgeleid of regionaal worden gedeeld. Het advies is om dit regionaal te doen om kosten te besparen. Het is wenselijk om minimaal twee czv op te leiden zodat zij met elkaar kunnen sparren en samenwerken. Hierbij het advies om de rol van minimaal één czv te beleggen bij de jeugdverpleegkundige, aangezien deze professionals al in contact staan met het kind en gezin. Ook omdat bij kinderen vanaf een matig GGR zou de bekostiging van de czv wordt vergoed vanuit de Zvw als de rol van de czv is belegd bij een jeugdverpleegkundige (mits er aan de voorwaarde wordt voldaan: er is overgewicht vanaf een matig GGR en er is een kinderGLI aanwezig). Voor de andere czv is het advies om te kijken naar een andere professionals die goed bij de gemeente past, dit zou goed een maatschappelijk werker kunnen zijn. Kinderen en gezinnen hebben vaak complexe problemen die niet altijd medisch zijn. De JGZ heeft dan minder kennis hierover dan een maatschappelijk werker. Daarom is in sommige gevallen een czv uit een andere achtergrond geschikter. Een combinatie van JGZ en een andere professional zou optimaal zijn, zodat ze kunnen sparen en ervaringen delen. Ook afhankelijk van de oorzaken en factoren die van invloed zijn op het aanpakken van overgewicht kan dan de professional ingezet worden die de meeste expertise heeft op die factoren. Er moet wel genoeg tijd en middelen vrij worden gemaakt zodat de czv goed geschoold kan worden. Een uitdaging van de czv is ook dat het lastig is om het gesprek aan te gaan en de ouders te motiveren, hierbij moet genoeg aandacht voor zijn en kan een scholing voor komen. Ook is het belangrijk dat de czv betrokken is bij het opbouwen van het netwerk.

### **Stap 3: Bepaal je doelgroep**

Kunnen alle kinderen zich aanmelden of alleen kinderen die worden vergoed vanuit de Zvw dus vanaf een matig GGR? Het advies is dat alle kinderen met overgewicht zich kunnen aanmelden, mits de middelen van de gemeenten dit toelaten. Dit voorkomt dat kinderen met licht overgewicht buiten de boot vallen en uiteindelijk een ernstigere vorm van overgewicht gaan ontwikkelen. De Zvw vergoedt maar een klein deel van de kinderen met bepaalde voorwaarden, waaraan momenteel nog niet kan worden voldaan. Hierdoor moeten gemeenten al een groot deel van de kosten voorlopig zelf dragen. Er ligt ook een uitdaging in het verweven van voldoende deelnemers, doordat de meeste aanmeldingen voornamelijk vanuit de JGZ komen, dit kan ook een reden zijn om te kiezen voor de brede doelgroep.

Overweeg wel om verschillende leeftijdsgroepen apart te benaderen vanwege hun variërende behoefte en bereikbaarheid. Kinderen tot 12 jaar zijn makkelijker te bereiken via scholen en ouders, dit is lastiger voor oudere kinderen. Ook hebben oudere kinderen meer vertrouwen in specialisten, waarbij tot 12 jaar de ouders nog veel invloed hebben.

#### **Stap 4: starten in focuswijken**

Wordt de aanpak gemeente breed ingezet of wordt er gestart in focuswijken? Hierbij het advies om te starten in focuswijken. Dit helpt om de middelen efficiënt te gebruiken en de gezondheidsverschillen binnen de gemeente te verkleinen. Het opstarten van de aanpak in focuswijken maakt het mogelijk om het netwerk op te bouwen en te kijken hoe de aanpak werkt, waarna het kan worden uitgebreid naar andere wijken.

#### **Stap 5: Opzetten van het netwerk**

Wie is er nodig bij het netwerk? Hierbij is het belangrijk om te beginnen met betrokken professionals die energie hebben en die het nut van de ketenaanpak zien. Belangrijk is om hier de juiste mensen aan tafel te hebben en ze betrokken te houden. Het opbouwen is ook belangrijk omdat de zorgverzekeraar aangeeft dat waarschijnlijk een voorwaarde gaat zijn om in aanmerking te komen voor een vergoeding dat de gemeente een KnGG-gemeente moet zijn. Hierbij moet het gemeentelijke domein al goed ingericht zijn en een netwerk staan. Hierbij is de projectleider belangrijk om dit netwerk goed op te bouwen en knopen door te hakken. Het netwerk heeft hierbij concrete informatie nodig over wat de ketenaanpak is en welke stappen er moeten worden gezet, en hoeveel tijd dit kost. Er zijn vaak al bestaande netwerken waarbij kan worden aangesloten. De informele zorg bijvoorbeeld, zoals de samenwerkingen met sportbedrijven, belangrijk om kinderen te stimuleren om deel te nemen aan beweegactiviteiten zijn vaak al aanwezig in de gemeenten. Dan zijn de professionals belangrijk die overgewicht kunnen signaleren zoals de JGZ, huisartsen en kinderartsen, ook zijn andere professionals belangrijk zoals fysiotherapeuten en scholen, maar hier wordt gezien dat de doorverwijzingen vanuit deze professionals minder zijn en is daarom wel belangrijk om ze te betrekken en uit te leggen wat hun rol hierin kan zijn. De czv is dan belangrijk voor de brede anamnese en stuurt het kind met gezin door naar het netwerk. Hierbij zijn paramedici en partners uit de wijk belangrijk. Dit zijn onder andere kinderfysiotherapeuten, diëtisten, sport bedrijven en sociale basis organisaties. Belangrijk is dat het zo veel mogelijk aansluit bij bestaande werkzaamheden om het zo goed mogelijk in te bedden in de organisatie. Bijvoorbeeld huisartsen, sociale wijkteam en scholen zijn volgens de koplopergemeenten moeilijk te betrekken omdat overgewicht geen primair aandachtspunt is van hun dagelijks werk, het is wel belangrijk om hun te stimuleren dat kan bijvoorbeeld door informatiefolders op te sturen. Ook is een duidelijke rolverdeling, verwachtingsmanagement en goede communicatie onderling belangrijk, zodat ze weten wat KnGG inhoudt, wat hun rol hierin is en naar wie ze kunnen doorverwijzen. Periodieke overleggen zijn belangrijk om het netwerk aangehaakt te houden.

#### **Stap 6: Interventies en beweegaanbod**

Welke interventies kan het kind naartoe worden gestuurd voor beweegaanbod? Hierbij het advies om de interventies aan te passen aan de lokale situatie in de gemeente en gebruik maken van al bestaand lokaal aanbod. Bijvoorbeeld in scholen wordt er al veel gebruik gemaakt van extra gym of kennismakingslessen met verschillende sporten, dit is een goede laagdrempelige beweegactiviteit. Verder is het programma Cool2BFit al in meerdere gemeenten aanwezig. Cool2BFit loopt erg goed in Oldenzaal. Hier kan worden gekeken waarom het hier succesvol is en waarom deze aanpak in andere gemeenten is gestopt. Door de aanpak op deze onderdelen aan te passen, kan het mogelijk weer succesvol worden

geïmplementeerd in andere gemeenten. Er is namelijk de mogelijkheid dat Cool2BFit een erkende kinderGLI gaat worden. Het is hier wel van belang dat het geven van de kinderGLI wordt gedaan door een kinderfysiotherapeut.

### ***Stap 7: Monitoring en evaluatie***

Wie gaat de monitoring en evaluatie doen en wat wordt er gemonitord? Dit zou goed regionaal kunnen worden opgepakt. Hierbij is het belangrijk om meetbare doelen op te zetten voor zowel de korte als lange termijn. In het begin moet de focus liggen op het proces van de ketenaanpak en het welzijn van het kind. Evalueer hoe de ketenaanpak verloopt en verbeter op basis van de feedback. Zorg voor goede borging vanaf het begin, bij voorkeur een centraal systeem waar iedereen toegang tot heeft zodat informatie uitwisseling makkelijkere gaat tussen de betrokken professionals.

### ***Rol van Twentse Koers***

- Adviserende en ondersteunde rol van de gemeenten door hun kennisdeling.
- Het voortzetten van de regionale domein overstijgende werkgroepen voor de kennisdeling tussen de gemeente en beroepsgroepen.
- De connectie leggen met andere projecten zoals Kansrijke Start en Volwassene naar Gezond(e)r Gewicht om ervaringen en netwerk te benutten.
- Samenwerkingen met JOGG Landelijk zodat dat kan bijdragen aan een gezondere omgeving.
- Betrokken blijven met Menzis voor de landelijke ontwikkelingen van de kinderGLI en de czv en vergoeding ervan.
- Zorgen voor de regionale communicatie over de ketenaanpak. Zodat de gemeenten dit niet allemaal zelf hoeven te doen.
- Monitoring van de ketenaanpak op proces en het welzijn van het kind.

Dit advies is geschreven om gemeenten in Twente te ondersteunen bij het implementeren van de ketenaanpak KnGG. Door te focussen op samenwerking en het benutten van middelen en netwerken, kan dit advies bijdragen aan het verminderen van overgewicht bij kinderen in Twente. Het helpt gemeenten en Twente Koers met de juiste stappen in de richting van de implementatie van KnGG.

## Implementatie plan

Een implementatieplan voor de KnGG aanpak omvat verschillende elementen en technische aspecten. In het volgende deel worden deze elementen beschreven..

### **Vorbereidingsfase**

De gemeente moet een projectleider aanstellen die kan beginnen met het implementeren van de ketenaanpak.

De gemeenten moeten beslissen waar ze de rol van de czv beleggen en welke doelgroep ze willen bereiken. Vervolgens moet de czv worden opgeleid. Gezien de opleidingsduur van ongeveer zeven maanden, is het belangrijk om hier zo snel mogelijk mee te beginnen. De opleiding van czv's worden niet bekostigd door de Zvw, waardoor gemeenten hier niet op hoeven te wachten.

Twentse Koers moet kartrekker blijven van de regionale werkgroep en deze regionale werkgroep doorzetten met de betrokken partijen die een rol gaan spelen in de aanpak, die zorgt voor coördinatie en samenwerkingen tussen de verschillende betrokken partijen. Twentse Koers blijft op de hoogte van de ontwikkelingen en de bereidheid van gemeenten om te starten. Daarbij biedt Twentse Koers ondersteuning met informatie en netwerkverbindingen.

Twentse koers kan een stroomschema maken, zodat de gemeenten en betrokkenen goed weten wat KnGG is. Het visueel schema dat de processen en stappen in de ketenaanpak weergeeft, van signalering van kinderen met overgewicht en naar wie moet worden doorgestuurd. Dit helpt bij het inzichtelijk maken van de werkwijze en zorgt voor een duidelijke route voor betrokkenen.

### **Uitvoeringsfase**

De lokale projectleider van de gemeente moet een plan van aanpak opstellen voor de implementatie van KnGG. Een helder plan dat de stappen beschrijft, die nodig zijn om KnGG effectief te implementeren. Dit omvat doelen, tijdslijnen, verantwoordelijke partijen en benodigde middelen, zodat alle betrokkenen duidelijk weten wat er verwacht wordt. Vervolgens is het de taak van de projectleider, samen met de czv, om het netwerk actief te benaderen.

Als het netwerk staat is belangrijk dat de lokale projectleider een handboek met samenwerkingsafspraken opstelt. Een document waarin de rol en verwachtingen van elke betrokken partijen worden vastgelegd. Dit zorgt voor betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de partijen.

De projectleider kan een sociale kaart maken, een overzicht van bestaande initiatieven en bronnen binnen de gemeente die kunnen bijdragen aan de ketenaanpak. Deze kaart helpt bij het benutten van lokale middelen en het versterken van de samenwerkingen tussen verschillende partijen.

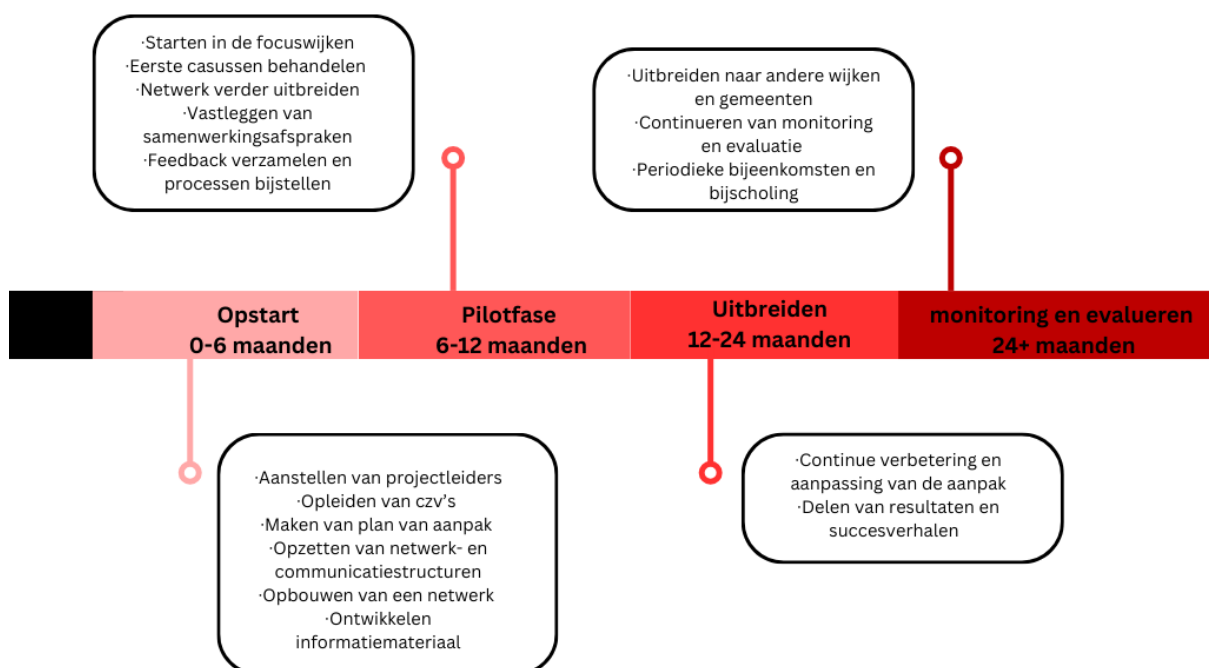
Twentse Koers kan communicatiemiddelen ontwikkelen zoals informatiefolders, praatplaten en andere communicatiematerialen die netwerkpartners informeren over de aanpak, de doelen en resultaten.

## Borgingsfase

De ketenaanpak moet worden gemonitord, hierbij zou een centraal systeem goed zijn om de voortgang en effectiviteit van de aanpak te volgen. Er moeten gegevens worden verzameld en eventuele verbeteringen worden geïdentificeerd.

## Tijdslijn

De tijdslijn laat zien in welk tijdbestek de verschillende onderdelen moeten worden aangepakt, de tijdslijn is te zien in *figuur 10*.



*Figuur 10: Tijdslijn met de verschillende fases dat onderdelen opgesteld moeten gaan worden.*

# Referenties

1. e-Vision.nl, The Netherlands. (z.d.). Inleiding. <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=10&rlpag=675>
2. World Health Organization: WHO. (2024). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=39%20million%20children%20under%20the,Obesity%20is%20preventable>
3. *Cijfers en feiten overgewicht*. (z.d.). Loketgezondleven.nl. <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/cijfers-en-feiten-overgewicht#:~:text=Overgewicht%20in%20Nederland&text=Van%20de%20kinderen%20van%204,vrouwen%20en%20alle%20leeftijdsgroepen%20afzonderlijk>
4. Webwensen, G. | R. U. (z.d.). *Hoe ontstaat obesitas, wat zijn de mogelijke gevolgen ervan en hoe kun je gezond afvallen?* <https://gamedi.nl/nieuws/Obesitas-oorzaken-gevolgen-en-mogelijke-behandeling>
5. Xu, S., & Xue, Y. (2015). Pediatric obesity: Causes, symptoms, prevention and treatment. *Experimental And Therapeutic Medicine*, 11(1), 15–20. <https://doi.org/10.3892/etm.2015.2853>
6. GGD Flevoland. (2016). Gezonde Jeugd in Almere: Aanpak gezond gewicht pact aanpak gezond gewicht Almere 2017-2021. in *Gezonde Jeugd in Almere* (pp. 1-3) [https://www.almere.nl/fileadmin/files/almere/wonen/Zorg\\_en\\_welzijn/Pact\\_Aanpak\\_Gezond\\_Gewicht\\_Almere\\_3.0\\_1.pdf](https://www.almere.nl/fileadmin/files/almere/wonen/Zorg_en_welzijn/Pact_Aanpak_Gezond_Gewicht_Almere_3.0_1.pdf)
7. Cosgrove, R. G., Arroyo, C., Warren, J. C., & Zhang, J. (2009). Impaired cognitive functioning in overweight children and adolescents. *Public Health, Georgia Southern University*, 20(1), 48–51. [https://works.bepress.com/jian\\_zhang1/19/](https://works.bepress.com/jian_zhang1/19/)
8. Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2020). National and Local Strategies in the Netherlands for Obesity Prevention and Management in Children and Adolescents. *Obesity Facts*, 13(4), 418–429. <https://doi.org/10.1159/000509588>
9. RIVM. (2021). Ontwikkeling indicatorenset Kind naar Gezonder Gewicht: een Delphi-studie. In *Rapportage Ontwikkeling Indicatorenset Voor Monitoring Aanpak Kind Naar Gezonder Gewicht*.
10. Ministerie van Algemene Zaken. (2023). GALA -Gezond en Actief Leven Akkoord. Rapport | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>
11. Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas, Care for Obesity, 2018. <https://kindnaargezonderegewicht.nl/>
12. Twentse koers. (2023). Onze koers | twentse koers. Twentse Koers. <https://twentsekoers.nl/onze-koers/>
13. Twentse Koers (2024). Gezonde koers voor kinderen | Twentse Koers. Twentse Koers. <https://twentsekoers.nl/project/gezonde-koers-voor-kinderen/#:~:text=In%20Twente%20heeft%2021%25%20van,kans%20op%20klachten%20en%20ziekten>



14. Twentse Koers (2024). Gezonde koers voor kinderen | Twentse Koers. Twentse Koers.  
<https://twentsekoers.nl/project/gezonde-koers-voor-kinderen/#:~:text=In%20Twente%20heeft%2021%25%20van,kans%20op%20klachten%20en%20ziekten>
15. Rueda-Clausen. (z.d.). Definities obesitaszorg bij de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. In *Bijlage Definities Obesitaszorg Bij de Richtlijn Overgewicht en Obesitas Bij Volwassenen en Kinderen*.  
[https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde\\_documenten/f/24736/Definities\\_obesitaszorg%20\(2\).pdf](https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/24736/Definities_obesitaszorg%20(2).pdf)
16. Birch, L. L., & Ventura, A. K. (2009). Preventing childhood obesity: what works? *International Journal Of Obesity*, 33(S1), S74–S81. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.22>
17. Voedingscentrum. (z.d.). *BMI en ondergewicht bij mijn kind*.  
<https://www.voedingscentrum.nl/nl/service/vraag-en-antwoord/kinderen-en-jongeren/bmi-en-ondergewicht-bij-mijn-kind.aspx>
18. *Cijfers over overgewicht | Nederlands Jeugdinstituut*. (z.d.).  
<https://www.nji.nl/cijfers/overgewicht#definitie>
19. *Startpagina – Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen - Richtlijn - Richtlijndatabase*. (z.d.).
20. Voedingscentrum. (z.d.-b). BMI jongens en meisjes.  
<https://www.voedingscentrum.nl/professionals/zwangerschap-en-kindervoeding/jgz-professionals/gezond-gewicht/bmi-jongens-en-meisjes.aspx>
21. Zorgstandaard Obesitas. (2014). Samenvatting, figuren en tabellen Zorgstandaard Obesitas. In *Zorgstandaard Obesitas*.  
<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Obesitas+samenvatting%2C+figuren+en+tabellen+%28versie+1%29.pdf>
22. Suzuki, K., Simpson, K. A., Minnion, J., & Shillito, J. C. (2010). The role of gut hormones and the hypothalamus in appetite regulation. *Endocrine Journal*, 57(5), 359–372.  
<https://doi.org/10.1507/endocrj.k10e-077>
23. Perry, B. D., & Wang, Y. (2012). Appetite regulation and weight control: the role of gut hormones. *Nutrition & Diabetes*, 2(1), e26. <https://doi.org/10.1038/nutd.2011.21>
24. Ylli, D., Sidhu, S., Parikh, T., & Burman, K. D. (2022). Endocrine changes in obesity. Endotext - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279053/>
25. Alonso-Alonso, M., Woods, S. C., Pelchat, M. L., Grigson, P. S., Stice, E., Farooqi, I. S., Khoo, C. S., Mattes, R. D., & Beauchamp, G. K. (2015). Food reward system: current perspectives and future research needs. *Nutrition Reviews*, 73(5), 296–307.  
<https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv002>
26. Johnson, P. M., & Kenny, P. J. (2010). Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature Neuroscience*, 13(5), 635–641.  
<https://doi.org/10.1038/nn.2519>
27. Wang, G., Volkow, N. D., Logan, J., Pappas, N. R., Wong, C. T., Zhu, W., Netusil, N., & Fowler, J. S. (2001). Brain dopamine and obesity. *Lancet*, 357(9253), 354–357.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)03643-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)03643-6)
28. Koetsier, L., Van Den Eynde, E., Van Mil, E., Van Der Velde, M., De Vries, R., Baan, C. A., Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2023). Scoping literature review and focus groups with

healthcare professionals on psychosocial and lifestyle assessments for childhood obesity care. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08957-5>

29. Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 4(2), 187. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>
30. Świtała, K., & Leońska-Duniec, A. (2021). Physical activity and gene association with human obesity. *Baltic Journal Of Health And Physical Activity*, 13(4), 99–111. <https://doi.org/10.29359/bjhp.13.4.10>
31. Tirthani, E., Said, M. S., & Rehman, A. (2023, 31 juli). *Genetics and Obesity*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573068/#:~:text=Syndromic%20obesity%3A%20This%20can%20be,syndromic%2C%20Cohen%20syndrome%2C%20etc>
32. Bouchard, C. (2009). Childhood obesity: are genetic differences involved? *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 89(5), 1494S-1501S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.27113c>
33. Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). Minder overgewicht en obesitas onder kinderen met hoogopgeleide ouders. *Centraal Bureau Voor de Statistiek*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/45/minder-overgewicht-en-obesitas-onder-kinderen-met-hoogopgeleide-ouders>
34. Ong, K. K., Ahmed, M. L., Emmett, P. M., Preece, M. A., & Dunger, D. B. (2000). Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. *The BMJ*, 320(7240), 967–971. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7240.967>
35. Lee, J. H., Jin, M. H., & Lee, H. J. (2022). Global relationship between parent and child obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clinical And Experimental Pediatrics (Online)*, 65(1), 35–46. <https://doi.org/10.3345/cep.2020.01620>
36. Aggarwal, B., & Jain, V. (2017). Obesity in Children: Definition, Etiology and Approach. *Indian Journal Of Pediatrics*, 85(6), 463–471. <https://doi.org/10.1007/s12098-017-2531-x>
37. Van Wouwe, J., Renders, C. M., Bruil, J., & Hirasings, R. (2004). Overgewicht bij kinderen. *Bijblijven*, 20(9). <https://doi.org/10.1007/bf03059810>
38. *Impact of unhealthy food marketing on children | Obesity Evidence Hub*. (z.d.). Obesity Evidence Hub. <https://www.obesityevidencehub.org.au/collections/prevention/the-impact-of-food-marketing-on-children#:~:text=Marketing%20of%20unhealthy%20foods%20and,advantage%20of%20their%20developmental%20vulnerabilities>
39. Sleddens, E. F. C., Gerards, S. M. P. L., Thijs, C., De Vries, N. K., & Kremers, S. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Pediatric Obesity*, 6(2–2), e12–e27. <https://doi.org/10.3109/17477166.2011.566339>
40. Rhee, K. E. (2008). Childhood Overweight and the Relationship between Parent Behaviors, Parenting Style, and Family Functioning. *The ANNALS Of The American Academy Of Political And Social Science*, 615(1), 11–37. <https://doi.org/10.1177/0002716207308400>
41. Bradwisch, S. A., Smith, E. M., Mooney, C., & Scaccia, D. (2020). Obesity in children and adolescents. *Nursing2023*, 50(11), 60–66. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000718908.20119.01>
42. Puder, J. J., & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal Of Obesity*, 34(S2), S37–S43. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.238>

43. Bloomfield, M. A., McCutcheon, R. A., Kempton, M., Freeman, T. P., & Howes, O. (2019). The effects of psychosocial stress on dopaminergic function and the acute stress response. *eLife*, 8. <https://doi.org/10.7554/elife.46797>
44. Marcus, C., Danielsson, P., & Hagman, E. (2022). Pediatric obesity—Long-term consequences and effect of weight loss. *Journal Of Internal Medicine*, 292(6), 870–891. <https://doi.org/10.1111/joim.13547>
45. COACH Childhood obesity; consequences, prevention and treatment - Research - Maastricht University. (z.d.). <https://www.maastrichtuniversity.nl/research/nutrim/research/case-studies/coach-childhood-obesity-consequences-prevention-and-treatment>
46. Sing, R. H., Bunschoten, A., Van Dijke, J., & Renders, C. M. (2009). Kinderen en overgewicht. In Bohn Stafleu van Loghum eBooks (pp. 52–87). [https://doi.org/10.1007/978-90-313-6615-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-90-313-6615-6_3)
47. Kamerstuk 31899, nr. 1 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen. (2009). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31899-1.html>
48. Nam, S. Y., & Marcus, C. (2000). Growth Hormone and Adipocyte Function in Obesity. *Hormone Research in Paediatrics*, 53(Suppl. 1), 87–97. <https://doi.org/10.1159/000053211>
49. Baker, J. L., Olsen, L. W., & Sørensen, T. I. A. (2007). Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood. *The New England Journal Of Medicine*, 357(23), 2329–2337. <https://doi.org/10.1056/nejmoa072515>
50. Hagman, E., Danielsson, P., Elimam, A., & Marcus, C. (2019). The effect of weight loss and weight gain on blood pressure in children and adolescents with obesity. *International Journal Of Obesity*, 43(10), 1988–1994. <https://doi.org/10.1038/s41366-019-0384-2>
51. Balasundaram, P., & Krishna, S. (2023). Obesity Effects on Child Health. *StatPearls - NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570613/>
52. McClanahan, K. K., Huff, M. B., & Omar, H. A. (2009). Overweight Children and Adolescents: Impact on Psychological and Social Development. *International Journal Of Child Health And Human Development*, 1(4), 463. [https://works.bepress.com/hatim\\_omar/13/](https://works.bepress.com/hatim_omar/13/)
53. Bauer, C., Moreno, B., González-Santos, L., Concha, L., Barquera, S., & Barrios, F. A. (2014). Child overweight and obesity are associated with reduced executive cognitive performance and brain alterations: a magnetic resonance imaging study in Mexican children. *Pediatric Obesity*, 10(3), 196–204. <https://doi.org/10.1111/ijpo.241>
54. Riggs, N. R., Spruijt-Metz, D., Sakuma, K., Chou, C., & Pentz, M. A. (2010). Executive Cognitive Function and Food Intake in Children. *Journal Of Nutrition Education And Behavior*, 42(6), 398–403. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.11.003>
55. Bondyra-Wiśniewska, B., Myszkowska-Ryciak, J., & Harton, A. (2021). Impact of Lifestyle Intervention Programs for Children and Adolescents with Overweight or Obesity on Body Weight and Selected Cardiometabolic Factors—A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health/International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(4), 2061. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042061>
56. 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(6), e1647–e1671. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1176>
57. Fowler-Brown, A., & Kahwati, L. C. (2004). Prevention and treatment of overweight in children and adolescents. *PubMed*, 69(11), 2591–2598. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15202693>

58. Kwaliteitsinstituut Voor de Gezondheidszorg, C., Seidell, J. C., De Beer, J. J. A., Kuijpers, T., Van Binsbergen, J. J., Bulk-Bunschoten, A. M. W., Daansen, P. J., Dapper, A. L. M., Delemarre-van de Waal, H. A., Van Dis, S. J., Duvekot, J. J., Govers, E., Greve, J. W. M., Harteveld, E. M., Van Heereveld, H. A. E. M., Hermans, A. J. M., Hopman-Rock, M., De Jongh, P., Hellemans, I. M., . . . De Vries, P. M. J. M. (z.d.). Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. In Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Obesitas Bij Volwassenen en Kinderen. <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Diagnostiek-en-Behandeling-van-Obesitas-bij-volwassenen-en-kinderen-1.0-18-03-2009.pdf>
59. Bruzzi, G., Eibel, B., Barbiero, S. M., Petkowicz, R. O., Ribeiro, R. A., Cesa, C. C., Martins, C. C., Marobin, R., Schaan, C. W., Souza, W. B., Schaan, B. D., & Pellanda, L. C. (2013b). Educational interventions in childhood obesity: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *Preventive Medicine*, 56(5), 254–264. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.024>
60. Narzisi, K., & Simons, J. (2020). Interventions that prevent or reduce obesity in children from birth to five years of age: A systematic review. *Journal Of Child Health Care*, 25(2), 320–334. <https://doi.org/10.1177/1367493520917863>
61. Bleich, S. N., Vercammen, K. A., Zatz, L. Y., Frelief, J. M., Ebbeling, C. B., & Peeters, A. (2018). Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 6(4), 332–346. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30358-3](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30358-3)
62. Kelishadi, R., & Azizi-Soleiman, F. (2014). Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. *PubMed*, 19(10), 993–1008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25538786>
63. Grootens-Wiegers, P., Van Den Eynde, E., Halberstadt, J., Seidell, J. C., & Dedding, C. (2020). The ‘Stages towards Completion Model’: what helps and hinders children with overweight or obesity and their parents to be guided towards, adhere to and complete a group lifestyle intervention. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-being*, 15(1), 1735093. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735093>
64. Murray, M., Dordevic, A. L., & Bonham, M. P. (2017). Systematic Review and Meta-Analysis: The Impact of Multicomponent Weight Management Interventions on Self-Esteem in Overweight and Obese Adolescents. *Journal Of Pediatric Psychology*, 42(4), 379–394. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw101>
65. Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas - NCJ. (2022). NCJ. <https://www.ncj.nl/inspiratie/landelijk-model-ketenaanpak-voor-kinderen-met-overgewicht-en-obesitas/>
66. Halberstadt, J., Koetsier, L. W., Sijben, M., Stroo, J., Van Der Velde, M., Van Mil, E. G. A. H., & Seidell, J. C. (2023). The development of the Dutch “National model integrated care for childhood overweight and obesity”. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09284-z>
67. Over ons — Kind naar Gezonder Gewicht. (z.d.). Kind Naar Gezonder Gewicht. <https://kindnaargezondergewicht.nl/over-ons>
68. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas. (2021). In *Zorginstituut Nederland*. Zorginstituut Nederland.
69. Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas, Care for Obesity, 2018. <https://kindnaargezondergewicht.nl/>

70. Centrale zorgverleners — Kind naar Gezonder Gewicht. (z.d.). Kind Naar Gezonder Gewicht. <https://kindnaargezondergewicht.nl/centrale-zorgverleners>
71. de Laat, S. A. A. (2022). Integrated care for childhood overweight and obesity: Implementation, experiences and effects of an innovative approach with the youth health care nurse as coordinating professional
72. Procevaluatie rol Centrale Zorgverlener binnen de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht | RIVM. (z.d.). <https://www.rivm.nl/publicaties/procevaluatie-rol-centrale-zorgverlener-binnen-aanpak-kind-naar-gezonder-gewicht>
73. Opleiding centrale zorgverlener - NSPOH. NSPOH. <https://www.nspoh.nl/bij-en-nascholing/opleiding-centrale-zorgverlener/#:~:text=Tijdens%20de%20opleiding%20centrale%20zorgverlener,dagen%20verbreid%20over%207%20maanden>
74. Timmers, M., Blom, K., & Boendermaker, L. (2018). De Jeugdverpleegkundige als centrale zorgverlener. HvA Research Database. [https://pure.hva.nl/ws/files/4741129/De\\_jeugdverpleegkundige\\_als\\_centrale\\_zorgverlener.pdf](https://pure.hva.nl/ws/files/4741129/De_jeugdverpleegkundige_als_centrale_zorgverlener.pdf)
75. *Overgewicht | regionaal | Preventie*. (z.d.). Volksgezondheid en Zorg. <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/regionaal/preventie>
76. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2020). Rapportage lokale implementatie Kind naar Gezonder Gewicht: waar staan we en wat kunnen we leren. <https://www.venvn.nl/media/ug0oalfj/012668-lokale-implementatie-aanpak-kind-naar-gezonder-gewicht.pdf>
77. Van Koperen, M., van, Van Wietmarschen, M., Seidell, J., Hageraats, R., Nederlands Jeugdinstituut, Vrije Universiteit, & Cuprifère Consult. (2018). Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht: kansrijk? Een zoektocht naar de werkzame elementen (pp. 4–6). [https://www.nji.nl/system/files/2021-05/Rapport-Amsterdamse-Aanpak-Gezond-Gewicht\\_bestand.pdf](https://www.nji.nl/system/files/2021-05/Rapport-Amsterdamse-Aanpak-Gezond-Gewicht_bestand.pdf)
78. Sijben, M., Stroo, J., Koehoorn, J., Halberstadt, J., Care for Obesity, Vrije Universiteit Amsterdam, Koehoornconsult, & JOGG. (2021). Realisatie lokale aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas: essentiële factoren (Tienvoortekst, Red.). <https://kindnaargezondergewicht.nl/media/pages/tools/handreiking/7f56fb64f6-1667381480/handreiking.pdf>
79. Van Der Kleij, R. M. J. J., Crone, M. R., Reis, R., & Paulussen, T. G. W. M. (2017). Welke factoren bepalen de implementatie van een lokale integrale aanpak van overgewicht bij kinderen? TSG. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen/TSG*, 95(7–8), 296–306. <https://doi.org/10.1007/s12508-017-0095-9>
80. Verkade, F., Wamsteker, E., Rutten, N., Arayess, L., & Vreugdenhil, A. (2021). Rapport Your Coach Next Door - Resultaten interventies 2019-2020. In Rapport 6 van de 7 Rapporten van Blauwe Zorg in de Wijk (pp. 2–30).
81. *Atlas Twente - Kennispunt Twente*. (z.d.). <https://kennispunttwente.nl/cijfers-trends/twente/atlas-van-twente/atlas-twente>
82. *Twentse gezondheidsverkenning*. (z.d.). <https://www.twentsegezondheidsverkenning.nl/jive>
83. Veldboer, E., Hol, E., & Van Hartingsveldt, P. (2023). *Regiobeeld Twente 2023*. <https://twentsekoers.nl/wp-content/uploads/2023/06/Basis-regiobeeld-Twente-2023.pdf>
84. Overgewicht | jongeren. (z.d.). Volksgezondheid en Zorg. <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/jongeren/#:~:text=Van%20de%20jeugd%20tot%20en%20me>

[t%2017%20jaar%20heeft%20bijna%2013%25%20overgewicht&text=Overgewicht%20komt%20bij%20jongens%20vaker,zelfrapportage%20van%20lengte%20en%20gewicht](#)

85. *Cijfers over beweging | Nederlands Jeugdinstituut.* (2023). <https://www.nji.nl/cijfers/beweging>

86. *Twentse gezondheidsverkenning.* (z.d.-b). <https://www.twentsegezondheidsverkenning.nl/jive>

87. Twentse koers (2023). Thema's | Twentse Koers. Twentse Koers.

<https://twentsekoers.nl/themas/>

88. Twentse koers. (2023). Eigenaren | Twentse koers. Twentse Koers.

<https://twentsekoers.nl/over-ons/eigenaren/>

89. Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. (2023). Het Integraal Zorgakkoord - Samenwerken aan gezonde zorg. Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl.

90. Regioplan Twente. (2023). Samen koersen op gezondheid en goede zorg in Twente.

<https://twentsekoers.nl/wp-content/uploads/2023/12/Regioplan-Twente.pdf>

91. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023a). Handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten bij het Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. [https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2023-12/VWS331-20%20Handreiking%20voor%20zorgverzekeraars%20en%20gemeenten\\_21dec23.pdf](https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2023-12/VWS331-20%20Handreiking%20voor%20zorgverzekeraars%20en%20gemeenten_21dec23.pdf)



# Bijlage

## Bijlage 1: De stakeholders

Om de deelvraag ‘Wie zijn de betrokken stakeholders in Twente bij de ketenaanpak KnGG?’ te beantwoorden, is een externe analyse uitgevoerd om de relevante stakeholders te identificeren. Door middel van literatuuronderzoek en interviews is informatie verzameld over de betrokken stakeholders. Hierbij is gekeken naar de verschillende rollen van deze stakeholders, en is er een stakeholderanalyse uitgevoerd. Deze analyses geven inzicht in wie de betrokken stakeholders in Twente zijn en wat hun specifieke rol is binnen het proces van de ketenaanpak. Stakeholder analyse

Er zijn verschillende stakeholders betrokken bij de ketenaanpak KnGG. Hoewel de betrokken stakeholders kunnen verschillen per gemeenten, zijn er enkele die in elke gemeenten cruciaal zijn voor een succesvolle aanpak. De variatie komt doordat niet alle stakeholders in elke gemeente aanwezig zijn. Ik zal de belangrijkste stakeholders voor Twente benoemen die doorgaans betrokken zijn bij de aanpak en hun rollen beschrijven, dit is cruciaal om te kijken welke stakeholders nodig zijn bij de implementatie van de ketenaanpak.

### ***Technische onderdelen die belangrijk zijn bij het opzetten van de ketenaanpak***

Voor het slagen van de ketenaanpak is het belangrijk dat de gemeente betrokken is en dat er een projectleider wordt aangesteld. Overgewicht is een complex probleem waarbij diverse factoren een rol spelen. Het is daarom cruciaal om een netwerk van verschillende professionals op te zetten. Deze richten zich op de lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, sociale context, en het welzijn van kind en ouders (90). Niet elk kind zal gebruik maken van alle verschillende professionals, dit varieert per situatie.

Voor de stakeholders is het belangrijk om duidelijkheid te hebben wie de opdrachtgever is en dat deze opdrachtgever actief betrokken is. Om de aanpak goed op te zetten en netwerk te creëren, wordt er vaak gebruik gemaakt van een stuurgroep en een projectgroep. Deze groepen brengen verschillende stakeholders bij elkaar en coördineren de aanpak. Het is belangrijk dat er goede samenwerkingen ontstaan, waarbij de stakeholders elkaars rol goed kennen (76).

### ***Belangrijke stakeholders bij het opzetten van de aanpak***

De rollen van de professionals verschillen binnen de aanpak. Sommige zijn betrokken bij het opzetten van de aanpak, andere bij het signaleren van overgewicht, en andere weer bij de uitvoering van het plan (90). Het is mogelijk dat professionals bij meerdere stappen van de ketenaanpak betrokken zijn. De stakeholders worden onderverdeeld in de verschillende groepen, te beginnen met degenen die belangrijk zijn voor het opzetten van de aanpak

**Gemeenten** spelen een centrale rol in de ketenaanpak, gezien hun rol als opdrachtgever. Ze zijn cruciaal voor de lokale implementatie van de ketenaanpak, waarbij ze beleid kunnen ontwikkelen en met hun connecties een netwerk opzetten (76). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het aanstellen van een lokale projectleider die het netwerk goed kan opzetten. Daarnaast ondersteunen zij lokale stakeholders bij de uitvoering van de aanpak. In de veertien Twentse gemeenten zijn ze nog niet gestart met de ketenaanpak en hebben ze nog geen lokale projectleider aangesteld. Het is belangrijk dat er een lokale projectleider komt voor de uitvoering van de ketenaanpak. Verder zijn gemeenten verantwoordelijk voor het opzetten van lokale voorzieningen, waaronder schuldhulpverlening,

opvoedondersteuning, sport- en beweegaanbod en activiteiten gericht op gezonde voeding en sociaal-emotionele ontwikkelingen (1). De financiering komt ook deels vanuit de gemeenten.

**Twente Koers** is belangrijk bij het opzetten van de ketenaanpak voor het verbinden van verschillende gemeenten en andere stakeholders om te bepalen wat er regionaal kan worden aangepakt ter ondersteuning van de lokale aanpak. Twente Koers helpt ook met informatievoorzieningen richting de verschillende stakeholders. Twente Koers wordt verder uitgelicht in *Interviews stakeholders*, waar een interview is afgenomen met de projectleider van Twente Koers.

Een erg belangrijke stakeholders is de **JGZ**. De JGZ is onderdeel van GGD Twente en is kennispartner. De JGZ is van belang omdat de rol van de czv in andere KnGG gemeenten vaak wordt belegd bij de JGZ, waarbij ze optreden als spin in het web van de ketenaanpak. De czv voert de brede anamnese uit en kijkt waar de behoefte van het kind, waarna de czv het netwerk kan benaderen om de juiste professionals in te schakelen (72). De czv is al erg belangrijk bij het opzetten van de ketenaanpak om het netwerk op te bouwen met de verschillende professionals. Verder speelt de czv een belangrijke rol in alle zes stappen van de ketenaanpak. Verder ziet de JGZ bijna alle kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar en voeren diverse metingen uit, waaronder gewicht controles. Hierbij hebben ze dus een belangrijke signalerende rol tijdens de aanpak bij het identificeren van kinderen met overgewicht (72). JGZ wordt nog verder uitgelicht in *Interviews stakeholders*, waar er een interview is afgenomen met een Stafarts jeugdgezondheid.

**JOGG Landelijk** is ook een belangrijke kennispartner voor het opstarten van de ketenaanpak. Ze hebben een adviserende rol en ondersteunen lokale projectleiders en regionale coördinatoren met het implementeren van de ketenaanpak. JOGG Landelijk wordt verder uitgelicht in *Interviews stakeholders* waar een interview is afgenomen met een adviseur van JOGG Landelijk.

**De Zorgverzekeraar** is belangrijk voor het opzetten van de ketenaanpak voor het inkopen van interventies (KinderGLI) en de czv. Menzis is de preferente zorgverzekeraar is Twente waarbij er afspraken worden gemaakt over de domein overstijgende samenwerking zorg op sociaal domein. Er is nog geen vergoeding voor de ketenaanpak vanuit de Zvw en het is daarom belangrijk om Menzis goed vanaf het begin mee te nemen in de ketenaanpak. Menzis wordt verder uitgelicht in *Interview stakeholders*, waar een interview is afgenomen met de Projectmanager preventie van Menzis.

**De Overheid en de provincie Overijssel** spelen een belangrijke rol bij het ontwikkelen van beleid en bieden zowel financiële als strategische ondersteuning (68). De overheid heeft hiervoor het landelijke beleid van de IZA en GALA. Waarbij ook de behoorde middelen horen van de IZA SPUK en GALA SPUK. De provincie draagt bij aan de financiering van de regionale projectleiding.

### ***Belangrijke stakeholders tijdens de lokale aanpak***

Het netwerk is erg belangrijk bij de ketenaanpak. Hierbij zijn de professionals belangrijk om de czv te ondersteunen en het kind en gezin te helpen. Deze stakeholders zijn cruciaal tijdens de aanpak maar hebben ook invloed bij het opbouwen van het netwerk. Hierom is het belangrijk om ze wel te benaderen in het beginstadium van de opbouw van het netwerk, zodat ze weten wat KnGG inhoud en ze aangehaakt zijn wanneer het netwerk staat dat de czv naar ze kan doorsturen.

Stakeholders die overgewicht kunnen constateren zijn cruciaal in de ketenaanpak, dit zijn onder andere de JGZ, **huisartsen en kinderartsen (ziekenhuizen)**. In Twente vallen de huisartsen onder FEA en SHT-THOON. Deze professionals zijn de eerste contactpersonen in de gezondheidszorg, waarbij ze overgewicht kunnen diagnosticeren en bespreekbaar kunnen maken met zowel het kind als ouders (90). Uit rapportage van S.A.A. de Laan blijkt dat 21% van de kinderen die meedoet aan de ketenaanpak in 's-Hertogenbosch contact heeft met de kinderarts, waardoor deze professionals een belangrijke rol spelen in het vroegtijdig signaleren en aanpakken van overgewicht (72). Wel blijkt uit de interviews met de KnGG gemeenten dat huisartsen vaak moeilijk te bereiken zijn, daarom is het belangrijk om ze vroegtijdig te benaderen en proberen mee te krijgen in Twente. Andere paramedici, scholen en ouders kunnen ook een signalerende rol spelen, hoewel dit in mindere mate is

Gezondheidsprofessionals vervullen een belangrijke rol vanwege hun expertise en hun betrokkenheid binnen het gezondheidssysteem. De czv kan doorverwijzen naar de professionals, waardoor ze een integraal onderdeel worden van de ketenaanpak.

**Paramedici** worden gezien als belangrijke stakeholder in de aanpak:

**Voedingsdeskundigen en diëtisten** bieden belangrijke medische adviezen en begeleiding aan kinderen en gezinnen over gepersonaliseerde diëten. Dit is een belangrijk onderdeel van de ketenaanpak, waarbij 32% van de kinderen gebruikt maakt van een diëtist in de gemeente 's-Hertogenbosch (72). Dit laat zien dat deze professional ook belangrijk om mee te nemen in de ketenaanpak in Twente.

**Fysiotherapeuten** zijn van groot belang voor het bevorderen van beweging en fysieke activiteiten. Ze kunnen helpen bij het vinden van geschikte bewegingsprogramma's voor kinderen en kunnen zelf interventies aanbieden om fysieke gezondheid te verbeteren. Hieronder valt ook het aanbieden van de KinderGLI die een onderdeel is in de ketenaanpak. Dit zou mogelijk Cool2Bfit kunnen worden die al aanwezig is in meerdere gemeenten in Twente. De werkzaamheden van een kinderfysiotherapeut sluiten goed aan bij het geven van een kinderGLI. De kinderfysiotherapeut wordt verder uitgelicht in *Interviews stakeholders* waar een interview is afgenomen met een kinderfysiotherapeut.

Naast de paramedici zijn de **partners uit de wijk** van groot belang omdat zij een nauwe band hebben met de gemeenschap en het gezin. Zij kunnen worden betrokken bij de planning en de uitvoering van de aanpak waarbij ze hun relatie met het gezin kunnen benutten (90). Er zijn veel verschillende partners in de wijk die aan het netwerk kunnen worden toegevoegd in Twente. Een aantal belangrijke zal ik hieronder benoemen:

**Sport- en beweegaanbieder** kunnen de fysieke activiteiten bevorderen van de kinderen door verschillende beweegprogramma's aan te bieden en doorstroom te bieden naar sportverenigingen.

**Maatschappelijke werkers** spelen een belangrijke rol omdat ze begeleiding kunnen bieden aan kinderen en hun ouders om hen te helpen bij gedragsveranderingen. Ze kunnen ook gezinnen ondersteunen bij het creëren van een gezonde thuisomgeving. Hierom zijn maatschappelijk werkers ook een goede optie om czv te worden. Hierbij zullen ze dezelfde rol vervullen als de czv die wordt vervuld door de JGZ.

**Kind en ouders** zijn belangrijk bij alle stappen van de ketenaanpak. Ze zijn primaire belanghebbenden in de aanpak en worden daarom ook meegenomen in de stakeholderanalyse. Hun gezondheid en welzijn worden direct beïnvloed door de aanpak.

Hoewel ze geen direct rol hebben bij het opzetten van de ketenaanpak, spelen ze wel een rol in het behouden van de ketenaanpak.

Het is van groot belang dat er duidelijkheid is over de rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokken stakeholders. Goede samenwerking en communicatie tussen deze partijen zijn essentieel voor het succes van de ketenaanpak. De projectleider speelt hierbij een belangrijke rol voor het opbouwen van het netwerk, terwijl de czv verantwoordelijk is voor het onderhouden van korte lijnen en het coördineren van het netwerk. Wel moet worden meegenomen dat er meer partners zijn die kunnen worden toegevoegd worden aan het netwerk en die belangrijk zijn tijdens de aanpak die hierboven niet benoemd worden.

## **Interview stakeholders**

De effectieve samenwerking tussen verschillende stakeholders is belangrijk in de aanpak KnGG. Om inzichten te krijgen in de diverse perspectieven, heb ik interviews afgenomen met stakeholders uit verschillende domeinen. Deze gesprekken bieden waardevolle inzichten in de huidige stand van zaken en de specifieke rol en bijdrage van elke stakeholder binnen KnGG. Hieronder worden de belangrijkste punten uit de interviews benoemd, met de nadruk op uitdagingen, ervaringen, samenwerkingen en de implementatie die naar voren zijn gekomen.

### ***Visie van het probleem***

De geïnterviewde stakeholders zien het gezamenlijke probleem van overgewicht bij kinderen dat het te smal wordt aangevlogen. Er heerst een stigma op overgewicht, waarbij de neiging bestaat om de schuld bij de persoon te leggen. Echter, de oorzaken van overgewicht zijn veelal complex. Een bredere aanpak is noodzakelijk, waarbij de verschillende factoren die van invloed zijn op het ontstaan en in stand houden van overgewicht worden meegenomen. Waarbij het belangrijk is om preventief te werken. Vroegtijdige signalering van overgewicht en een effectieve samenwerking tussen verschillende partijen zijn belangrijk om ervoor te zorgen dat kinderen tijdig de juiste ondersteuning en zorg ontvangen.

### ***JOGG Landelijk***

JOGG Landelijk is een landelijke partner die een adviserende rol speelt bij de implementatie van de aanpak KnGG. Ze voorzien lokale projectleiders en regionale coördinatoren van diverse materialen, zoals richtlijnen en handleidingen. Naast fysieke materialen bieden ze ook trainingen, bijeenkomsten en intervisiesessies aan om ervaringen uit te wisselen en kennis te vergroten. Hun rol is aanjagend, inspirerend en ondersteunend binnen KnGG. JOGG Landelijk streeft ernaar om het verbinden en samenbrengen van verschillende stakeholders en aanpakken zo eenvoudig mogelijk te maken.

Voor de implementatie ziet JOGG Landelijk een aantal uitdagingen. Dit zijn de beperkte financiële middelen die gemeenten hebben en ook dat de financiering vanuit de Zvw nog niet is ingericht. Verder is een uitdaging dat er verandering moet komen in de denkwijze, waarbij de zorg meer naar de voorkant komt. Dit vraagt om ruimte, kennis en uren die niet altijd voorhanden zijn. Belangrijk zijn de samenwerkingen in de ketenaanpak, waarbij er nog een uitdaging ligt in de samenwerking tussen het gemeentelijke en zorg domein. Ze moeten van elkaars expertise leren, wat tijd kost.

Regionale kansen zijn belangrijk om per regio te bekijken. In Twente zie je dat er verschillen zijn tussen de gemeenten, de inwoners en de visies. Voor de hand liggende manieren om regionaal samen te werken zijn communicatie, monitoring en evalueren, en afspraken maken met de zorgverzekeraar. Dan zijn er regionale samenwerkingen waarvoor meer vertrouwen

nodig is, dit zijn bijvoorbeeld het delen van een projectleider en een czv. Hierbij adviseert JOGG Landelijk dat er minimaal twee czv's gezamenlijk worden opgeleid zodat ze met elkaar kunnen sparren. Dit kan ook in sub regio's georganiseerd worden en hoeft niet met alle gemeenten.

Wat de aanpak succesvol maakt is volgens JOGG Landelijk het kijken naar de brede en complexiteit van factoren van overgewicht. Dit vraagt tijd en ruimte voor professionals en czv om relaties op te bouwen met elkaar en de gezinnen. Ook is het creëren van een gezondere omgeving belangrijk. Verder voor de opzet van de ketenaanpak is het belangrijk dat er een lokale projectleider is met voldoende tijd, stevigheid, ervaringen in het bij elkaar brengen van netwerken en projectmanagementvaardigheden. Een opgeleide czv is ook erg belangrijk, met het liefst minimaal twee. Ten slotte heb je een lange adem, geduld en doorzettingsvermogen nodig.

### **Gemeente Hellendoorn**

De gemeente is vanuit het GALA verplicht om bezig te gaan met de ketenaanpak en dient als opdrachtgever van de KnGG aanpak. Ze zijn (deels) verantwoordelijk voor het faciliteren en financieren van de aanpak. Ze zijn al bezig als JOGG gemeenten met verschillende gezondheidsinitiatieven. Voor de aanpak zou de gemeente de czv graag willen wegzetten bij de JGZ en hiervoor willen ze voorbereidend werk verrichten zodat als er een czv is, deze direct aan de slag kan gaan. Bij de aanpak is het belangrijk om te durven beginnen. Gemeenten weten vaak wat er nodig is voor hun inwoners. Het is daarom ook mooi dat een aantal gemeenten, waaronder Hellendoorn, willen gaan starten met de ketenaanpak.

Uitdagingen zien ze voornamelijk in de financiële beperkingen, waardoor er onvoldoende middelen zijn om de aanpak goed weg te kunnen zetten. Er zijn binnen de gemeente ook weinig middelen en beweegaanbod die specifiek gericht is op kinderen met overgewicht.

Regionale kansen zien ze in het aanstellen van een gezamenlijke projectleider die mogelijk ook gezamenlijk bekostigd kan worden. Hierbij is het belangrijk om goed te kijken wat er sub regionaal kan worden aangepakt en waar de gemeenten lokaal verschillen. Verder zijn communicatiemiddelen ook goed om regionaal te regelen.

Belangrijk voor de ketenaanpak is dat de rol van de czv duidelijk is en iedereen wat er wordt verwacht van hen. Hierbij is er een sterk netwerk nodig voor effectieve doorverwijzingen en korte lijntjes met elkaar. De betrokken professionals moeten goed op de hoogte zijn van de ketenaanpak en tijd kunnen vrijmaken wanneer er naar hun doorverwezen wordt. Verder is het belangrijk dat de nadruk minder ligt op de KinderGLI en er meer focus komt om hoe te beginnen met de ketenaanpak, wat is er nodig. Hierbij is het belangrijk dat de czv goed wordt geschoold met een integrale blik en dat er een goede projectleider komt, waarbij de krachten kunnen worden gebundeld.

### **JGZ**

De JGZ is kennispartner en heeft een dubbele rol binnen KnGG. Ten eerste kunnen ze een rol spelen bij de uitvoering van czv, zoals veelal te zien op landelijk niveau. Hun rol als jeugdverpleegkundige heeft namelijk veel overeenkomsten met de taken van de czv, en met wat extra scholing zouden ze de rol van czv goed kunnen vervullen. Ten tweede vervullen ze een signalerende rol doordat ze vrijwel alle kinderen van 0 tot 18 jaar in Twente op verschillende momenten in hun leven zien en monitoren, waaronder lengte- en gewicht controles. Ze zijn goed bekend met de omgang met kinderen en bieden daarnaast ook interventies aan op het gebied van opvoeding.

Uitdagingen van de JGZ in de ketenaanpak zijn dat de richtlijnen van de JGZ verouderd zijn en zich voornamelijk richten op voeding en beweging. Er zijn sommige professionals binnen de JGZ die zich hier nog erg op richten terwijl andere al een brede perspectief hebben. Verdere uitdaging is dat overgewicht best stigmatiserend is voor gezinnen die op basis van BMI worden uitgenodigd voor een gesprek. Als laatste is een uitdaging de onduidelijkheid over wie de kosten van de aanpak gaat betalen.

Voor regionale samenwerkingen heeft de JGZ ondersteuning nodig in scholing en tijd om jeugdverpleegkundige op te lijden tot czv. Ze staan namelijk open om een opleiding tot czv te volgen, maar hierbij moet er wel worden geïnvesteerd in de kennis en scholing van jeugdverpleegkundigen om hen op te leiden tot czv.

De kracht van de aanpak zit hem in de betrokken czv die meeloopt met het kind, en functioneert als spin in het web. Waarbij de verbindingen worden gelegd met de verschillende betrokken partijen en zorgt voor een goede samenwerking. Om dit te organiseren is dat er goede samenwerkingen en gezamenlijke voorbereidingen worden gedaan aan de voorkant. Met een duidelijke agenda en tijdspad, zodat er goed in kaart wordt gebracht wie de partijen zijn in de ketenaanpak. Hierdoor kan er aan de voorkant worden duidelijk gemaakt wat KnGG inhoudt en wat hierbij komt kijken.

### **Twentse Koers**

De projectleider van Twentse Koers zet zich in om gemeenten te begeleiden in de verplichte ketenaanpak. Vanuit Twentse Koers wordt geprobeerd dit proces te begeleiden en regionale kansen te benutten. De ketenaanpak omvat verschillende elementen die geïmplementeerd moeten worden, wat voor sommige (kleinere) gemeenten een uitdaging kan zijn om dit zelf lokaal te organiseren. Om gemeenten hierin te ondersteunen, biedt Twentse Koers informatie ondersteuning, begeleiding en bundelt het krachten om samen efficiënter te handelen. Twentse Koers heeft een 'startfoto' gemaakt om te kijken waar de gemeenten staan met betrekking tot de aanpak en zijn er afspraken gemaakt met de geïnteresseerde gemeenten. Hier zijn er wel verschillen tussen gemeenten die al in de startblokken staan en gemeenten die nog geen concreet plan hebben. Belangrijk is wel dat de gemeenten aan het roer staan en dat Twentse Koers ondersteunend is. Uit ervaringen van 'Volwassene naar Gezond(e)r Gewicht' is gebleken dat er vaak werd doorverwezen naar een GLI waarbij er niet werk gekeken naar de onderliggende oorzaken. Dit zorgde ervoor dat mensen vaak voortijdig uitvallen. Hierbij waren de contactpersonen onduidelijk wat het belang laat zien van duidelijke communicatie.

Uitdagingen die Twentse Koers ziet met de ketenaanpak is dat gemeenten beschikken over beperkte GALA middelen om de ketenaanpak in te richten. Ook de financiering van de czv en lokale projectleider is een complex vraagstuk. De czv kan bij meerdere organisaties belegd worden en het is nog de vraag hoe dit wordt geregeld. Ook hebben de gemeenten nog geen lokale projectleiders wat de implementatie lastig maakt. Verder hebben sommige gemeenten het nog niet scherp wat KnGG inhoudt, dit is wel belangrijk om te weten wat ze moeten inregelen en welke keuzes ze hebben. Ook is tijdsgebrek een uitdaging.

Voor de regionale samenwerking ziet Twentse Koers kansen in scholing van de czv, in de monitoring van de ketenaanpak, het opstellen van een aanmeldingslink en een regionaal protocol. Ook informatie delen en domein overstijgende werkgroepen waar er concrete plannen kunnen worden gemaakt zijn regionaal. Het is belangrijk om scherp te hebben wat lokaal moet gebeuren en wat gemeenten belangrijk vinden om regionaal op te pakken. Belangrijk is dat er een plan is waarbij iedereen weet wat de ketenaanpak inhoudt, wat de



doelgroep is en waar de instroom van aanmeldingen vandaan komt. Belangrijk van de ketenaanpak is de brede uitvraag en niet klakkeloos doorsturen, maar aansluiten bij de behoeften van het kind en gezin. Het is hierbij belangrijk dat de samenwerkingspartners het maatschappelijke belang van de ketenaanpak inzien en ondersteunen.

### ***Menzis***

Menzis speelt een rol door in de regio aan te sluiten bij de regionale werkgroep en met elkaar tot een gezamenlijk regionale aanpak en afspraken hierover komen. Ze vervullen een stimulerende functie om het medische en sociale domein effectief met elkaar te laten samenwerken. Daarnaast hebben ze ook de verantwoordelijkheid om verschillende onderdelen in te kopen hieronder vallen de kinderGLI en de czv. Ze streven ernaar dat bij het inkopen van de diverse onderdelen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), deze goed aansluiten bij het sociaal domein. Ze nemen hierin verantwoordelijkheid en trekken landelijk op zodat ze betrokken worden bij landelijke ontwikkelingen en deze ontwikkelingen kunnen delen via de regio, zodat gemeenten zich lokaal kunnen voorbereiden. Uitdagingen vanuit Menzis is het ontbreken binnen de Zvw van een kinderGLI die voldoet aan de laatste stand van de wetenschap en daarmee duidelijk is welke kinderGLI zorgverzekeraars mogen vergoeden en kunnen inkopen, dit bemoeilijkt de bekostiging van de czv. De czv wordt bekostigd door de Zvw als er een kinderGLI aanwezig is en het kind een matig GGR of erger heeft. Hierdoor wachten veel gemeenten op de besluiten in plaats van te beginnen met inrichten van de ketenaanpak. Ook is er maar tijdelijke financiering waarbij het lastig is hoe de ketenaanpak geborgd gaat worden op langere termijn.

Regionale samenwerkingen zitten in het opzetten van regionale werkgroepen met een regionale trekker die lokale initiatieven kan stimuleren en aanjagen. Afspraken maken over een eenduidige manier van toeleiding van kinderen, het opleiden van de czv en monitoring. Het inzetten van regionale trekkers en het creëren van een regionale preventiestructuur is erg belangrijk, omdat Menzis niet de mogelijkheid heeft om in alle regio's lokale afspraken te maken met de gemeenten. Deze structuur helpt ook bij het ontsluiten van informatie, kennis, ervaringen en het maken van afspraken.

Belangrijk is dat er goede samenwerkingen tussen sociaal en medische domein komen met een goede lokale inrichting met een projectleider en een czv.

Voor de kinderGLI is de YCND interventie een traject ingegaan van het RIVM om te kijken of ze tot erkenning kunnen komen. Anderzijds wordt er een beoordelingskader opgesteld om programma's/interventies langs te kunnen gaan leggen. Dit geldt niet alleen voor YCND of GLI-Amsterdam, maar ook voor eventueel andere erkende interventies die hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen. Hierbij is een belangrijke voorwaarde dat een gemeente wel een KnGG gemeente moet zijn waarbij het gemeentelijke domein al goed is ingericht en dat er een czv is die de kinderen naar het juiste aanbod kan leiden.

### ***Kinderfysiotherapeut***

De kinderfysiotherapeut begeleidt kinderen individueel met onder andere motorische problemen. Hoewel afvallen niet hun hoofddoel is, komen er soms wel kinderen met overgewicht bij hen terecht. Ze proberen overgewicht bespreekbaar te maken. Kinderfysiotherapeuten benadrukken het belang van bewegen en moedigen kinderen en ouders aan om actief te zijn in de buitenlucht, zoals samen eropuit gaan of een stuk wandelen. Dit kan al een positief verschil maken.

Kinderfysiotherapeuten hebben hun rol in het bevorderen van beweging, maar hierbij hoort ook een stukje voedingsadvies. Als ze het idee hebben dat voorlichting/nadere begeleiding

van belang is voor een kind en gezin, worden ze doorverwezen naar de diëtist, met wie ze goed contact hebben en wederzijdse terugkoppeling krijgen. Er zou een rol kunnen zijn voor vroegtijdige signalering door de kinderfysiotherapeut, hoewel ze vaak kinderen zien met zwakke motoriek en nog geen sprake van overgewicht. Bij de kinderfysiotherapeut zijn er eerder initiatieven geweest zoals 'Dikke vrienden samen sterk' en 'Cool2BFit' maar zijn gestopt vanwege vereisten voor wetenschappelijke onderbouwing en moeilijkheden met zorgverzekeraars over groepstarieven. Groepstherapie was moeilijk omdat er veel werk bij komt kijken bij het begeleiden van meerdere kinderen in een uur, zonder passend tarief. Een ander praktisch voorbeeld dat ze ziet dat werk zijn bijvoorbeeld fruitprojecten op school waarbij kinderen worden gestimuleerd om nieuw eten te proberen wat ze thuis niet krijgen. Voedingslessen, informatieverstoring en praktische ervaringen kunnen erg nuttig zijn.

Uitdagingen zijn dat het omgekeerd psychologisch effect waarbij mensen denken dat meer beweging rechtvaardigt om meer te eten, vormt een gevaarlijke valkuil. Verder is de thuisomgeving ook een uitdaging hoe je met eten omgaat. Een andere uitdaging is hoewel kinderfysiotherapeuten openstaan voor het aanbieden van de kinderGLI, zijn er afwegingen die gemaakt moeten worden. Tot nu toe wogen de kosten niet op tegen de baten, gezien de investering in opleiding en tijd en het lage tarief voor kinderfysiotherapie, met name bij groepstarieven, waardoor soms verlies wordt gedraaid op zulke uren.

Regionale kansen liggen in het gebruik maken van regionale werkgroep en het verstrekken van informatie aan de kinderfysiotherapeuten in Twente. Kinderfysiotherapeuten nemen deel aan de regionale werkgroep om te kijken waar kansen liggen waar ze kunnen bijdragen. Ook zou het waardevol zijn om de ervaringen van de volwassenGLI te gebruiken en hier een blauwdruk te maken richting de kinderGLI, waarbij wel aanpassingen moeten komen op de verschillen met bijvoorbeeld het betrekken van ouders.

Belangrijk voor de aanpak is het betrekken van de ouders dit is cruciaal voor de gedragsverandering. Ook het goed in kaart hebben waarom mensen bepaalde keuzes maken en de onderliggende redenen begrijpen. Monitoring speelt hierbij een belangrijke rol. Wat ook erg belangrijk is voor de KinderGLI is wie deze mag gaan geven.

Kinderfysiotherapeuten zijn gespecialiseerd in kinderen, hun motoriek en beweging, en moeten daarom de kinderGLI mogen geven (mogelijk met een kleine cursus). Hiervoor moet er een goede financiële regeling komen zodat de kinderGLI financieel haalbaar is. Verder moet er goede lokale kennis waarbij iedereen weet wat die doet, en huisartsen weten naar wie ze kunnen doorverwijzen.

### **Monitoring**

Om de voortgang van de ketenaanpak te meten geven de geïnterviewde stakeholders aan dat het belangrijk is om duidelijke doelstellingen te formuleren en te bepalen wat kun je meten. Het is belangrijk om rekening te houden met de vele externe factoren die ook van invloed kunnen zijn op de uitkomsten. Richtlijnen vanuit het GALA en RIVM zijn waardevolle kaders om mee te nemen in dit proces. Verschillende partijen geven aan om te kijken naar het welzijn en geluk van het kind en gezin. Vanuit JOGG Landelijk geven ze aan dat het belangrijk is om in eerste instantie vooral het proces van de ketenaanpak te monitoring, zoals het hebben van een projectleider en netwerk. Op korte termijn zal er namelijk geen significante daling in BMI zichtbaar zijn. Het gaat om het opbouwen van een netwerk, weten partners elkaar te vinden, het realiseren van een warme overdracht, het aantal kinderen dat deelneemt aan de aanpak en het voltooiën van de aanpak. Daarnaast zijn de ervaringen van het kind en gezin en de ervaringen van de czv belangrijk. Op de lange termijn kan er worden gekeken naar gedragsverandering en uiteindelijk naar BMI.

## Bijlage 2: De Interviews

### Interview vragen KnGG gemeenten:

1. Hoe ziet de ketenaanpak er bij jullie uit?
2. Welke specifieke stappen zijn er genomen om deze aanpak in de lokale omgeving te implementeren?
3. Zijn jullie begonnen in specifieke wijken en waarom deze wijken?
4. Hebben jullie de aanpak nu verder uitgebreid?
5. Wat hebben jullie regionaal (gemeente breed) geregeld en wat is er per wijk geregeld?
6. Wie zijn de betrokken partijen bij de aanpak?
7. Hoe zijn de samenwerkingen tussen deze partijen binnen de ketenaanpak?
  - o Zijn er procesafspraken gemaakt met de betrokken partijen?
  - o Zijn er afspraken gemaakt over de rollen?
  - o Weten de partijen elkaar goed te vinden?
8. Wat zijn succesverhalen die voort zijn gekomen door de ketenaanpak?
9. Wat zijn de uitdagingen die jullie zijn tegengekomen bij het implementeren van de ketenaanpak?
10. Wat zijn nu nog de uitdagingen die er liggen? En wat gaat juist goed?
11. Wie signaleert het overgewicht van het kind?
12. Welke leeftijdscategorie zien jullie voornamelijk?
13. Met welke Kinder-GLI werken jullie? En door wie wordt dit bekostigd?
14. Kunnen alle kinderen met overgewicht deelnemen aan de aanpak?
15. Is er een passend beweegaanbod voor de doelgroep?
16. Wie vervult de rol van de centrale zorgverlener binnen de ketenaanpak? en hoe wordt deze bekostigd?
17. Wie is verantwoordelijk voor het monitoren en evalueren van de voortgang en effectiviteit van de ketenaanpak?
18. Kun je in vijf zinnen omschrijven wat voor jullie de kracht is van de ketenaanpak?

### Interview vragen stakeholders:

1. Kun je jouw functie beschrijven?
2. Wat is de rol van jouw organisatie in de aanpak van overgewicht bij kinderen?
3. Hoe zie je jullie rol in de ketenaanpak?
4. Wat is jouw visie op het probleem van overgewicht bij kinderen?
5. Wat zijn de belangrijkste uitdagingen die moeten worden aangepakt om succesvol te zijn in deze aanpak?
6. Op welke manier kunnen jullie bijdragen aan het oplossen van deze uitdagingen?
7. Hoe zie je de samenwerking in de ketenaanpak voor je? Wat vind je dat er moet gebeuren op regionaal niveau en wat op lokaal niveau?
8. Waar lopen jullie tegenaan, en wat zijn de obstakels voor jullie?
9. Welke middelen of ondersteuning hebben jullie nodig om bij te dragen aan de ketenaanpak?
10. Hebben jullie al initiatieven ondernomen voor deze doelgroep?
11. Zijn er best practices of lessen die we kunnen leren van andere vergelijkbare initiatieven?
12. Zijn er specifieke doelstellingen die volgens jou moeten worden vastgesteld om de voortgang te meten?
13. Wat zijn volgens jou de succesfactoren van de ketenaanpak? (die er minimaal in moeten komen)

Specifieke vragen voor de verschillende organisatie:

1. Welke rol zie je voor JGZ/Kinderfysiotherapeut in het vroegtijdig signaleren van overgewicht bij kinderen? (voor JGZ en kinderfysiotherapeut)
2. Hoe kunnen jullie ondersteunen bij het verkrijgen van passend beweegaanbod voor de doelgroep? (voor gemeenten)
3. Zien jullie mogelijkheden voor het bevorderen van preventie en vroegtijdige interventie binnen jullie verzekeringsaanbod? (voor Menzis)
4. Hoe zien jullie het aanbod van de GLI voor je? (voor Menzis)
5. Hoe kan JOGG lokale gemeenten ondersteunen bij de ketenaanpak? (voor JOGG Landelijk)
6. Welke succesvolle praktijkvoorbeelden of initiatieven heeft JOGG gezien die kunnen worden toegepast binnen de ketenaanpak? (voor JOGG Landelijk)

## Interview Keigezond Limburg

Drs. Nickee Rutten

- Senior beleidsfunctionaris
- Projectcoördinator Keigezond Limburg

Sinds september 2021 zijn ze gestart met de pilot van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht: Keigezond Limburg. Tussen september 2021 en maart 2022 is er voorbereidend werk verricht en daarna was er daadwerkelijk instroom van deelnemers. Het is begonnen vanuit de landelijke proeftuin in de gemeente Maastricht, dat heette Your Coach Next Door (YCND). Ze werken met de methodiek van YCND, die vier stappen/modules voor de aanpak heeft. De eerste module is de brede analyse, waarbij de czv met het kind en gezin kijkt wat er aan de hand is en een plan van aanpak opstelt waaraan ze samen gaan werken. Module twee gaat over andere problematiek (zoals schulden of opvoedvragen) en het kind wordt doorverwezen met de visie dat ze eerst gaan werken aan de onderliggende oorzaken van overgewicht voordat ze aan hun leefstijl kunnen werken. Module drie is de kinder-GLI. Module vier is de afronding: heeft het kind genoeg handvatten om hiermee aan de slag te gaan zonder begeleiding? Het hoeft niet in deze volgorde te gebeuren.

De CZV is in Zuid-Limburg belegd bij de jeugdverpleegkundige. In Noord-Limburg ligt het bij de jeugdverpleegkundige en bij de jeugdhulpverlener, afhankelijk van wat goed bij de gemeente past. Ze hebben lokale projectleiders per gemeente, die zijn belegd bij de GGD, een externe partij of bij de gemeente. Verder hebben ze als partners kinderleefstijlcoaches en huisartsen zorggroepen. Het netwerk van de CZV is zo groot en divers mogelijk. Dit opbouwen kost tijd en hier hebben de projectleider en de CZV samen de leiding over. Zodat de CZV het netwerk goed in kaart heeft om te kunnen doorverwijzen.

Er zijn veel samenwerkingsverbanden, maar hier zijn wel een aantal moeilijkheden. Aan de voorkant zijn niet alle afspraken goed vastgelegd en na twee jaar zien ze dat het belangrijk is om zaken formeel vast te leggen. Hierbij zit er wel verschil tussen project en organisatie, en er liggen ondertussen (samenwerking)contracten vast over de rol van iedere partij. Het netwerk van de CZV is niet formeel vast te leggen, wat projectleiders soms moeilijk vinden om verder vorm te geven. Omdat er veel partners zijn, is het belangrijk om dit te blijven onderhouden en er vinden ook afstemming overleggen plaats.

Succesverhalen vanuit de CZV laten zien dat de gezinnen goed worden geholpen. Er is helaas wel een redelijk hoge drop-out, rond de 20%. Hiervan is nog geen data beschikbaar, dus de exacte oorzaak is nog niet bekend. Het is een erg intensieve interventie van twee jaar en vanuit gesprekken met de CZV zien ze dat de gezinnen vaak in het begintraject uitvallen en niet meer te bereiken zijn. Er is nu een drop-out protocol opgesteld, zodat ze allemaal dezelfde acties ondernemen om het kind en gezin nog te bereiken.

Er zijn wel uitdagingen met de aanpak, er zitten nog veel kinderziektes in. Een uitdaging ligt in het deelnemersaantal, dat in werkelijkheid tegenvalt. Het vergt veel om mensen te overtuigen om daadwerkelijk te starten met Keigezond Limburg. De instroom komt voornamelijk vanuit JGZ, terwijl ze hadden verwacht dat er meer instroom zou zijn vanuit andere kanten, wat helaas niet in de praktijk is terug te zien. Verder vinden sommige mensen in het veld het lastig om in gesprek te gaan met kind en gezin over overgewicht. (De czv is hiervoor goed opgeleid en jeugdgezondheidszorg heeft ook extra tools om het gesprek aan te gaan). Communicatie om pubers te bereiken is ook een uitdaging, pubers zijn met de huidige communicatiemiddelen moeilijker te bereiken. Verder zijn er veel verschillende systemen waarin door de centrale zorgverlener geregistreerd moet worden, wat zorgt voor meer administratieve last. Financieel is ook een grote uitdaging, er zijn veel kosten die voornamelijk bij de gemeente terechtkomen. De GALA-middelen zijn niet voldoende toereikend om de ketenaanpak in een gemeente uit te rollen.

De kracht ligt wel in de provinciale samenwerking. Hierbij zijn zeven gemeenten samen gestart en bundelen ze hun krachten en expertise. Keigezond Limburg heeft een eigen website, folders en praatplaten, en dit wordt voor alle zeven gemeenten breed gedaan. Hierdoor hebben ze ook een subsidiebedrag binnengehaald van de provincie. Er vinden afstemming overleggen met de projectleider plaats, waardoor kennisuitwisseling plaatsvindt en taken die provinciaal opgepakt moeten worden verdeeld kunnen worden. De czv's hebben onderling afstemming en intervisies. Er is samenwerking tussen het sociale en medische domein. Voor de mensen in het veld die het lastig vinden om in gesprek te gaan over overgewicht komt er een bijscholing die op provinciaal of Zuid-Limburgs niveau wordt georganiseerd.

De ketenaanpak is voor alle kinderen met overgewicht van 0 tot 18 jaar. Alleen de vergoeding door de zorgverzekeraar is vanaf een matig GGR. De data van de monitoring ligt deels bij de huisartsenzorg, de zorgverzekeraars en de GGD. Ze hebben ook een systeem vanuit YCND: KLIK, waarin ze vragenlijsten registreren.

## Interview Lelystad

Anneke Keizer

- Sociaal verpleegkundige JGZ-PGA Zeewolde
- Gezonde School Adviseur-Durf! Urk
- Projectleider Kind naar Gezonder Gewicht Lelystad

In 2020 is de eerste peiling gedaan bij de betrokken partijen. De JOGG-aanpak werd al toegepast in de gemeenten en er werd aan deze partijen gevraagd of er draagvlak was om met een ketenaanpak als KnGG te gaan werken. Hier bleek draagvlak voor te zijn en er is toen gekozen om KnGG toe te voegen aan de afdeling van JOGG. Omdat de peiling vooral werd gedaan bij de betrokken partijen en deze partijen wisten dat er aan gewerkt werd, konden zij input leveren over hoe het aangepakt zou worden. Hierdoor is het erg vloeiend verlopen. De projectleider is met alle partijen om de tafel gegaan om hun inbreng te bespreken: willen ze onderdeel zijn, en wat is dan hun rol? Ze hebben toen besloten om te beginnen waar de energie zat. Het onderwijs was bijvoorbeeld een lastige partner om aan tafel te krijgen, ze hebben hier wel wat energie ingestoken, maar niet aangetrokken en sluiten nu uiteindelijk toch aan. Welzijn duurde ook wat langer voordat ze aan tafel gingen. Ze zijn eerst begonnen met een startbijeenkomst. De opkomst qua aantal was niet zo groot, maar het waren wel de mensen die aansluiting zochten en daar zat de energie.

Ze hadden een goed lijntje met de kinderarts en kinderpoli in Lelystad. De kinderartsen waren al bekend met de ketenaanpak en ook voorvechters dat er iets moest gebeuren met overgewicht bij kinderen. Daarom zijn de kinderartsen een erg actieve partner in het geheel.

Er liep ook een project bij de huisartsenpraktijk met als thema overgewicht, gericht op samenwerking in de wijk. Hierdoor kon de projectleider goed samenwerken met deze partij en in die wijk huisartsen motiveren, die het vervolgens doorgeven aan andere huisartsen. Huisartsen zijn een lastige taak om mee te krijgen, dus dit was een mooie opstap.

Ze zijn nu drie jaar bezig en hebben wel een structuur staan. Zo hebben ze een werkgroep met werkers, zoals fysiotherapeuten, diëtisten, welzijnswerkers, kinderopvang, GGZ, platform voor ouders, kinderpoli en czv, waarbij ook wordt geschakeld met het JOGG-netwerk. Er is ook een stuurgroep met managers: de manager van de jeugdgezondheidszorg, welzijn, sportbedrijf en maatschappelijke dienstverlening. Het is belangrijk dat, als er al een gezinscoach is, de czv niet als extra partij wordt ingezet waar al begeleiding is. Er zijn ook netwerkbijeenkomsten waar ze kennis overdragen aan andere mensen in de ketenaanpak.

MEESamen, een organisatie die zich richt op mensen met een verstandelijke beperking, is nu ook betrokken. Ze bieden gezinsbegeleiding en worden ook ingezet vanuit de czv. De GGZ wordt soms ingezet bij gezinnen, maar ze signaleren ook veel kinderen met overgewicht.

Ze hebben een focuswijk, Zuidoost, waar een lagere SES, veel immigratiegezinnen en veel armoede zijn. Hier is ook het meeste overgewicht. De huisartsen uit deze wijk waren ook als eerste aangehaakt en er zat veel energie om iets te doen met overgewicht.

De rol van de czv ligt bij de JGZ, waarbij ze een czv voor 0-4 jaar hebben en twee czv's voor 4+ leeftijd. De JGZ signaleert ook veel aanmeldingen. Verder komen verwijzingen van de kinderpoli, huisartsen en maatschappelijk werk.



De informele zorg is belangrijk, ze werken veel samen met het sportbedrijf om kinderen te begeleiden naar beweegactiviteiten en clubjes die er zijn. Ouders worden doorverwezen naar opvoedcafés. Dit is belangrijke zorg die al bekostigd wordt. Mensen krijgen zorg in de wijk, wat daar goed werkt.

In Lelystad hebben ze in een groot deel van de wijken sportaanbod op school en na school, georganiseerd door de vakleerkracht bewegen. Ze bieden kinderen met motorische problemen of kinderen uit zwakkere sociale milieus een extra sportuurtje aan. Hier worden ook veel kinderen naar doorverwezen vanuit de czv. Er zijn verschillende groepen per leeftijdsgroep.

Voor de samenwerking zijn er geen contractondertekeningen gedaan. Wel is er een ronde gedaan over wat elke organisatie te bieden heeft, wat ze bijdragen en wat er verwacht wordt. Hiervan wordt nog een boekje gemaakt, ook met informatie over wie te benaderen is voor bepaalde zaken.

Ondertussen weten de partners elkaar goed te vinden. In het begin was het een uitdaging om deze contacten goed te krijgen tussen alle partners. Verder lagen er in het begin uitdagingen om de juiste mensen aan tafel te krijgen die aanbod hebben, een rol spelen en verantwoordelijkheid nemen in de aanpak. Nu liggen de uitdagingen voornamelijk in het borgen: als er straks meer verwijzingen komen, hoe gaan ze dat op een goede manier oppakken? Zijn er dan nog wel genoeg czv's?

Ze hebben ervoor gekozen om de czv's voor een paar uur per week in te zetten als czv, zodat de czv's de verbinding met de JGZ niet kwijt raken. Zo houden ze ook contact met scholen, behouden hun vaardigheden in gespreksvoering en houden contact met collega's.

De czv wordt bekostigd door de gemeenten.

Ze hebben 1,5 jaar geleden geprobeerd te werken met een leefstijlinterventie, alleen waren er niet genoeg aanmeldingen. Een van de redenen was dat praten over gewicht lastig werd gevonden. Verder vonden bijvoorbeeld huisartsen dat het veel tijd kost om overgewicht te bespreken. Daarom is er een training gekomen over hoe te praten over overgewicht. Ze hebben nu een licentie van Cool2BFit aangekocht. Hierbij moeten ze nog de laatste stappen in de werving doen en wachten ze op aanmeldingen.

YCND is waarschijnlijk de GLI die erkend gaat worden. Hier gaan ze dan ook Flevoland-breed mee aan de slag, maar ze wachten nog op de laatste ontwikkelingen. In Lelystad willen ze niet meer wachten en starten daarom met Cool2BFit. Iedereen met overgewicht kan zich aanmelden.

Succesverhalen zijn dat een aantal kinderen echt beter in hun vel zitten, een gezondere leefstijl hebben en actief zijn. Er is ook meer aandacht voor overgewicht en hoe je het moet benaderen. Het brede gesprek over wat de onderliggende oorzaken kunnen zijn, leidt tot betere begeleiding en een minder stigmatiserende aanpak. Dat is wel een succes.

Aan monitoring wordt nu nog niet echt iets gedaan. Ze zijn met een vliegende start begonnen en het moment om te monitoren was er toen nog niet echt.

De kracht van de ketenaanpak is het aansluiten bij de aanpak van dingen die al gebeuren, aansluiten bij de energie. Verder met een respectvolle en open benadering.

## Interview Friesland (Achtkarspelen, Smallingerland)

Anja de Haan

- Provinciale Ketenregisseur Kind naar Gezonder Gewicht Friese Preventie Aanpak
- Projectleider Kind naar Gezonder Gewicht gemeente Achtkarspelen & Smallingerland
- Coördinator & Coach LEFF Smallingerland

Ze zijn nu twee jaar bezig met KnGG, waarbij ze vanuit de Friese preventieaanpak een bouwsteen hebben geschreven waarin de eerste stappen van de ketenaanpak beschreven staan. In Achtkarspelen zijn ze bezig met stap 1 t/m 4 vanuit de handreiking: het schrijven van een projectplan, het in kaart brengen van het netwerk en het voeren van gesprekken. Hierbij worden de partners bij elkaar gebracht via een netwerkbijeenkomst. Zo zijn ze aan de slag gegaan, om vanuit daar te begrijpen dat er meerdere partners nodig zijn voor de ketenaanpak.

De aanpak was eerst erg gericht op twee dorpen omdat daar het overgewicht het grootst was. Vanuit de praktijk merkten ze dat de aanmeldingen een uitdaging vormden en hebben daarom het wijkstuk en de dorpen losgelaten en het meer gemeente breed aangepakt. Nu wordt het gemeente overstijgend, wat soms lastig is omdat sommige gemeenten nog niet zo ver zijn.

Negen van de achttien gemeenten zijn begonnen met stap 1 t/m 4. Achtkarspelen en Smallingerland zijn al iets verder, zij hebben czv en werken volgens de ketenaanpak.

De partijen die betrokken zijn, zijn de GGD, waarbij ze een czv vanuit de JGZ en een pedagoog hebben, verder hebben ze een kinderarts, kinderfysiotherapeut, kinderdietist, gebiedsteam, gemeenten, welzijnswerk, sportbedrijf en huisartsen. In de werkgroep van Smallingerland was het eerst lastig om huisartsen mee te krijgen, maar nu is er beter contact over de ketenaanpak en hun rol daarin.

In Achtkarspelen werken ze vanuit het Jeroen Bosch Ziekenhuis en het doorverwijssysteem. In Smallingerland duurde het even voordat de partijen begrepen wat de bedoeling was, waarbij ze eerst op de achtergrond bleven. Hier hebben ze het afgelopen jaar veel energie in gestoken met meerdere bijeenkomsten. Hierdoor zijn er betere verbindingen ontstaan en weten ze de rol van elkaar. In Achtkarspelen begrijpen ze het principe, maar het inzetten van het netwerk is daar nog spannend.

De uitdagingen zijn het betrokken houden van partijen en het inbedden bij de organisaties. Verder is de rol van de czv een kwetsbare functie. In Achtkarspelen hebben ze twee czv opgeleid, maar deze waren even niet beschikbaar en dat was een uitdaging.

Succesverhalen zijn dat professionals elkaar beter kunnen vinden en samen naar het kind kijken, en dat de juiste wegen worden bewandeld. Er wordt echt naar de gezinnen geluisterd en het stukje huisbezoek en de lange termijn begeleiding van de gezinnen zijn succesverhalen.

Overgewicht wordt vaak gesignaleerd door de jeugdverpleegkundige en via medische klachten bij de huisarts, waarnaar wordt doorverwezen naar de kinderarts. Deze verwijst steeds vaker door naar de czv.

Ze werken niet met een GLI, hierbij wachten ze nog op de vergoeding in 2025. Er zijn nog geen partijen in Friesland die de opleiding hebben gevolgd, hoewel er wel geïnteresseerde partijen zijn. Hun wordt geadviseerd om dit vooral op te pakken, maar er is geen garantie voor de inzet. Wel werken ze met LEFF, een korte interventie.

Alle kinderen binnen Achtkarspelen kunnen meedoen aan het programma, mits er geen meervoudige problematiek achter zit.

In Smallingerland zijn er drie jeugdverpleegkundigen die zich richten op 12+, en zij zien dat ook pubers in de aanpak worden meegenomen. In Achtkarspelen richten de jeugdverpleegkundigen zich op kinderen tot 12 jaar, en is er een andere hulpvraag.

De czv wordt vervuld door de JGZ en bekostigd door de gemeenten.

Het lokale beweegaanbod voor kinderen met overgewicht is minimaal. Er is wel een fysiotherapeut die Fit4Kids aanbiedt, voor kinderen die niet heel mobiel zijn. Ze merken echter dat er geen goede instroom is naar verenigingen en dat kinderen hier langer blijven dan waar het programma voor bedoeld is. Ze zijn nu wel in gesprek met verenigingen over hoe ze het aanbod kunnen vergroten.

Vanuit de regio hebben ze monitoring en evaluatie opgezet vanuit de indicatoren set en zijn ze bezig in de twee gemeenten. Dit wordt nu uitgezet in heel Friesland zodat ze dezelfde indicatoren hebben om te monitoren. Verder hebben ze een lijst voor czv om hier indicatoren in te vullen.

De kracht is dat er een centraal persoon is die om het gezin heen staat en kijkt wat er daadwerkelijk nodig is en dit koppelt aan de juiste organisaties. Gezinnen worden niet van het kastje naar de muur gestuurd en het 'echte' probleem wordt aangepakt. Dichtbij de gezinnen staan en vanuit vertrouwen en openheid werken. Door domein overstijgend te werken wordt er ook op een andere manier naar de gezinnen gekeken en op een andere manier hulp verleend, wat veel effectiever is.

## Interview Amsterdam

Aafke Beekhof

- Projectleider netwerkaanpak kinderen met overgewicht en obesitas
- Gezond Leven

In Amsterdam hadden ze de aanpak AAGG, dit was echter een programma met een begin en een eind. Deze aanpak is twee jaar geleden afgelopen. Hierbij was het idee dat de gemaakte afspraken en ideeën bijgehouden zouden blijven, maar dit bleek nogal tegen te vallen. Bepaalde afspraken worden niet meer nageleefd, materialen zijn verouderd en worden niet meer geüpdatet.

In de tijd van AAGG waren er implementatiemanagers die ervoor zorgden dat afspraken tussen de netwerkpartners en contracten werden gemaakt en samenwerkingsafspraken werden vastgelegd in een pact. Deze implementatiemanagers zijn overgegaan naar aandacht functionarissen om ervoor te zorgen dat het onderwerp op de agenda blijft en het netwerk goed blijft functioneren. In de praktijk bleek echter dat zij hier niet genoeg uren voor hadden of dit niet konden. De ketenaanpak moet nu weer opnieuw onder de aandacht worden gebracht en er moet een regisseur komen, dit is echter nog een financieel probleem.

Ze zijn begonnen in aandacht wijken, die meer aandacht nodig hebben. Dit zijn ongeveer 10 wijken en hier zijn voornamelijk de czv's aanwezig.

Er zijn verschillende partijen betrokken, wat verschilt per wijk. Hieronder vallen ook huisartsen, kinderartsen, jeugdverpleegkundigen, fysiotherapeuten, de sociale basis met sportaanbod of gezonde leefstijl aanbod. De GGZ is voornamelijk bezig met de ketenaanpak.

Op dit moment zijn er gemeente breed geen werkgroepen, alleen binnen de GGD. Dit was er wel, maar het is gestopt toen AAGG ook stopte. Het idee dat de aanpak van AAGG goed stond en door kon draaien, is niet zo uitgekapt. Er waren veel veranderingen en omdat er geen regisseur was, werd dit niet goed opgepakt.

Voor de aanpak hebben ze nu 17 czv, dit waren er eerst 5. In Amsterdam voert de czv ook de GLI uit en hebben ze meer uren om het kind te begeleiden.

Een succesverhaal is dat in Bijlmer de aanpak nog wel goed loopt. Hier heeft een kinderarts met een eigen praktijk de coördinerende rol op zich genomen en heeft korte lijntjes met de partners. Dit is een van de weinige wijken waar het nog goed loopt.

Uitdagingen zijn dat de zorg verzekerd zou zijn, maar het nog niet mogelijk is om te declareren, waarbij de czv en de GLI nog niet worden gedeclareerd. Hierbij is de GLI op dit moment nog niet bewezen effectief en daarom nog niet vergoed. De czv is op dit moment wel in dienst, maar de bekostiging is nog niet helemaal rond en men wacht landelijk op duidelijkheid.

Ze werken met de Amsterdamse GLI, die er vanuit de pilotgemeente kwam. Hierbij is de czv ook degene die de GLI uitvoert omdat er veel overlappende taken zijn tussen czv en de GLI. De GLI werd bekostigd tijdens de proeftuingemeente en nu is er nog een innovatieregeling met financiering waar de 150 kinderen die deelnemen aan de GLI onder vallen.

Er is veel beweegaanbod in de wijk, maar dit sluit niet goed aan bij de doelgroep. Er is een tekort aan passend aanbod.

Tijdens de tijd van AAGG moest er gemonitord worden, alleen dit is niet helemaal goed gegaan waardoor het met terugwerkende kracht moest gebeuren. Hierdoor is monitoring nog een aandachtspunt.

De kracht van de ketenaanpak is de brede anamnese, er wordt niet alleen gekeken naar BMI, maar ook naar wat er speelt in het gezin. Zijn er schulden of andere problemen? Dat is de kracht van de aanpak.

## **Interview Deventer**

Anouk Heijns

- Sport- en beweeg regisseur jeugd en gezondheid, Sportbedrijf Deventer
- Projectleider KnGG

Ongeveer drie jaar geleden zijn ze gestart in Deventer en nu kijken ze ook vanuit GGD IJsselland of ze het meer regionaal kunnen oppakken. In Deventer zijn ze begonnen met een pilotfase en hebben ze twee wijken geselecteerd met de grootste achterstandsscore. De eerste twee jaar begonnen ze met de pilotfase waarin ze 20 gezinnen begeleiden, met de focus op de leeftijdscategorie 3-12 jaar om zo het netwerk op te bouwen en te bepalen welke partners nodig zijn. Nu zijn ze bezig om dit Deventer-breed uit te rollen en de leeftijdscategorie uit te breiden tot 18 jaar.

Er zijn verschillende partijen betrokken. De czv is belegd bij de JGZ en zij zijn de spin in het web. De jeugdarts van de GGD en de kinderarts van het Deventer Ziekenhuis zijn betrokken, dit zijn ook hun grootste doorverwijzers. Daarnaast is het sociale wijkteam betrokken, bestaande uit Team Toegang Jeugd en Team WMO voor volwassenen als ouders hulpvragen hebben. Verder zijn fysiotherapeuten, diëtisten, sportbedrijven, beweegmakelaars, opvoedondersteuning en schuldhulpverlening betrokken. Per gezin wordt er gekeken wat mogelijk is. Ze zijn bijvoorbeeld begonnen met een Nederlandse diëtist, maar ontdekten dat veel gezinnen van Turkse afkomst waren en de diëtist hun cultuur niet begreep. Daarom is er nu ook een Turkse diëtist. Tijdens het proces ontdek je welke partners je nog nodig hebt.

Ze zijn begonnen met een stuurgroep, bestaande uit twee beleidsmedewerkers van de gemeente, een kinderarts, de GGD, welzijnswerk en sportbedrijf. Zij bepalen de koers van KnGG. Met hen zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt over hoe ze de lijntjes kort houden. Partners zoals diëtisten en fysiotherapeuten werken op basis van doorverwijzingen en werken samen met een aantal fysiotherapeuten die bekend zijn met de aanpak. Dit zijn voornamelijk mondelinge afspraken. De projectleider heeft eens in de 4-6 weken overleg met de czv over hoe het loopt. Verder is er eens per 6 weken contact met de regiocoördinator om te kijken hoe ze regionaal meer kunnen inzetten en de ervaringen van Deventer kunnen meenemen, en eens in de twee maanden is er overleg met de stuurgroep.

Succesverhalen zijn dat er mooie samenwerkingen zijn ontstaan, ook richting andere projecten, en dat ze elkaar sneller weten te vinden. Voor gezinnen is het fijn dat er een aanspreekpunt is voor al hun vragen. Het zijn kleine stapjes die worden gezet. Het verschil in BMI blijft nog wel achter. In eerste instantie gaat het echt om hele kleine stapjes, met name bewustwording, zichzelf ertoe zetten om naar een sportvereniging te gaan, of een kleine twist in eetgewoonten. Het krijgen van meer zelfvertrouwen en later het gewicht dalen, maar dit is in het eerste jaar amper te zien.

De uitdagingen lagen eerst in het bepalen welke partners je erbij wilt betrekken en hoe je daar samenwerkingsafspraken mee kunt maken. Het is een uitdaging om de samenwerking goed neer te zetten, wat een tijdsinvestering vraagt. Het mooie hiervan is dat degenen die meedoen zich ook betrokken voelen en willen meewerken. Het financiële plaatje is ook een uitdaging. Ze hebben geluk omdat de gemeente erachter staat, maar vooral voor kleine gemeenten is de ketenaanpak een kostbaar traject. De gezinnen die meedoen zijn vaak kwetsbaar; als er iets gebeurt, bijvoorbeeld in de familie, zijn ze snel weer terug bij af. Je hebt dus een lange adem nodig om die veranderingen in gang te zetten.

De uitdagingen die er waren bij de implementatie zijn er nu nog steeds. Andere uitdagingen zijn hoe ze de aanpak kunnen vergroten voor de leeftijd van 13 tot 17 jaar. Dit vraagt om andere begeleiding en ze zijn nog zoekende hoe ze deze aanpak moeten toepassen. Het signaleren wordt voornamelijk gedaan door de JGZ, de kinderarts en soms door de huisarts. Ze hebben een uitdaging om huisartsen te betrekken, na drie jaar hebben ze maar enkele huisartsenpraktijken die doorverwijzen.

Op dit moment hebben ze nog geen GLI, ze wachten op landelijke beslissingen. Voor beweegaanbod maken ze gebruik van wat er al is bij gemeenten. De fysio's in Deventer geven vaak ook groepslessen FitKids, voor kinderen die motorisch iets moeilijker bewegen en kinderen met overgewicht. Deze kinderen doen dan een 8-weeks programma en stromen door naar een sportvereniging. Het doorverwijzen naar een sportvereniging is nog wel lastig, ze zien wel meer toestroom naar een kinder bootcamp groepje of kickboksles, die meer individueel en fitness gericht zijn. Hier blijven ze beter hangen dan bij een voetbalclub.

Ze betrekken alle kinderen, wel zien ze dat voornamelijk kinderen met fors overgewicht deelnemen. Als ze kijken naar de kaders die landelijk zijn gesteld, valt ongeveer 85% daarbinnen.

De czv is bij de JGZ belegd. Hij wordt grotendeels betaald door de gemeente. Ze hebben cofinanciering gehad vanuit de preventieve uren die een jeugdverpleegkundige heeft, maar nu wordt het betaald vanuit de GALA SPUK.

Monitoring is voornamelijk de rol van de projectleider samen met de czv. Ze hebben overleg hierover en gebruiken de kindermonitor vanuit de GGD. Verder nemen ze bij elk kind een spinnenweb af van positieve gezondheid aan het begin en einde van het traject.

De kracht ligt vooral in de vele samenwerkingen die zijn ontstaan, zowel in het zorg- als sociaal domein. De czv heeft korte lijntjes met het wijkteam en kinderwerk. Je krijgt een veel bredere kijk. Jeugdverpleegkundigen zijn opgeleid om vooral een adviserende rol te hebben en nu moeten ze ook gaan coachen. Zij geven terug dat ze nu veel meer kunnen bereiken en meer kunnen aansluiten, er komen nu ook andere vragen boven die je anders niet hebt in een consult. Daar ligt ook echt de kracht.



## Interview Zwolle

Emilie Krol

- Projectleider Kind naar Gezonder Gewicht Zwolle

Twee jaar geleden zijn ze begonnen met kennismaken met de czv en andere verschillende professionals, waaronder fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsen en kinderartsen. Veel netwerken was belangrijk in het begin. Er is nu een goede samenwerking tussen de czv en fysiotherapeuten, die actief zijn in de stad en leefstijlinterventies aanbieden. Er is een czv vanuit het sociaal wijkteam en een vanuit JGZ, zij vullen elkaar goed aan in de uitvoering en sparren met elkaar. Hierbij worden 2/3 van de uren bij de JGZ belegd en 1/3 bij het sociaal wijkteam. Dit komt deels doordat het werk van een medewerker van het sociaal wijkteam minder goed te plannen is en soms acute situaties heeft die voorrang krijgen. Daarnaast heeft dit te maken met de vergoeding vanuit de zorgverzekeraar, die de czv gaat bekostigen als het door de JGZ wordt uitgevoerd. Hierdoor worden er meer uren besteed aan de JGZ, maar beide kunnen voldoende uit de voeten met de rol. Er komen drie czv-medewerkers bij, en het totaal aantal uren wordt verdeeld over vijf personen, wat neerkomt op 24 uur per week.

Ze zijn gestart in twee specifieke wijken waar veel aandacht naartoe gaat. Echter, de ervaring leert dat de aanmeldingen zich niet beperkten tot deze wijken. Zodra het bekend werd binnen JGZ en bij de kinderartsen, meldden zij kinderen aan, ongeacht de wijk. Hierbij is wel een eis dat het kind uit Zwolle komt. Er zijn nu ook andere gemeenten rond Zwolle die starten, maar hiermee is er nog geen echte verbinding.

Partijen die meedoen aan de aanpak zijn JGZ, de kinderartsen, drie fysiotherapeuten die leefstijlinterventies aanbieden, gekoppeld aan drie diëtisten. Met het sociale wijkteam is er wel verbinding, maar in de praktijk hebben zij gezondheid en een gezonde leefstijl nog niet echt op hun netvlies staan. Ideaal zou zijn als zij ook vragen naar een gezonde leefstijl stellen en zo in de toekomst ook een bron van aanmeldingen kunnen worden. Verder zijn er verbindingen met ondersteuningsteams op basisscholen, bestaande uit IB'ers van de school en orthopedagogen, waarbij op sommige scholen ook de JGZ betrokken wordt. Daarnaast is er ook SportService met de beweegmakelaars, die mensen helpen bij het vinden van passend beweegaanbod. Het is lastig om contact te leggen met de huisartsen.

Met SportService hebben ze samenwerkingsafspraken, waarbij buurtsportcoaches kinderen signaleren en doorgeven aan de beweegmakelaar. Zij gaan vervolgens in gesprek met de ouders en als zij gemotiveerd zijn, worden ze doorverwezen naar de czv. In de praktijk wordt hier echter weinig gebruik van gemaakt. Wel wordt er over het beweegaanbod gespaard tussen de czv en beweegmakelaars. Verder geven de kinderartsen en czv terugkoppelingen aan elkaar. De fysiotherapeuten en diëtisten zitten aan de uitvoerende kant. Hierbij biedt een fysiotherapeut Cool2BFit aan, een ander een verdunde variant van drie maanden, en een derde richt zich op een iets oudere doelgroep. De betrokkenheid bij de langdurige leefstijlinterventies blijft echter lastig voor deze kwetsbare groep.

Een uitdaging blijft het goed betrekken van het sociaal wijkteam. Het sociaal wijkteam heeft vaak een doorverwijs rol met betrekking tot onderliggende factoren. Daarom is een goede samenwerking tussen de czv van de JGZ en het sociaal wijkteam belangrijk, aangezien het wijkteam goed kan doorverwijzen naar het sociaal domein. Soms blijft het voor een czv lastig om het bredere gesprek te voeren.

Succesverhalen zijn dat de czv vanaf het begin betrokken is bij het gezin, waardoor op het juiste moment de leefstijl kan worden aangepakt. Binnen het netwerk zijn de samenwerkingen tussen de czv succesvol, waarbij die van het sociaal wijkteam en JGZ onderling ervaringen en casussen bespreken.

Kinderen tussen de 2 en 18 jaar kunnen zich aanmelden, maar momenteel ligt de begeleiding tussen 2 en 15 jaar. Er zijn weinig aanmeldingen van kinderen boven de 13 jaar; hierop is namelijk nog niet actief ingezet. Als ze hier meer op willen inzetten, zou dat eventueel kunnen door actiever te werven via scholen, maar dat gebeurt nu nog niet. Bovendien is er voor deze oudere kinderen weinig aanbod, zoals beweegactiviteiten. Hoewel ouders en kinderen zichzelf ook kunnen aanmelden, is dit nog niet gebeurd. Op dit moment worden er 11 gezinnen begeleid. De aanmeldingen komen voornamelijk van kinderartsen en de JGZ. Een sterke verbinding met deze instanties is belangrijk voor een continue instroom van kinderen. Op het moment dat gezinnen moeten terugvallen op het aanbod, zijn fysiotherapeuten en diëtisten belangrijk.

Momenteel werken ze aan het uitrollen van een communicatiestrategie, met onder andere een lokale folder en webpagina. De aanpak op zichzelf staat goed, maar het is nu belangrijk om aansluiting te vinden bij andere aanpakken om zo onderdeel van het geheel te worden. Het is wel van belang dat de klankbordgroep en uitvoerende teams twee keer per jaar samenkomen.

De kracht van het programma ligt in de betrokkenheid van diverse professionals, die de meerwaarde zien van de begeleiding en zo goede verbindingen hebben. Hierdoor wordt er gebruikgemaakt van de verschillende expertises van de professionals. Verder ligt de kracht bij de samenwerkingen van de czv vanuit het wijkteam en de JGZ.

## **Interview Alkmaar**

Lisette Untied

- JOGG regisseur Alkmaar
- Projectleider Kind naar Gezonder Gewicht Alkmaar

Vanuit JOGG hebben ze altijd samengewerkt met de VPZ-werkgroep en daaruit bleek dat er veel kinderen met overgewicht zijn. Daarom zijn ze gestart met de ketenaanpak. Ze hebben twee czv's, waarbij één groep zich richt op kinderen tot 12 jaar en de andere op kinderen van 12 jaar en ouder. Ze hebben een breed netwerk met ongeveer 30 partners, waarbij ze voornamelijk informele afspraken hebben. Er is echter een structurele vergadering eens per drie maanden waar ze de trends en zorgen bespreken.

De succesverhalen variëren omdat de problematiek breed is. Zo is er een voorbeeld van een kind dat op zwemles wilde, maar waarvan de ouders het niet konden betalen. Ze kwamen toen bij KnGG terecht, waar ze gekeken hebben of ze het konden regelen. Dit is gelukt en daardoor zag je dat het kind zich beter in zijn vel voelde.

Ook is er een voorbeeld van een gezin met verschillende kinderen met overgewicht. Toen zij in Nederland aankwamen, wisten ze niet wat gezond eten was. Ze leren nu wat een gezonde levensstijl en gezonde voeding zijn.

Ze streven ernaar elk jaar 20 gezinnen te helpen, op dit moment zitten ze rond de 8-12 gezinnen. De kinderen worden doorverwezen vanuit het netwerk, voornamelijk door de fysiotherapeut, kinderarts en JGZ. De verwijzingen blijven echter een uitdaging, maar KnGG wordt steeds bekender.

Een andere uitdaging is dat gezinnen toestemming moeten geven, en niet alle ouders zien het als een probleem, waardoor ze stoppen. Ook is er vaak sprake van Multi problematiek, wat het extra lastig kan maken. Huisartsen zijn ook moeilijk te bereiken, ze hebben nu wel een paar POH's betrokken, maar ondanks dat er veel informatie naar de huisartsen wordt gestuurd, zijn ze lastig te bereiken.

Ze zijn begonnen in twee focuswijken en zien dat daar nog steeds de meeste aanmeldingen zijn, maar ze ontdekten ook dat er kinderen buiten deze wijken mee willen doen. Daarom hebben ze het gemeente breed georganiseerd.

Ze hebben Alkmaar Sport als sportaanbieder en in elke wijk is er beweegaanbod. Voor de doelgroep zijn er verschillende interventies in drie verschillende wijken. Hier hebben ze VetCool, een interventie op gezinsniveau, Sportmaatjes en Gezondemaatjes. Deze worden vooral door de zorgverzekeringen betaald; de fysiotherapeuten en diëtisten hebben een aantal uren vanuit de zorgverzekering, en het is gedeeltelijk betaald door het zorg- en preventieakkoord.

De monitoring wordt gedaan door de projectleider samen met de czv en de gemeenten. Eerst keken ze voornamelijk naar BMI, maar nu kijken ze ook of de kinderen zich goed voelen, of de doorverwijzingen goed gaan en of ze uiteindelijk weten hoe ze een gezond leven moeten invullen.

De kracht ligt in de samenwerking tussen alle partners, ze weten elkaar goed te vinden. Vanuit het netwerk is duidelijk wat er allemaal is en wordt goed in kaart gebracht wat er aanwezig is. Er is verder ook een goede terugkoppeling, bijvoorbeeld als een kind wordt doorgestuurd naar de fysiotherapeut, geeft hij aan hoe het gaat en of het kind ook echt is gekomen.

## **Interview JOGG Landelijk**

Emma van den Eynde

- Adviseur Kind naar Gezonder Gewicht

Betrokken bij gemeenten en regio's ondersteunt zij de regionale coördinator of lokale projectleider. Verder houdt ze zich bezig met meer landelijke projecten die ten behoeve zijn van de lokale implementatie en projecten rondom de financiering van de aanpak vanuit de zorgverzekeringswet.

JOGG Landelijk is een partner van gemeenten en regio's op het gebied van de implementatie van een integrale aanpak. Hieronder valt de collectieve JOGG-aanpak en de individuele aanpak KnGG. Als landelijke partner adviseren ze rondom de implementatie van de aanpak. Hiervoor hebben ze verschillende materialen gericht aan de lokale projectleiders en deels regionale coördinatoren. Naast de fysieke materialen bieden ze ook trainingen, bijeenkomsten en intervisie voor het uitwisselen van ervaringen.

Het probleem van overgewicht bij kinderen wordt vaak te smal aangevlogen. Het is belangrijk om met een brede blik te kijken naar de verschillende factoren die invloed hebben op het ontstaan van obesitas en het in stand houden ervan, vanuit zowel de fysieke en biologische hoek als de psychologische, sociale, leefstijl- en omgevingsfactoren. Het is nodig om tijd en ruimte te hebben als professionals en czv om een relatie op te bouwen met het gezin, omdat het een gevoelig onderwerp is. Daarnaast is het nodig dat niet alleen het individuele kind en gezin geholpen wordt, maar ook de omgeving gezonder wordt.

Uitdagingen zijn dat er te weinig geld is. Ook rondom de Zvw, waar nog aan een aantal randvoorwaarden gewerkt wordt. Er is namelijk al wel geld voor de implementatie vanuit GALA/IZA, en daardoor loopt de Zvw en de implementatie niet gelijk op. Gemeenten willen aan de slag met de implementatie, maar de Zvw is nog onduidelijk. Verder ligt er veel op het bordje van de gemeente. Het implementeren van KnGG vraagt een verandering in denken, en als je daar zelf niet de ruimte, kennis en uren voor hebt, is dat veel gevraagd. Vanuit JOGG Landelijk kijken ze hoe ze dit zo makkelijk mogelijk kunnen maken en verbinding kunnen leggen met andere aanpakken. Een andere belangrijke uitdaging is het veranderen van denken en werken, een paradigmaverandering, waarbij er veel meer naar de voorkant gekeken moet worden. Die verandering van werken en denken is erg belangrijk. Samenwerken tussen de domeinen, het gemeentelijke domein en het zorgdomein is ook een uitdaging. Met KnGG willen ze dat de professionals uit de domeinen goed naar elkaar doorverwijzen. Hierbij moeten ze vertrouwen hebben dat de andere netwerkpartners het kind goed verder helpen. Om dit te kunnen, moet je elkaar persoonlijk kennen, maar ook de expertise van de andere professional kennen, wat tijd kost.

De collectieve en individuele preventie moeten samen worden aangepakt omdat het hele systeem hiervoor moet veranderen. JOGG Landelijk is een netwerkorganisatie waarbij ze veel mensen verbinden en inspireren en links leggen met andere kennispartijen. JOGG Landelijk heeft hierbij een aanjagende, inspirerende en ondersteunende rol.

Voor samenwerkingen is het goed om op maat te kijken per regio. Elke regio is anders samengesteld. In Twente is er nog geen KnGG-gemeente en zie je dat er verschillen zijn tussen de gemeenten, de inwoners en de visies. Regionaal moet er worden gekeken waar de gezamenlijkheid ligt. Wat voor de hand liggende manieren om regionaal samen te werken zijn communicatie, bijvoorbeeld een website over KnGG Twente. Monitoring en evaluatie vereisen een plan dat regionaal geregeld kan worden. Afspraken met de zorgverzekeraar kunnen ook op regionaal niveau worden gemaakt. Dan zijn er nog de regionale samenwerkingen waarvoor iets meer vertrouwen nodig is. Bijvoorbeeld het delen van een projectleider voor de kleine gemeenten, of dat de projectleider in een gemeente begint en een start maakt en doorgaat naar de volgende gemeente, zodat er lerend vermogen is. Hetzelfde geldt voor de czv, waarbij ze altijd adviseren om twee czv's gezamenlijk op te leiden in een gemeente zodat ze met elkaar kunnen sparren. Deze zouden ook gedeeld kunnen worden tussen gemeenten. Hiervoor moet je wel echt intensiever willen samenwerken. Misschien kan dit niet regionaal breed, maar in sub regio's, bijvoorbeeld met drie gemeenten.

In 26 regio's zijn ze nu aan het opstarten met KnGG, waar veel mooie samenwerkingen zijn. Zoals in Hart van Brabant, waar nu 12 van de 19 gemeenten zijn gestart. Kleinschalig zie je dat er netwerkbijeenkomsten zijn die erg inspirerend werken.

Doelstellingen die moeten worden vastgesteld om de voortgang te meten zijn in eerste instantie het proces. Op korte termijn zal je niet een grote BMI-daling zien. Het gaat om het

ontstaan van een netwerk, weten partners elkaar te vinden, is er een warme overdracht tussen de professionals, starten er meer kinderen, maken kinderen het programma af? Verder is het belangrijk om de ervaringen van kind en gezin te meten. Voelen ze zich gehoord? Dit geldt ook voor de czv, ervaren ze plezier in hun werk, voelen ze dat ze een verschil maken? Uiteindelijk kun je meten op gedragsverandering, de kwaliteit van leven en de BMI.

Om de ketenaanpak succesvol te maken is het belangrijk dat er een lokale projectleider is met voldoende tijd, stevigheid, ervaring in het bij elkaar brengen van netwerken en projectmanagementvaardigheden. De projectleider moet affiniteit hebben met het onderwerp, maar het is belangrijker dat hij/zij mensen bij elkaar kan brengen en bijvoorbeeld een goed projectplan kan schrijven en uitvoeren. Een opgeleide czv is erg belangrijk, het liefst minimaal twee. Dit vraagt wel wat nieuws van professionals, een andere manier van werken. Het is goed als ze een sparringpartner hebben om over de casuïstiek te praten. Voldoende tijd en affiniteit met deze doelgroep is ook belangrijk. Verder zijn een lange adem, geduld en doorzettingsvermogen belangrijk, omdat deze kinderen en gezinnen een vol leven hebben met andere dingen die spelen, en ze zullen niet altijd zin en tijd hebben om met KnGG aan de slag te gaan. Hiervan moet je je wel bewust zijn.

## **Interview Gemeente Hellendoorn**

Anique Besten

- Beleidsadviseur sociaal domein

In de gemeente Hellendoorn zijn ze al bezig met de aanpak van kinderen met overgewicht vanuit JOGG en het lokaal preventieakkoord. Ze zijn een JOGG-gemeente en werken vanuit daar aan verschillende initiatieven, zoals de gezonde sportkantine, die nu nog in de kinderschoenen staat. Ze kijken op basisscholen of er een MQ-scan kan worden uitgevoerd en organiseren bijvoorbeeld ouderavonden voor ouders van kinderen van 0 tot 4 jaar waarbij ook het thema gezonde voeding en beweging wordt behandeld. Verder zijn er nog kleine initiatieven zoals het uitdelen van appels bij de avondvierdaagse, een open dag bij de boer en een peuterfestijn.

De rol van de gemeente in de ketenaanpak zal vooral liggen op het faciliteren en financieren. Ze willen graag de czv wegzetten bij de JGZ en ervoor zorgen dat de gemeente al het voorwerk heeft gedaan, zodat de czv direct aan de slag kan. De gemeente heeft veel connecties en ideeën naar wie de czv zou kunnen doorverwijzen, en samen met de czv zullen ze kijken hoe ze dit het best kunnen vormgeven.

Het probleem van overgewicht is groot. Hierbij geeft ze aan dat het beter zou zijn om meer preventief te werken, te beginnen bij basisscholen en kinderopvang, bijvoorbeeld door gezondere voeding en meer beweging. Ze willen ook aan de slag met de Gezonde School, maar dat staat nog wel in de kinderschoenen.

Wat ze belangrijk vindt, is dat er in de ketenaanpak op dit moment minder focus komt op de GLI en meer focus naar de voorkant, wat is er nodig om de ketenaanpak te laten slagen? De GLI is maar een klein onderdeel hiervan. Het is belangrijk dat de czv wordt geschoold en een integrale blik heeft op de onderliggende oorzaken, en dat de czv ook kijkt naar de triggers in het gezin waardoor overgewicht blijft bestaan.

Gemeenten worden soms tegengehouden door het Rijk. Hierbij geeft zij aan dat het soms goed is om te durven en gewoon te beginnen. Gemeenten weten vaak beter wat er nodig is voor hun inwoners dan het Rijk. Zij vindt het daarom ook mooi dat een aantal gemeenten, waaronder Hellendoorn, willen gaan starten en onderzoeken hoe de ketenaanpak het best kan worden uitgevoerd.

Voor regionale samenwerkingen zou een projectleider een mogelijkheid zijn. Er zijn waarschijnlijk een aantal dingen die hetzelfde zijn in alle gemeenten, maar ook zaken waarin ze verschillen. Het zou misschien mogelijk zijn om een gezamenlijke projectleider aan te stellen, die ook gezamenlijk wordt bekostigd, en die kijkt wat er voor iedere gemeente hetzelfde kan worden gedaan. Hierbij is het ook belangrijk dat in kaart wordt gebracht wat er lokaal verschilt en waarbij de czv lokaal kan doorverwijzen. De czv zou ook overkoepelend kunnen worden opgepakt. Vanuit de regionale werkgroep werd benoemd dat Enschede en Almelo de czv waarschijnlijk ook willen beleggen bij de JGZ, dit zou daarom goed regionaal kunnen worden opgepakt. Of er kan een communicatiemiddel worden opgezet waarbij de gemeenten het zelf moeten doen, maar er al wel voorwerk is gedaan.

Obstakels zijn vooral financieel, waarbij ze te weinig geld hebben om de aanpak goed weg te zetten. Het is belangrijk om een goede projectleider en de czv te hebben. Hierbij is het mooi om de krachten te bundelen en te kijken wat er wel mogelijk is. Twentse Koers zou mogelijk kunnen helpen bij de projectleiders kant. Door de krachten te bundelen, kan Twentse Koers hen hierbij helpen. Het is namelijk belangrijk dat het meeste geld naar de czv gaat en niet voornamelijk naar de projectleider.

Voor beweegaanbod is er peutergym, waar ouders met hun peuter tot 4 jaar kunnen gymmen voor een klein bedrag. Ook worden zwemlessen tot 5 jaar aangeboden. Voor oudere kinderen zijn ze ooit begonnen met Cool2BFit, maar dit was geen succes en ze zijn ermee gestopt. De fysiotherapeut heeft wel een trainingsprogramma voor deze doelgroep, maar verder is er niet veel beweegaanbod voor deze specifieke doelgroep naast het algemene programma.

De integrale benadering is iets wat ze meer willen gaan doen. Zo hebben ze bijvoorbeeld op een ander vlak lijntjes met een wooncorporatie waarbij, als huurders vastlopen, contact wordt opgenomen met de WMO-consulent en er breed wordt gekeken naar wat er aan de hand is. Er wordt integraal gekeken naar wat iemand nodig heeft om weer te participeren in de maatschappij. Deze samenwerking is vanuit onderaf ontstaan en ze zijn nu bezig om deze samenwerkingen ook formeel te maken in de gemeente. Ze willen dat er minder wordt gekeken vanuit afzonderlijke domeinen zoals de WMO, Jeugdwet en participatie, maar dit zal nog wel wat aandacht vergen.

Voor de ketenaanpak KnGG vinden ze het belangrijk dat de voortgang wordt gemeten op welzijn en geluk. Zit het kind lekker in zijn vel en hoe is de dynamiek? Vaak, als je beter in je vel zit, heb je meer energie om te bewegen.

Belangrijk voor het slagen van de ketenaanpak is dat de czv goed weet wat er wordt verwacht en wat zijn rol is. Het is belangrijk dat er een goed netwerk is om door te kunnen verwijzen en korte lijntjes te hebben om te kunnen overleggen met verschillende professionals. Verder is het belangrijk dat de professional naar wie wordt doorverwezen ook op de hoogte is van de ketenaanpak en hiervoor tijd vrijmaakt wanneer er wordt doorverwezen. Als dit lang duurt, kan de motivatie van het kind en de ouder ook afnemen.



## Interview JGZ

Rianne Paalman

- Stafarts jeugdgezondheid
- Arts Maatschappij & Gezondheid

Bij de rol van de JGZ zijn twee aspecten te onderscheiden. De JGZ kan een rol spelen bij de uitvoering van de czv, dit is veelal te zien op landelijk niveau. Ten tweede willen ze zich verdiepen in KnGG en kijken hoe ze dit verder kunnen brengen in Twente. Er is namelijk behoefte aan een meer gestructureerde aanpak. Daarom hebben de JGZ en Twentse Koers dit opgepakt, en nu wordt gekeken welke rol iedereen hierin gaat vervullen.

In hun signalerende rol zien ze eigenlijk alle Twentse kinderen van 0 tot 18 jaar op bepaalde momenten in hun leven, waarbij ze de lengte en het gewicht monitoren. Hier zien ze dat het aantal kinderen met overgewicht sterk verschilt per gemeente en per wijk. Bij oudere kinderen wordt meer overgewicht geconstateerd dan bij jongere kinderen.

Voor kinderen met obesitas moet er medisch onderzoek plaatsvinden. Wanneer de JGZ obesitas signaleert, worden de kinderen doorverwezen naar de huisarts of kinderarts. Bij kinderen met overgewicht vindt een interventie plaats: de JGZ voert gesprekken met het kind en de ouder over leefstijl, patroon en gedrag, en geeft hierin advies. Vaak zijn er onderliggende problemen en vraagstukken bij het kind of de ouder waar eerst aan gewerkt moet worden. Er wordt op maat gekeken naar wat een gezin nodig heeft, wat kan variëren. Dit kan betekenen dat er een vervolgspraak wordt gemaakt om later opnieuw te monitoren, of dat er bijvoorbeeld naar oplossingen wordt gezocht voor financiële problemen via bijvoorbeeld Stichting Leergeld, zodat kinderen toch aan een sportvereniging kunnen deelnemen.

Uitdagingen zijn dat de JGZ-richtlijn erg verouderd is en zich nog sterk richt op voeding en beweging, zonder andere factoren mee te nemen. Dit is een landelijk probleem waar ze zelf weinig aan kunnen doen, maar ze hebben wel signalen afgegeven aan landelijke organisaties om hiermee aan de slag te gaan. JGZ Twente probeert al wel de actuele kennis over te dragen aan hun medewerkers. Een tweede uitdaging is dat er bij JGZ-professionals verschillen zijn in handelingen; sommigen richten zich nog sterk op voeding en beweging, terwijl anderen al verder kijken dan dat. Een derde uitdaging is dat overgewicht behoorlijk stigmatiserend kan zijn voor gezinnen, vooral wanneer ze op basis van BMI worden uitgenodigd voor een gesprek.

Er zijn al samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, kinderartsen, kinderfysiotherapeuten, diëtisten, wijkcoaches/gezinscoaches, maatschappelijk werkers, Stichting Leergeld, jongerenwerkers in de wijk en andere partners uit het medisch en sociaal domein. JGZ weet iedereen te vinden, maar dit geldt niet voor alle professionals.

Onderdelen die al aansluiten op de ketenaanpak vanuit JGZ zijn de signalerende rol. Zij hebben bijna alle kinderen in beeld. Verder hebben jeugdverpleegkundigen ook een rol die goed zou kunnen aansluiten bij de czv met extra scholing. Iedereen merkt dat het geen one-size-fits-all oplossing is en dat is een sterk punt van KnGG: kijken naar wat dit kind op dit moment nodig heeft. Dit is erg nuttig wanneer ze signaleren dat er andere problematiek speelt.

Bij de JGZ staan ze open om de opleiding tot czv te volgen. Hierbij moet er geïnvesteerd worden in de kennis om opgeleid te worden tot czv. Hiervoor moet JGZ ondersteund worden in scholing en tijd, aangezien ze hun reguliere werk hebben en er tijd vrijgemaakt moet worden om deze rol als czv goed uit te voeren. Voor deze nieuwe rol is dan een nieuwe functie nodig, intern of extern, waarvoor middelen nodig zijn om dit te bekostigen.

Voor de aanpak van KnGG zijn de uitdagingen om succesvol te zijn het starten met de ketenaanpak met alle betrokken partijen. Een belangrijke uitdaging is wie de kosten gaat betalen en waar deze kosten liggen. Hierover moeten duidelijke afspraken komen. Verder is er ook nog geen erkende kinder-GLI in Twente, wat ook een uitdaging is. Als er na deze uitdagingen daadwerkelijk een ketenaanpak staat, is het belangrijk dat er goed wordt samengewerkt. Dit willen individuele zorgverleners wel, maar het is soms ingewikkeld doordat er veel bij komt kijken en omdat er soms veel zorgverleners betrokken zijn bij een gezin waarvan men niet altijd weet dat ze betrokken zijn.

Er komt een gezamenlijke aftrap met gemeenten die willen starten, samen met Menzis, JOGG Landelijk, Twentse Koers en JGZ. Hiervoor wordt goed samengewerkt en gezamenlijk voorbereid. Er komt ook een duidelijke agenda en een tijdspad waarin dit gerealiseerd moet worden. In de ketenaanpak, wanneer de czv er is, moet de czv ook daadwerkelijk zijn/haar taak goed kunnen uitvoeren. Hierbij is het waarschijnlijk eerst een leerproces om goed samen te werken, wat met de ene partij makkelijker zal gaan dan met de andere. Het is belangrijk dit bespreekbaar te maken. Verder is het goed om in kaart te brengen welke partijen nodig zijn in de ketenaanpak, zodat aan de voorkant de ketenpartners ook duidelijk is wat KnGG inhoudt en wat erbij komt kijken. Dit zou goed regionaal kunnen gebeuren, aangezien de grote partijen zoals GGZ, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers meestal hetzelfde zijn. Dit kan later op lokaal niveau worden gedaan met de specifieke personen binnen deze partijen.

Samenwerking is hierbij erg belangrijk. Dit zie je ook in andere casussen: als zorgverleners elkaar goed weten te vinden, verloopt het werk beter.

Het stellen van specifieke doelen om de voortgang te meten is een ingewikkelde vraag. Belangrijk is: wat is je doel en wat kun je meten? Uiteindelijk worden kinderen aangemeld die overgewicht hebben, maar dit betekent niet noodzakelijk dat het BMI aanzienlijk verminderd moet zijn, dit moet niet het doel zijn. Als je bijvoorbeeld kijkt naar hoe een kind zich voelt, moet je bij aanvang een nulmeting doen en deze onder dezelfde omstandigheden herhalen aan het eind. Als de situatie verslechterd is, kan dit ook komen door andere externe factoren. Bij monitoring moeten dus veel externe factoren in kaart worden gebracht die de rol van de czv of KnGG kunnen vertroebelen.

Succesfactoren van de aanpak zijn dat de czv meeloopt met het kind en gezin en deze blijft begeleiden. Hierbij wordt in kaart gebracht wat er speelt en werkt de czv als spin in het web die de verschillende betrokkenen verbindt en zorgt voor samenwerking. Een succesfactor is ook dat KnGG een programma is dat landelijk is ontwikkeld en waarvan is bewezen dat het werkt. Dit biedt de mogelijkheid om iets te gebruiken dat al bestaat zonder zelf te experimenteren met onzekere uitkomsten. Er is een goede verbinding tussen het sociale en medische domein in het programma. JGZ heeft voornamelijk al contact met beide domeinen en daarom is het ook een logische keuze om de czv bij de jeugdverpleegkundigen te beleggen.

## Interview Twentse Koers

Lars Oomkes

- Projectleider Preventie en Gezondheid Twentse Koers & Bestaanszekerheid | Gezonde koers voor kinderen, In beweging met en Kinderarmoede

Onder Gezonde koers voor kinderen vallen de projecten KnGG en JOGG, waarbij hij de regionale ketenaanpak coördineert. KnGG is een verplichte ketenaanpak waar gemeenten mee aan de slag moeten. Vanuit Twentse Koers proberen ze dit proces te begeleiden en regionale kansen te benutten.

Er zijn verschillende elementen die moeten worden geïmplementeerd binnen de ketenaanpak. Deze elementen kunnen voor (kleinere) gemeenten lastig zijn om lokaal te regelen. Om gemeenten te ondersteunen, heeft Twentse Koers eerst geholpen met informatievoorziening over wat KnGG inhoudt en wat de verwachtingen zijn. Nu willen ze de gemeenten begeleiden en krachten bundelen om efficiënt samen te werken, waarbij Twentse Koers dit proces begeleidt. Hierbij ondersteunen ze de gemeenten en benutten domein overstijgende kansen optimaal.

Het is belangrijk om duidelijk te hebben wat er lokaal moet gebeuren en wat gemeenten belangrijk vinden om regionaal aan te pakken. Sommige gemeenten staan al in de startblokken, terwijl anderen nog afwachtend zijn. Het zou mooi zijn als gemeenten over een jaar van elkaar kunnen leren en ervaringen kunnen uitwisselen.

Het is belangrijk om te weten dat gemeenten altijd aan het roer staan en Twentse Koers ondersteunt waar mogelijk, voor alle 14 gemeenten.

Een probleem van overgewicht is het stigma dat de oorzaak vaak bij de persoon zelf ligt, terwijl overgewicht vaak samenhangt met verschillende omstandigheden, waarbij het hen vaak niet makkelijk wordt gemaakt om gezonde keuzes te maken.

Een uitdaging bij de implementatie van KnGG is dat gemeenten beperkte GALA middelen hebben om twee ketenaanpakken in te richten. Deze beperkte middelen zijn beschikbaar tot 2025, wat het moeilijk maakt om plannen te organiseren als ze later niet geborgd kunnen worden. Financiering is dus een grote belemmering. Gemeenten hebben soms ook nog niet scherp wat KnGG precies inhoudt, waarom het belangrijk is, wat ze moeten regelen en welke keuzes ze hebben. Verder is tijd een belangrijke factor, omdat gemeenten vijf verplichte ketenaanpakken moeten uitvoeren met beperkte tijd en capaciteit. Ook een uitdaging is het beleggen van de czv en de lokale projectleiders. Idealiter zou elke gemeente een lokale projectleider en twee czv's hebben. Hier is de bekostiging van de czv een probleem, omdat deze deels door het sociale domein en deels door de Zvw moet worden gefinancierd. Het is belangrijk om de financiering goed te organiseren om de eerste stappen met KnGG te kunnen zetten.

Een technisch aspect is betreft een systeem dat voldoet aan de kaders van de Zvw, waar de czv en professionals gebruik van kunnen maken, zodat iedereen toegang heeft tot het bestand van de deelnemer.

Er is begonnen met een startfoto om te zien waar de gemeenten staan in de aanpak voor kinderen met overgewicht. Binnenkort volgt een aftrap met de gemeenten die geïnteresseerd

zijn in KnGG, momenteel zijn dat er tien. Hierbij is er een verschil tussen gemeenten die al in de startblokken staan en gemeenten die nog niets concreet hebben. Het is belangrijk dat het kennisniveau gelijk wordt getrokken en dat er concreet aan de slag wordt gegaan met wat men gezamenlijk wil bereiken en wat regionaal mogelijk is.

Twentse Koers wil werken vanuit de KnGG aanpak, wat betekent dat er een czv komt. Als gemeenten hier niet mee willen werken, kijken ze hoe ze deze gemeenten toch zo goed mogelijk kunnen ondersteunen. De ketensamenwerking komt lokaal en de lokale ketenaanpak moet worden geleid door een persoon die dicht bij het kind en gezin staat, idealiter een jeugdverpleegkundige zonder oordelende blik. Deze persoon werkt goed samen met andere professionals en maakt een plan. Het is belangrijk dat de vindplekken goed benut worden en dat iedereen weet dat er een ketenaanpak is. Verder moet de doelgroep en de instroom van aanmeldingen duidelijk zijn en de basiselementen van GALA moeten lokaal beschikbaar zijn.

Regionale kansen liggen in de scholing en monitoring van KnGG. Als gemeenten aangeven wat zij belangrijk vinden, kan dit regionaal goed worden opgezet. Verder als de czv bij de JGZ wordt belegd, moet deze worden ingekocht, waar Menzis geen ervaring mee heeft. Twentse Koers kan hierbij faciliteren. Daarnaast kunnen een aanmeldingslink en regionaal protocol ook regionaal worden opgezet. Andere gemeenten hebben bijvoorbeeld een menukaart over de bestedingen van GALA middelen, wat ook voor Twente regionaal zou kunnen worden gemaakt als daar behoefte aan is.

Een obstakel is dat er nog geen lokale projectleider is, wat het moeilijk maakt om zaken te organiseren en aan te pakken. Er is ook nog geen concreet plan over wat gemeenten lokaal gaan ondernemen en wat regionaal kan worden opgepakt. Idealiter heb je een werkagenda, zowel lokaal als regionaal, waarmee iedereen akkoord gaat en duidelijk is wat de opdracht is. Zo weten Twentse Koers en de domein overstijgende werkgroep wat ze regionaal kunnen aanpakken, concrete plannen maken, hoe iedereen kan bijdragen en wat de uitdagingen zijn.

Twentse Koers heeft voor hun faciliterende rol geen extra financiering middelen nodig. Gemeenten daarentegen wel. Daarom heeft Twentse Koers geen middelen nodig om hun rol uit te voeren, maar wel om hun doelstellingen te behalen.

Bij de afstudeeropdracht voor Volwassenen naar Gezond(er) Gewicht bleek dat tijd een belemmering was. Ook het voeren van het brede gesprek is belangrijk omdat veel mensen werden doorverwezen naar een GLI, maar uitvielen door onderliggende oorzaken. Huisartsen wisten niet goed wanneer een interventie startte en konden mensen niet goed doorverwijzen. De contactpersonen waren onduidelijk. Dit toont aan dat communicatie en het opzetten van een netwerk heel belangrijk zijn, zodat professionals weten wie wat doet en wanneer. Samenwerkingsafspraken en alle belangen op tafel zijn belangrijk. Bij het maken van afspraken moet je bedenken dat de mensen aan tafel niet altijd beslissingsbevoegd zijn, waardoor overleg met de achterban nodig is voordat een beslissing kan worden genomen. Daarom moeten de vergaderingen efficiënt worden ingericht. Communicatie is essentieel en het is belangrijk te weten dat je een faciliterende rol hebt, waarbij de gemeenten zelf aan het roer staan. Verder is er een regioplan gemaakt waarbij de gemeenten akkoord hebben gegeven, maar omdat dit in korte tijd gebeurde, trekken sommige gemeenten hun akkoord terug. Idealiter had men hier uitgebreid over moeten overleggen voordat gemeenten akkoord gingen.

De doelstellingen om voortgang te meten zouden de GALA doelstellingen moeten omvatten. Het zou goed zijn om te kijken naar de voortgang van de ketenaanpak,

samenwerkingsafspraken en de aanwezigheid van een czv. Ook zou het nuttig zijn om te kijken naar de kwaliteit van leven. Hierbij zou de czv laagdrempelig een positieve gezondheid test kunnen uitvoeren bij kinderen voor en na de czv. Als dit positief is, kan men gemeenten aansporen dat de aanpak werkt.

Succesfactoren zijn het voeren van het brede gesprek, niet klakkeloos doorverwijzen, maar aansluiten bij de behoefte van het kind en gezin. Daarnaast moeten samenwerkingspartners het maatschappelijke belang ervan inzien. Het is makkelijker om te werken met mensen die ook het maatschappelijk belang zien en begrijpen waarom samenwerking belangrijk is.

## **Interview Kinderfysiotherapeut**

Marika Buil

- Kinderfysiotherapeut

De rol van de kinderfysiotherapeuten in de aanpak van kinderen met overgewicht is dat ze voornamelijk kinderen individueel begeleiden, dit geldt op dit moment voor hun praktijk. Ze zien kinderen met motorische problemen, wat zeer divers is. Hoewel afvallen niet het hoofddoel is, komen er soms wel kinderen met overgewicht bij hen terecht. De praktijk is gevestigd in een gebied met een lage SES waar redelijk veel kinderen kampen met overgewicht of een ongezond leefpatroon. Ze proberen overgewicht bespreekbaar te maken, door bijvoorbeeld gebruik te maken van informatiemappen, praten over gezond gewicht. Overgewicht is wel een erg gevoelig onderwerp.

In de ketenaanpak zien zij hun rol vooral in het bevorderen van beweging, wat hun vakgebied is. Hierbij is alleen bewegen niet voldoende en hoort er ook een stukje voedingsadvies bij. Als ze het idee hebben dat voorlichting/nadere begeleiding van belang is voor een kind en gezin, worden ze doorverwezen naar de diëtist, met wie ze goed contact hebben en wederzijdse terugkoppeling krijgen.

Eerder hebben ze initiatieven gehad zoals FitKids, Cool2BFit en Dikke vrienden samen sterk. Dikke vrienden samen sterk is toen gestopt omdat het wetenschappelijk onderbouwd moest worden en zorgverzekeraars moeilijker gingen doen over groepstarieven. Cool2BFit heeft ook een tijdje gedraaid samen met een andere partij, maar is later door die andere praktijk alleen opgepakt doordat er daar meer voorzieningen waren; ook dit initiatief is inmiddels gestopt. Deze initiatieven werden toen gefinancierd door de zorgverzekeraar, maar het multidisciplinaire aspect was altijd een uitdaging. Groepstherapie was moeilijk omdat er veel werk komt kijken bij het begeleiden van 10 kinderen in een uur, zonder dat er een passend tarief voor is. Er waren veel voorwaarden waaraan voldaan moest worden, waaronder bijvoorbeeld dossiervorming en terugkoppeling aan ouders.

Het probleem van overgewicht is ook een stukje cultuur, hoe ga je thuis met eten om en wat vind je normaal? Vaak eten kinderen wat hun ouders hen aanbieden. Het is daarom deels ook een opvoedingskwestie die vanaf jonge leeftijd al begint.

Een belangrijke uitdaging is het aanpakken van het hele systeem. Het heeft geen zin alleen het kind te behandelen, het gezin moet ook betrokken worden. Een andere uitdaging is het voorbeeld van het FitKids-programma, dat werd gegeven voor kinderen die om diverse redenen niet mee konden doen bij reguliere sportclubs, hierbij deden ook kinderen met overgewicht mee. Hierin zag je dat wanneer ouders hun kind kwamen ophalen, vroegen of

hun kind goed geoefend had en als beloning gingen ze ergens wat eten. Dit omgekeerde psychologische effect, waarbij mensen denken dat als je veel beweegt er meer eten tegenover staat, is een gevaarlijke valkuil. Het is belangrijk dat je meer gaat bewegen en minder gaat eten. Een ander belangrijk aspect is hoe ga je thuis met eten om. Als het normaal is om elke avond chips en frisdrank te nemen, kost het veel tijd om deze gewoonten te veranderen. Het is een structuur waar je in valt, en wat je normaal vindt.

Belangrijk vanuit de kinderfysiotherapeuten is het belang van bewegen bij te brengen. Dit hoeft niet altijd sport te zijn; eropuit gaan met de kinderen, fietsen of wandelen kan al een verschil maken. Tijdens de corona tijd zag je dat meer mensen op zichzelf werden en minder naar buiten kwamen. Het is belangrijk om hier aandacht aan te besteden en kinderen en ouders aan te moedigen om lekker naar buiten te gaan, een klein ommetje of een bezoek aan de speeltuin. Ook regelmatig de auto laten staan en dan de fiets te pakken of te lopen is zinvol. Dat er een balans komt tussen activiteiten en passieve tijdsbesteding zoals gamen bijvoorbeeld.

Samenwerkingen in de ketenaanpak zijn belangrijk. De vele lijntjes die gelegd worden, zijn van groot belang. Het zou waardevol zijn om ervaringen van de volwassenGLI te gebruiken en hiervan een blauwdruk te maken richting de kinderGLI. Hier zitten natuurlijk wel verschillen in omdat de ouders ook moeten worden betrokken en het kind niet altijd zelf beslist, maar hierbij kan geleerd worden van hun uitdagingen en wat ze ervan hebben geleerd.

Bij de kinderGLI is het belangrijk wie de interventie gaat geven. Ze geeft aan dat het niet wenselijk is dat bijvoorbeeld een leefstijlcoach die de volwassenGLI geeft, met slechts een korte cursus ook de kinderGLI mag geven. Kinderfysiotherapeuten zijn gespecialiseerd in kinderen, hun motoriek en beweging, en het is belangrijk om vanuit hier te kijken. Het belangrijkste punt is daarom dat kinderfysiotherapeuten de kinderGLI mogen geven, eventueel na een korte cursus. Deze cursus moet echter niet te lang duren, aangezien de GLI slechts een klein onderdeel is van hun werkzaamheden.

Ze staan ervoor open om de kinderGLI te geven, maar hier zijn wel een aantal afwegingen. Tot nog toe wogen de kosten vaak niet op tegen de baten. Er moet veel worden geïnvesteerd, zoals een stukje opleiding en het vrij plannen van mensen, die dan geen andere patiënten kunnen zien. Het tarief voor kinderfysiotherapie, vooral voor groepstarieven, is laag, waardoor ze soms op deze uren verlies draaien. Dit is nog wel een puzzel. Er moet een goede regeling komen vanuit de zorgverzekeraar of gemeenten om de kinderGLI financieel haalbaar te maken. Als ze de taak op zich nemen, zullen ze er namelijk veel energie in steken en enthousiast zijn.

Ze zitten vanaf het begin al mee te luisteren bij de regionale werkgroep van de ketenaanpak zodat ze kunnen kijken waar kansen liggen voor hen. Ze zien de ketenaanpak als een mooi initiatief en willen hieraan bijdragen. Op regionaal niveau is het belangrijk dat niet iedereen het wiel opnieuw uitvindt. Als iedereen een eigen plan maakt, is dat zonde van tijd en geld. Hierbij is samenwerking belangrijk.

Lokaal is het belangrijk dat iedereen weet wat iedereen doet, en de huisartsen naar wie ze kunnen doorverwijzen. Hierdoor wordt de samenwerking effectiever.

Voor de aanpak is het goed om de ouders te betrekken en ook een psycholoog voor gedragsverandering. Wat ze zelf aangeeft zijn ook praktische dingen, bijvoorbeeld de fruitprojecties op school. Want als een moeder niet van tomaatjes houdt, dan krijgt het kind



deze ook niet thuis. Op school zie je dat kinderen andere kinderen zien eten, wat zorgt dat ze zelf dit ook eten. De kinderen proberen zo verschillende dingen uit. Voedingslessen, informatie geven en praktisch uitproberen kan erg nuttig zijn.

Belangrijk voor de aanpak is het goed in kaart brengen waarom mensen bepaalde keuzes maken, en de onderliggende redenen begrijpen. Hierbij is monitoring ook belangrijk. Waarbij zij bijvoorbeeld met oefenprogramma's werken waarbij de kinderen een schema mee krijgen en kunnen afkruisen wat ze geoefend hebben. Ook is het goed dat er iemand meekijkt en doordeweeks feedback krijgt over hun ontwikkelingen en niet alleen tijdens een afspraakmoment.

Vroegtijdige signalering zou een rol kunnen zijn voor fysiotherapeuten als ze kinderen met overgewicht zien. Het is namelijk wel vaker dat ze kinderen zien met zwakke motoriek en dat er nog geen sprake is van overgewicht.

Ze wil nog wel even benadrukken dat het belangrijk is dat, als er een kinderGLI is, deze moet worden gegeven door kinderfysiotherapeuten. Je moet goed kunnen aansluiten bij het kind. Er moet geen extra register komen waarin iedereen zich kan aanmelden om een kinderGLI te mogen geven.

## **Interview Menzis**

Froukje Zeijl

- Projectmanager Preventie

Projectmanager preventie, specifiek aangesteld om in alle kernregio's (Groningen, Achterhoek, Twente en Regio Midden) van Menzis aan te sluiten bij de regionale ketenaanpak. Hierbij voornamelijk de ketenaanpak valpreventie en overgewicht bij kinderen, dit omdat hier nieuwe onderdelen in zitten die door de Zvw ingericht moeten worden.

De rol van Menzis is om in de regio aan te sluiten bij de regionale werkgroep en met elkaar tot een gezamenlijke regionale aanpak en afspraken hierover. Zij hebben een stimulerende functie om zo het medische en sociale domein zo goed mogelijk met elkaar te laten samenwerken. Anderzijds hebben ze ook onderdelen in te kopen voor ouderen met een hoog valrisico en onderliggend lijden. Ze willen hierbij dat met het inkopen van de verschillende onderdelen binnen de Zvw, het goed aansluit bij het sociaal domein.

De visie op het probleem van overgewicht van kinderen is om zoveel mogelijk overgewicht te voorkomen en toegankelijk zorg voor kinderen met een matig GGR. Een vroegtijdige signalering en een goede samenwerking waardoor het kind tijdig op de juiste plek terecht komt. Hierbij hoop je dat je vroegtijdiger signaleert voordat de kinderen binnen de Zvw vallen, zodat dit eerder kan worden aangepakt. De ervaring leert dat wanneer je eenmaal overgewicht hebt er veel voor nodig is om weer op een gezond gewicht te komen en blijven. Verder is de hele gedachte achter de ketenaanpak belangrijk waarbij onder andere met de czv breed wordt gekeken naar de gezondheid. De centrale zorgverlener is het spin in het web en hierbij wordt breed gekeken naar de onderliggende oorzaak. Ook naar sociale en psychische problemen om te komen tot passend zorg of ondersteuning voor kinderen met overgewicht of obesitas. Vaak staan onderliggende problemen een gezonde leefstijl in de weg. Daarom is het belangrijk dat de czv kijkt naar de verschillende onderdelen die een onderliggende oorzaak kunnen hebben zodat deze als eerste aangepakt worden. Dus de hele KnGG methodiek is een mooie manier om goed met elkaar te signaleren,

samenwerken, en hierdoor zo vroeg mogelijk een plan van aanpak te hebben. Als er dan sprake is van problematiek dat er dan goed wordt gekeken naar de onderliggende oorzaken waarbij je zowel het kind en ook het gezin kan helpen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een slechte financiële situatie in het gezin, waarbij dit als eerste wordt aangepakt voordat er kan worden doorverwezen naar een kinderGLI.

Als je kijkt naar de handreiking die er is voor zorgverzekeraars en gemeenten rondom het landelijk model dan blijkt hieruit dat er een goede lokale inrichting nodig is met een projectleider en een czv. Gemeenten voldoen niet allemaal aan de KnGG voorwaarden die hierin zijn opgesteld. Verder ligt er binnen het Zvw een uitdaging, er is op dit moment nog geen kinderGLI die voldoet aan de laatste stand van de wetenschap en daarmee duidelijk is welke kinder GLI zorgverzekeraars mogen vergoeden en kunnen inkopen. Dit is nog wel een uitdaging, want af en toe zie je dat gemeenten gaan wachten terwijl de kinderen die in aanmerking komen voor de Zvw maar een klein onderdeel is van het geheel. Het is belangrijk om dan alvast andere dingen in te gaan richten tijdens deze fase.

Menzis kan voor een deel bijdragen aan het oplossen van deze uitdagingen. Dat doen ze door verantwoordelijkheid te nemen en gezamenlijk landelijk op te trekken en ervoor te zorgen dat ze ook betrokken worden bij de landelijke ontwikkeling. Menzis laat ook duidelijk zien dat ze aanhaken bij de ketenaanpak regionaal. Hierbij delen ze de landelijke ontwikkelingen van de landelijke tafel waarna via de regiogemeenten zich lokaal kunnen voorbereiden. Ze kunnen een bijdrage leveren aan samenwerking en kennisdeling. Hopelijk, wanneer er straks duidelijk is wat er ingekocht kan worden, kan men daar afspraken over maken.

Belangrijk binnen de regionale werkgroepen is dat er een regionale trekker is die de lokale initiatieven kan stimuleren en aanjagen rondom de implementatie volgens de handreiking van de ketenaanpak overgewicht bij kinderen. De regionale trekker is ook de verbindende schakel tussen de landelijke kennis richting regionaal en lokaal. In een regionale werkgroep zou je afspraken kunnen maken eenduidige manier van toeleiding van kinderen. In andere regio's zien ze dat voor de czv opleiding vaak een regionaal plan is gemaakt. Verder kan het ontsluiten van informatie, kennis en ervaringen van gemeenten goed regionaal worden opgepakt en ook een stukje monitoring. Dit zijn onderwerpen die goed in de regionale werkgroep goed opgenomen kunnen worden in een regionale werkagenda.

Lokaal zie je vaak dat er een lokale inkleuring aan wordt gegeven van specifieke uitvoerders en partijen. Hierbij wil je wel graag dat er een eenduidige aanpak is op hoofdlijnen.

Een obstakel is dat er op dit moment nog geen bewezen effectieve kinder-GLI's zijn en hierdoor voldoen zij niet aan het criterium 'bewezen effectief' en/of 'stand van wetenschap en praktijk' waardoor er op dit moment geen GLI vanuit de basisverzekering gefinancierd kan worden.. Hierdoor is er ook nog geen bekostiging vanuit de Zvw rond de czv voor de specifieke groep vanaf matig GGR. Verder is er nu vanuit IZA SPUK, budget beschikbaar voor een implementatie op regionaal niveau en vanuit de GALA op lokaal niveau. Dit is een tijdelijke financiering, waarbij de vraag is hoe dan de ketenaanpak geborgd kan worden in het gemeentelijke domein en of er dan structureel budget beschikbaar is.

Menzis is erg blij met regionale trekkers en de regionale preventiestructuur. Want als dit er niet zou zijn, hebben ze niet de mogelijkheid om in alle regio's lokale afspraken te gaan maken met de gemeenten. In het IZA en GALA staat ook beschreven dat er een regionale preventiestructuur is, zodat je met elkaar kan overleggen, informatie, kennis en ervaring

uitwisselen en afspraken kunt maken. Dit heb je wel echt nodig om de ketenaanpak goed in te richten, maar ook wat er lokaal speelt en hoe ze daar op kunnen spelen.

In een van de kernregio's zijn pilots geweest met De kinder-GLI YCND, die is nu het erkenningsproces in gegaan bij het RIVM. Deze erkenning en het niveau daarvan is onder andere belangrijk om het uiteindelijk onder de verzekerde zorg te laten vallen.

In de andere regio's van Menzis zien ze dat regionaal de czv wordt opgeleid, en hier is al wel een dekking vanuit het gemeentelijke domein. Vanuit de regionale aanpak is er een plan van aanpak opgesteld, waarbij de czv tussen de gemeenten wordt verdeeld. Hierbij is de financiering vanuit de gemeenten voor de opleiding en uitvoering van de czv.

Voor de monitoring zijn er richtlijnen vanuit het RIVM, het zou goed zijn om hier alvast mee te starten. Belangrijk is om een gemeenschappelijk doel te gaan bepalen en deze te gaan meten en waar nodig bij te sturen.

Voor de kinder GLI is de YCND interventie een traject ingegaan van het RIVM om te kijken of ze tot erkenning kunnen komen. Anderzijds wordt er een beoordelingskader opgesteld om programma's/interventies langs te kunnen gaan leggen. Dit geldt niet alleen voor YCND of GLI-Amsterdam, maar ook voor eventueel andere erkende interventies die hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen. Hierbij is een belangrijke voorwaarde dat een gemeente wel een KnGG gemeente moet zijn waarbij het gemeentelijke domein/sociale domein beoordelingskader al goed is ingericht en dat er een czv is die de kinderen naar het juiste aanbod kan leiden.

Nu zie je bij gemeenten dat iedereen nog erg bezig is met het opstarten en inrichting van de ketenaanpak. Het aanstellen van een lokale projectleider en het opleiden van de czv. Het is uiteindelijk belangrijk dat het medische en sociale domein goed met elkaar gaan samenwerken en het kind en gezin op de juiste plek terechtkomen.

Binnen de Zvw richt Menzis zich op ziekte gerelateerde preventie. Voor zorgverzekeraars is dit vrij nieuw, zoals de inzet van de kinderGLI. Menzis zet verder in op leefkracht, vanuit daar probeert Menzis verzekerden te informeren wat ze zelf kunnen doen aan vitaliteit. Door aansluiting binnen de ketenaanpakken goed vorm te geven en hierdoor ook een goede samenwerking te creëren tussen medische en sociaal domein en zo de gezondheid te bevorderen van het kind.



**TWENTSE  
KOERS**

