

# Een ketenaanpak voor overgewicht en obesitas bij volwassenen in de gemeente Rotterdam: een kwalitatieve studie naar ervaringen van cliënten

*Masterthesis Geneeskunde*  
*03-12-2020*

**AUTEUR**

*Quirina Quaijtaal*  
*405406*

**SUPERVISIE**

*Drs. C. Bolleurs*  
*Dr. M.A. Beenackers*

# Inhoudsopgave

Abstract	3
Abstract (English)	4
Begrippenkader en lijst van afkortingen	5
Inleiding	6
Methode	10
Resultaten	14
Discussie	25
Referenties	31
Bijlage 1	34
Bijlage 2	35
Bijlage 3	36

## Abstract

**Achtergrond:** Om het multifactoriële en complexe probleem van overgewicht en obesitas aan te pakken, wil het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) een integrale aanpak realiseren. De Ketenaanpak Overgewicht en Obesitas Volwassenen (KOOV) vormt input voor een landelijk basismodel, dat gemeentes zal helpen een ketenaanpak op te zetten waarin het medische en sociale domein in nauw verband samenwerken. Een centrale zorgcoördinator (CZC) speelt hierin een sleutelrol. In koplopergemeente Rotterdam zijn enkele proeftuinen opgezet om praktijkervaring op te doen.

**Doelen:** De onderzoeksdoelen van deze studie zijn inzicht krijgen in (1) de ervaringen van cliënten met het proces in de eerste fase van de proeftuinen en (2) de ervaringen met de vragenlijsten die in dit onderzoek gebruikt worden voor een holistische benadering.

**Methode:** Gedurende zes weken werden nieuwe cliënten van de proeftuinen geïnccludeerd. Deelnemers kregen vragenlijsten opgestuurd. Data werd verzameld middels semigestructureerde interviews, gebaseerd op de uitgangspunten van de KOOV en een eerder onderzoek bij de doelgroep. Audio-opnames werden woordelijk getranscribeerd en zowel inductief als deductief geanalyseerd, door middel van herhaaldelijke codering en categorisering.

**Resultaten:** Van de 15 geïnterviewde deelnemers hadden twee geen vragenlijsten ontvangen. Tijdens de interviews is informatie verzameld binnen de thema's (1) motivatie en verwachtingen, (2) benadering van overgewicht, (3) begrip vanuit professionals, (4) processtappen, (5) eigen regie en (6) samenwerking. Aspecten zoals het contact met de CZC, diens werkwijze en ervaringen van cliënten hiermee kwamen terug in deze thema's.

**Discussie:** Dit onderzoek is het eerste evaluatieonderzoek voor de KOOV en levert waardevolle informatie op voor zowel koplopergemeente Rotterdam, toekomstige gemeenten als toekomstig onderzoek. Naar aanleiding van de interviews kan gesteld worden dat er aandacht is voor het voorkomen van stigma. Cliënten ervaren begrip voor de complexiteit van overgewicht. De meerderheid ervaart dat hun probleem met een brede blik benaderd wordt. De verdiepende vragenlijsten leveren hier een bijdrage aan. Echter, er lijkt nog winst te behalen in het faciliteren in zelfmanagement. Daarnaast lijkt het nodig om de informatievoorziening van de ketenaanpak te verbeteren en de rol van de CZC te verduidelijken. Dit kan onterechte verwachtingen van zowel cliënt als CZC voorkomen en een effectieve aanpak van (ernstig) overgewicht bevorderen.

## Abstract (English)

**Background:** To tackle the multifactorial and complex problem of overweight and obesity, the Partnership Overweight Netherlands (PON) aims to realize an integrated approach through the development of a national base model. The Network Approach Overweight and Obesity Adults (NOOV) could contribute to this model that should help municipalities setting up a network approach in which the medical domain is in close collaboration with the social domain. A central care coordinator (CCC) plays a key role in this approach. Four testing grounds have been set up in the leading municipality of Rotterdam in order to gain practical experience with the NOOV.

**Aims:** The aims of this study are to gain insight into clients' experiences with (1) the process of the first phase of the testing grounds and (2) the questionnaires that are used for a holistic approach.

**Methods:** New clients from the testing grounds were included during a period of six weeks. Participants were sent questionnaires. Data was collected through semi-structured interviews, based on the guiding principles of the KOOV and previous research among the target population. Audio recordings were transcribed verbatim and analyzed both inductively and deductively, using repetitive coding and categorization.

**Results:** Of the 15 interviewed participants, two had not received any questionnaires. Data was collected during semi-structured interviews within themes: (1) motivation and expectations, (2) approach to overweight, (3) understanding from professionals, (4) process steps, (5) self-management and (6) collaboration. Aspects such as communication with the CCC, their working methods and its clients' experiences were reflected in these themes.

**Conclusion:** This first evaluation study of the NOOV provides valuable information for the municipality of Rotterdam, future municipalities and future research. The results show that stigma seems to be prevented. Clients experience an understanding for the complexity of overweight. The majority experiences a wide scope within the approach. The in-depth questionnaires seem partly responsible for this wide scope. However, facilitating in self-management needs to be improved. Furthermore, improvement of information provision and clarification of the CCC's role seem to be necessary to prevent false expectations among both clients and CCC's. This could benefit an effective approach to (severe) overweight.

## Begrippenkader en lijst van afkortingen

In deze masterthesis zal gesproken worden in de volgende termen:

<b>Cliënt</b>	Een persoon die meedoet aan het traject van de proeftuinen van de KOOV
<b>CZC</b>	Centrale zorgcoördinator
<b>Deelnemer</b>	Een persoon die na verkregen informed consent meedoet aan deze studie.
<b>KOOV</b>	Ketenaanpak Overgewicht en Obesitas Volwassenen
<b>Ministerie van VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>Overgewicht</b>	Een BMI van 25 tot 30 kg/m <sup>2</sup> .
<b>Obesitas</b>	Een BMI hoger dan 30 kg/m <sup>2</sup> .
<b>PON</b>	Partnerschap Overgewicht Nederland

## Inleiding

### Een grootschalig en complex probleem

De helft van de Nederlandse bevolking heeft overgewicht en ongeveer één op de zeven heeft obesitas. Het is de verwachting dat deze getallen blijven stijgen. (1-3) Mensen met overgewicht en obesitas hebben een groter risico op vroegtijdig overlijden. (4, 5) Dit is gerelateerd aan het grote scala aan comorbiditeit, zoals cardiovasculaire en metabole aandoeningen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychische stoornissen. (6-10) Op het gebied van maatschappelijke participatie kan obesitas leiden tot een verminderde productiviteit, meer ziekteverzuim en een lager inkomen. (11-14) Overgewicht en obesitas ontstaan door een samenspel van diverse somatische, psychosociale en omgevingsfactoren, die de balans tussen energie-inname en –verbruik beïnvloeden.

### *Determinanten op individueel niveau*

Op medisch niveau kan onderscheid worden gemaakt tussen (mono-)genetische, syndromale, hypothalamische, endocriene en medicatie-geïnduceerde oorzaken. Aanwezigheid van deze onderliggende aandoeningen en factoren kan resulteren in een versterkt hongergevoel of een vertraagd rustmetabolisme, waardoor positieve effecten van een gezonde leefstijl uitblijven. (15) Voorbeelden van psychische oorzaken zijn depressie, angststoornissen en psychische stress. Een depressieve stoornis geeft een hoger risico op het ontwikkelen van obesitas. Zowel stress als slechte slaap kunnen aanleiding geven tot veranderingen in het afweersysteem en hormonale balans, zoals een stijging in ghreline, een daling in leptine, een gestoorde glucosetolerantie, verminderde gevoeligheid voor insuline en hogere cortisolspiegels. (16-18) Het psychisch welzijn kan beïnvloed worden door sociale factoren, zoals de financiële situatie. Bij stress raakt de beperkte bron van zelfbeheersing sneller op, terwijl zelfbeheersing noodzakelijk is om gezonde keuzes te maken. (19-21)

### *Omgevingsdeterminanten*

Omgevingsfactoren kunnen gedrag op verschillende manieren beïnvloeden. Er is steeds meer aandacht voor de invloed van de obesogene omgeving waarin we leven. (22) De obesogene omgeving kan opgedeeld worden naar grootte (macro, micro) en type (fysiek, economisch, politiek en sociocultureel). Macro-omgevingsfactoren zijn bedrijven en diensten die invloed hebben op het aanbod in verschillende contexten (de micro-omgevingsfactoren). (23) Een voorbeeld is de toenemende verleiding om ongezond voedsel te kopen (macro), wat nog groter lijkt te zijn in buurten (micro) met een lage sociaaleconomische status, waar overgewicht en obesitas vaker voorkomen. (22, 24, 25)

Eveneens hebben de actuele corona pandemie en de bijbehorende restricties een grote invloed op de gezondheid, door meer zittingen, ongezond eetgedrag en psychische stress. (26, 27) Tegelijkertijd kan overgewicht leiden tot een ernstiger ziektebeloop van COVID-19. (28)

## Een andere benadering

### Een integrale aanpak als basis

Overgewicht betreft dus een multifactorieel en complex probleem. Een integrale benadering die zich richt op zowel universele, selectieve, geïndiceerde als zorggerelateerde preventie zou de verschillende determinanten van overgewicht en obesitas kunnen aanpakken. Het Nationaal preventieakkoord streeft naar een gezondere Nederlandse bevolking, waarbij de gezondheidszorg zich meer zal richten op preventie. Van gemeentes wordt gevraagd een regisserende rol in te nemen om een integrale aanpak te bewerkstelligen waarbij zowel overheid, maatschappelijke instanties, ondernemers als de doelgroep zelf in nauw verband samenwerken.(29) Ketenprogramma's, die zich richten op centrale coördinatie van het samenwerkingsproces tussen (zorg)professionals van verschillende organisaties, kunnen hierop aansluiten.(30)

### Ketenaanpak Overgewicht en Obesitas bij Volwassenen

De Ketenaanpak Overgewicht en Obesitas bij Volwassenen (KOOV) is een voorbeeld van een dergelijke ketensamenwerking. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) een landelijk basismodel aan het ontwikkelen van de KOOV.

Om een ketenaanpak succesvol te laten zijn, moeten verschillende organisaties van verschillende domeinen naadloos samenwerken. Zorg- en hulpverleners in de eerste lijn lijken nog onvoldoende bekend met de complexiteit van overgewicht, welke professionals uit verschillende domeinen betrokken kunnen worden bij het oplossen van de problematiek en wanneer zij ingeschakeld kunnen worden. Het sociale domein en het zorgdomein moeten meer in verbinding worden gebracht. (29) Hoe dit te bewerkstelligen is, is nog onduidelijk. Praktijkervaring zou een beter beeld kunnen geven. Daarom is het PON een samenwerking aangegaan met de Gemeente Rotterdam, die vanuit het Rotterdams preventieakkoord (*Gezond010: het akkoord*) aan een integrale aanpak werkt om de Rotterdams bevolking gezonder te maken. (31) De Gemeente Rotterdam is de eerste gemeente in de ketenaanpak, waar proeftuinen in verschillende wijken zijn opgezet, namelijk Kralingen-Crooswijk, Oude Noorden, Beverwaard en Oude Westen/Delfshaven. Sinds september 2019 bieden deze proeftuinen de kans om te ondervinden op welk gebied knelpunten worden ervaren, op zowel bestuurlijk als uitvoerend niveau. In de toekomst gaan meerdere gemeentes meewerken aan proeftuinen.

### *Uitgangspunten ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen*

Binnen het traject van de ketenaanpak wordt er gehandeld naar enkele uitgangspunten.<sup>1</sup> Ten eerste staat de cliënt centraal, door in te spelen op de eigen kracht, wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt. Er wordt gefaciliteerd in bevordering en behoud van de eigen regie en zelfredzaamheid. Het zelfmanagement en oplossend vermogen bij de cliënt worden versterkt. Ten tweede wordt gehandeld vanuit een brede blik door bij diagnostiek en beleid voortdurend waakzaam te zijn op onderliggende en bijdragende medische en sociale factoren. Ten derde wordt een duurzame gedragsverandering op het gebied van voeding, beweging en andere leefstijlfactoren nagestreefd. Ten vierde wordt maatwerk verschaft door gebruik te maken van het diverse aanbod van professionals en bewezen interventies. Ten slotte is er aandacht voor (het voorkomen van) stigma.

### *De rol van de centrale zorgcoördinator*

De centrale zorgcoördinator (CZC) is de spil in de ketenaanpak. De CZC is een professional uit het sociale of medische domein, die het beschikbare aanbod binnen beide domeinen overziet. Op het moment van schrijven hebben de CZC's uit Kralingen/Crooswijk en Oude Noorden een achtergrond in het sociale domein en de CZC's uit Beverwaard en Oude Westen/Delfshaven een paramedische achtergrond, respectievelijk praktijkondersteuner huisarts (POH) somatiek en diëtist/leefstijlcoach. Het behandelen van het overgewicht behoort niet tot de functie van een CZC. De CZC stuurt de cliënt aan de hand van een brede intake door naar de passende professional(s), volgt de voortgang bij de verschillende professionals en fungeert als een casemanager.

### *Processtappen*

De begeleiding vanuit de CZC is te beschrijven in enkele processtappen: aanmelding, intake, verdieping door inzetten extra expertise, plan van aanpak en follow-up met tussen- en eindevaluatie.<sup>2</sup>

#### **Aanmelding**

Bij aanmelding moet de cliënt een BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> en de motivatie hebben om aan het gewichtsprobleem te werken. Hierna volgt een intake gesprek met de centrale zorgcoördinator.

---

<sup>1</sup> Deze uitgangspunten komen uit het Rotterdams Model. Deze is nog in ontwikkeling.

<sup>2</sup> Op het moment van schrijven is de ketenaanpak nog in ontwikkeling. Afhankelijk van ervaringen in de praktijk kunnen de processtappen veranderen.



### Intake gesprek

Deze afspraak is gericht op het in kaart brengen van de motivatie, sterktes en ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Medische, lichamelijke, psychologische en sociale factoren worden uitgevraagd. Daarnaast wordt geïnformeerd over het ondersteuningstraject.

### Verdieping

Indien nodig wordt de cliënt verwezen voor verdiepend onderzoek bij een professional, zoals bij de huisarts, een paramedicus of een hulpverlener uit het sociale domein.

Om cliënten van de KOOV zo goed mogelijke zorg te leveren, zouden in de diagnostiek van obesitas aspecten zoals de kwaliteit van leven, angst en depressie, slaap, maatschappelijke participatie, gezondheidsvaardigheden en voedingsvaardigheden geïnventariseerd kunnen worden. (32)

Voorafgaand aan deze studie is een set aan meetinstrumenten samengesteld aan de hand van interviews met experts binnen het vakgebied, stakeholders betrokken bij de aanpak van (ernstig) overgewicht en literatuuronderzoek (bijlage 2). Hierbij is rekening gehouden met de praktische haalbaarheid om cliënten de vragenlijsten in te laten vullen. Deze meetinstrumenten worden nog niet gebruikt in de ketenaanpak.

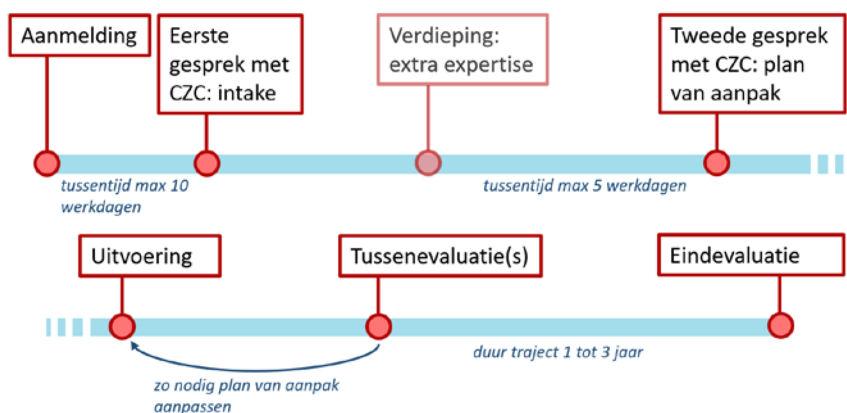
### Tweede gesprek met centrale zorgcoördinator: plan van aanpak

Bij het tweede gesprek met de centrale zorgcoördinator wordt een plan van aanpak gemaakt.

Het doel van deze afspraak is het ondersteuningstraject van de ketenaanpak verhelderen, bespreken en afstemmen met de cliënt.

### Follow-up: tussenevaluatie(s) en eindevaluatie

Het is de bedoeling dat de professionals op de hoogte zijn van elkaars expertise en nieuwe informatie of signalen terugkoppelen aan de CZC. De follow-up duurt ca. één tot drie jaar. Zo nodig wordt het plan van aanpak tijdens tussenevaluaties bijgesteld. Het traject wordt beëindigd wanneer de cliënt en de professional samen besluiten dat de cliënt zelfstandig het ondersteuningstraject kan voortzetten zonder verdere begeleiding of wanneer de cliënt zelf het traject wil stopzetten.



**Figuur 1** Tijdslijn traject proeftuinen KOOV

## Evaluatie ketenaanpak

In een eerder onderzoek is bij alle stakeholders middels interviews en focusgroepen inzicht verkregen over welke informatie verzameld moet worden om de KOOV verder te verbeteren. (33)

Volgens dit onderzoek is de benodigde informatie onder te verdelen in vijf hoofdthema's: tevredenheid van ondersteuning en zorg, van zowel professional als cliënt, informatie van en over de cliënten, ketenontwikkeling, interprofessionele samenwerking en logistieke informatie. Dit onderzoek zal zich primair richten op het eerstgenoemde thema.

### *Cliënttevredenheid van ondersteuning en zorg*

Om de tevredenheid van de cliënt over ondersteuning en zorg te meten, is het interessant om te onderzoeken hoe het contact is met professionals, hoe de effectiviteit van de ketenaanpak ervaren wordt, wat belemmeringen zijn in de ketenaanpak en of er gehandeld wordt met de opgestelde uitgangspunten in achtneming. Sinds de proeftuinen zijn gestart zijn deze aspecten nog niet geëvalueerd.

### Onderzoeksdoeleinden

Het primaire doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de persoonlijke ervaringen van de eerste fase van de ketenaanpak en evalueren of de uitgangspunten van de ketenaanpak gerealiseerd worden.

Het secundaire doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen over de persoonlijke ervaringen van de verdiepende vragenlijsten die gebruikt zijn in dit onderzoek.

## Methode

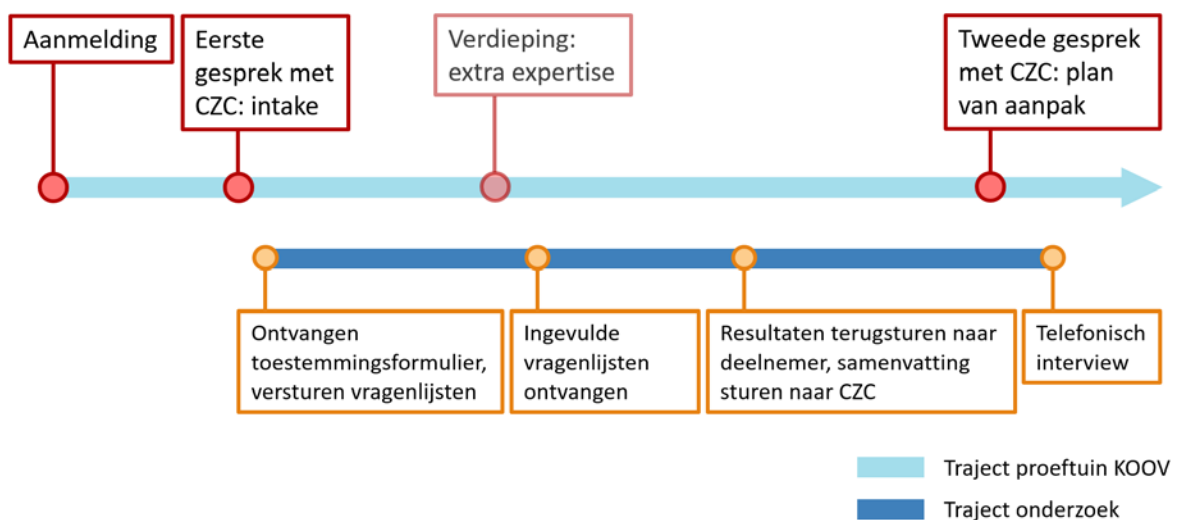
### Populatiebeschrijving

Alle cliënten van de proeftuinen in Rotterdam die in de periode van 7 september tot en met 16 oktober 2020 het intakegesprek hadden, konden in aanmerking komen voor deelname aan dit onderzoek. Inclusiecriteria voor dit onderzoek waren volwassenen met een BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, woonachtig in Rotterdam, die het toestemmingsformulier schriftelijk ondertekend hebben.

### Onderzoeksopzet

Aan alle cliënten werd bij het eerste gesprek met de CZC een informatieve video getoond, waarin dit onderzoek kort is uitgelegd (bijlage 1). Daarnaast gaven de CZC's een informatiebrief en een toestemmingsformulier aan de cliënten mee. Bij vragen konden de cliënten contact opnemen met de onderzoeker. Ook gaven de CZC's na toestemming de contactgegevens van de cliënt aan de onderzoeker, zodat de cliënten actief benaderd konden worden.

Deelnemers kregen tussen het eerste en tweede gesprek met de CZC een set aan vragenlijsten thuis opgestuurd. Het getekende toestemmingsformulier en ingevulde vragenlijsten werden met een retourenvelop teruggestuurd naar de onderzoeker. De resultaten van de vragenlijsten werden teruggekoppeld naar zowel deelnemer als CZC, alvorens het tweede gesprek met de CZC plaatsvond. Nadat er een plan van aanpak gemaakt was, vond er een telefonisch interview plaats tussen deelnemer en de eerste auteur.



**Figuur 2** Tijdslijn studie-opzet

## Dataverzameling: het interview

Vanuit het exploratieve en beschrijvende karakter van dit onderzoek, is gekozen voor individuele semigestructureerde diepte-interviews. Op deze manier zouden onderliggende denkwijzen beter tot uiting kunnen komen dan bij kwantitatieve methodes zou gebeuren. (34) Vanwege de maatregelen tegen verspreiding van het coronavirus, was het niet mogelijk interviews in levende lijve af te nemen. Daarom is gekozen voor telefonische afname.

Het interviewschema is ingedeeld naar verschillende thema's. Deze thema's zijn gekozen naar aanleiding van de uitgangspunten van de ketenaanpak en de resultaten van een enquête. Deze enquête is voorafgaand aan dit onderzoek afgenomen onder 33 leden van de patiënten federatie Stichting Over Gewicht. De thema's betreffen (1) motivatie en verwachtingen, (2) benadering van het overgewicht, (3) begrip vanuit de professionals, (4) de doorlopen processtappen, (5) zelfredzaamheid en eigen regie, en (6) samenwerking met en tussen professionals.

In het thema motivatie en verwachtingen zijn de motivatie om zich aan te melden voor de proeftuin en verwachtingen van deelnemers in kaart gebracht. Er is gevraagd hoe mensen bij de proeftuin terecht zijn gekomen. Daaropvolgend is teruggeblikt op de processtappen. Tevens is geïnventariseerd wat deelnemers ervan zouden vinden als bloedonderzoek zou plaatsvinden bij hen, daarbij in achtneming dat zij mogelijk een deel van hun eigen risico ervoor zouden moeten betalen.

Binnen de benadering van het overgewicht is nagegaan of de cliënten ervaren dat er gewerkt wordt vanuit een brede blik. Tevens is gevraagd of de cliënten zelf meer inzicht hebben gekregen in hun persoonlijke situatie. Uit de enquête bij leden van Stichting Over Gewicht bleek dat de cliënten van mening waren dat het complexe probleem van overgewicht en obesitas niet door alle professionals erkend werd en dat de onderliggende oorzaak van hun overgewicht of obesitas onvoldoende werd aangepakt. Er zal worden nagegaan of hier in de proeftuinen wel sprake van is.

Tevens bleek uit de enquête dat de meerderheid van de cliënten niet het gevoel had dat professionals goed samenwerken, wat de ondersteuning en zorg belemmerde, dat zij vaak hetzelfde verhaal moesten vertellen en zich niet gehoord voelden. Deze punten en of er genoeg aandacht is voor stigmatisering zullen geëvalueerd worden binnen de thema's samenwerking met en tussen professionals en begrip vanuit de professionals.

Binnen het thema zelfredzaamheid en eigen regie zal nagegaan worden in hoeverre cliënten betrokken worden in het vormen van hun traject. In de literatuur wordt voornamelijk het belang van zelfeffectiviteit benoemd. Zelfeffectiviteit is het vertrouwen van het individu om over voldoende

vaardigheden te beschikken om taken te volbrengen. Er zijn sterke aanwijzingen voor het belang van zelfeffectiviteit bij het realiseren en onderhouden van gedragsveranderingen. (35-38)

Per thema werden stellingen gegeven met antwoordopties in de vorm van een Likertschaal. De antwoordopties bij alle stellingen waren helemaal oneens, een beetje oneens, een beetje eens of helemaal eens. Wanneer de onderzoeker geen passend antwoord kreeg op de meerkeuzevragen, werd de vraag opnieuw gesteld. Antwoorden werden door de onderzoeker herhaald ter bevestiging. Wanneer men niet in staat was om een concreet antwoord te geven bij de meerkeuzevragen, werd een antwoord gekozen op basis van de toelichting die zij gaven. Dit werd echter niet geverifieerd bij deelnemer. Als er aan de hand van de toelichting nog steeds geen passend antwoord gekozen kon worden, werd het missende antwoord gerapporteerd als "missend".

Bij de stellingen konden deelnemers een toelichting geven. Zo was het mogelijk om in korte tijd veel informatie te verzamelen over verschillende onderwerpen. Ook werden deelnemers hierdoor begeleid in het onderbouwen van hun antwoorden bij de meerkeuzevragen en open vragen.

Aan het eind van het interview werden de leeftijd, het geslacht, de Body Mass Index (BMI) en het opleidingsniveau gevraagd. Wanneer de deelnemer niet op de hoogte was van de BMI, kon de lichaamslengte en het -gewicht gegeven worden. Wanneer de deelnemer hier ook niet van op de hoogte was, werd de BMI na verkregen toestemming opgevraagd bij de CZC.

Het hoogst behaalde opleidingsniveau werd uitgevraagd en ingedeeld in de categorieën laag, middelbaar en hoog onderwijsniveau. Laag onderwijsniveau betreft basisonderwijs, vmbo, havo-, vwo-onderbouw, mbo1, vmbo-b/k of -g/t. Middelbaar onderwijsniveau betreft havo, vwo of mbo2-4. Hoog onderwijsniveau betreft hbo- of wo-bachelor of -master.

De opzet van het interview is te vinden in bijlage 3.

### Data-analyse

Met toestemming van de deelnemers zijn tijdens het interview geluidsopnames gemaakt. De interviews zijn woordelijk getranscribeerd. Toelichtingen en antwoorden op open vragen zijn thematisch geanalyseerd door middel van de *directed content analysis* (DCA). (39) Dit is een combinatie van een deductieve en inductieve benadering. De uitgangspunten van de ketenaanpak zijn in de vorm van thema's verwerkt in de opzet van het interview. De thema's fungeerden als categorieën, waarin subcategorieën en codes werden onderverdeeld. Binnen de opzet van de interviews is ook ruimte ontleend aan nieuwe informatie door open vragen te stellen. Antwoorden hierop of onderwerpen die later of eerder in het gesprek werden besproken dan wanneer het

bewuste thema aangekaart werd, werden later door de onderzoeker bij het passende thema ingedeeld. De data verkregen uit open vragen werd inductief benaderd en gecodeerd.

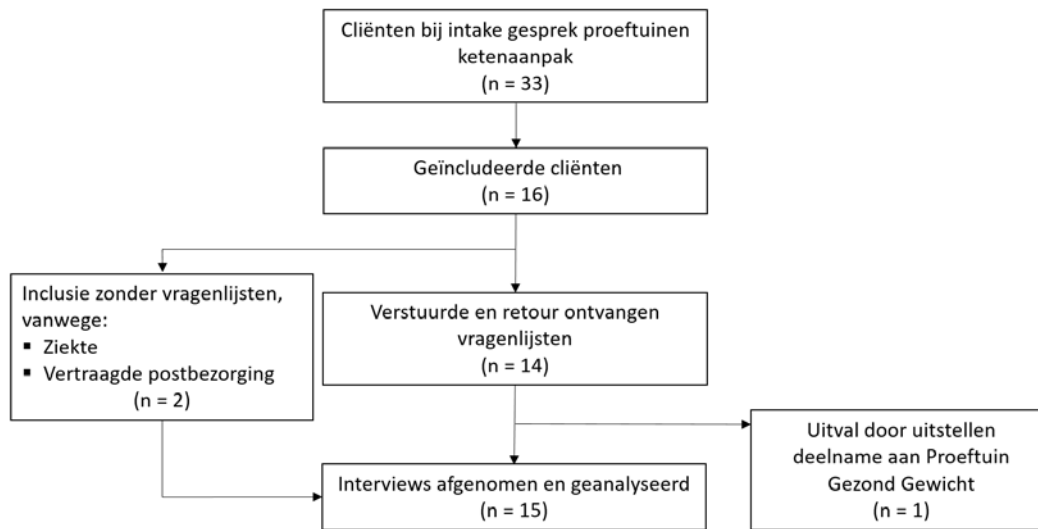
De analyse is in drie fasen doorlopen: de voorbereidende fase, de organisatiefase en de rapportagefase. (40) De voorbereidende fase omvat het volledig woordelijk transcriberen van de afgenomen telefonische interviews. Transcripties werden herhaaldelijk gelezen en gecodeerd. In de organisatiefase werd data verdeeld voor deductieve analyse en inductieve analyse. In de deductieve analyse werd data gecodeerd binnen de vooraf opgestelde thema's in een gestructureerde categorisatie matrix. In de inductieve analyse werd data open gecodeerd. Na codering is gekeken of inductief geanalyseerde data ook onderverdeeld kon worden in de bestaande categorieën. In de rapportagefase is per thema een overzicht gemaakt van de antwoorden per stelling. Deze zijn gecombineerd met geanalyseerde kwalitatieve data.

Karaktereigenschappen en antwoorden op de stellingen werden verzameld en geanalyseerd in Excel. Het percentage vrouwelijke en mannelijke deelnemers, hoog, middelbaar en laag opgeleiden zijn berekend. Van de leeftijden en BMI's zijn gemiddelden met standaard deviaties, minima en maxima berekend.

## Resultaten

### Inclusie en karakteristieken

Van de 33 personen die op intake gesprek zijn gekomen gaven zestien personen toestemming voor deelname (zie Figuur 3), waarvan vijftien personen zijn geïnterviewd. Van deze 15 hebben 13 personen de verdiepende vragenlijsten ontvangen en ingevuld. Interviews werden gehouden na het plan van aanpak gesprek (n=13) of na het derde gesprek met de CZC (n=2).



**Figuur 3** Flowchart inclusie

In de inclusieperiode zijn 33 cliënten op intakegesprek gekomen bij de vier verschillende CZC's, namelijk 13 cliënten in de wijk Beverwaard, 13 in Oude Westen, vier in Oude Noorden en vier in Kralingen/Crooswijk.

Baseline karakteristieken		n = 15	
<b>Geslacht</b>	n (%)	Vrouwelijk	10 (66,7)
		Mannelijk	5 (33,3)
<b>Leeftijd</b>	in jaren	Gemiddelde (SD)	53 (10)
		Minimum – maximum	38 – 68
<b>Body Mass Index</b>	in kg/m <sup>2</sup>	Gemiddelde (SD)	35,4 (6,2)
		Minimum - maximum	28,2 – 45,0
<b>Opleidingsniveau</b>	n (%)	Hoog	4 (26,7)
		Middelbaar	8 (53,3)
		Laag	3 (20,0)
<b>Inclusie per wijk</b>	n (%)	Beverwaard	8 (53,3)
		Oude Westen	6 (40)
		Oude Noorden	1 (6,7)
		Kralingen/Crooswijk	0 (0)

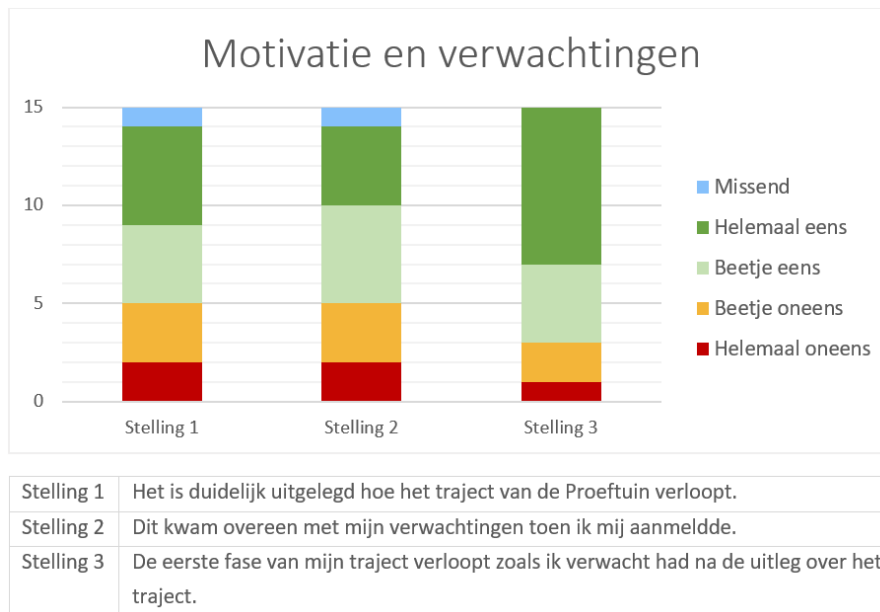
**Tabel 1** Baseline karakteristieken

Van de 15 deelnemers aan deze studie was 66,7% vrouw, was de gemiddelde leeftijd 53 jaar en de gemiddelde BMI 35,4 kg/m<sup>2</sup>. De meerderheid van de deelnemers was middelbaar opgeleid.

## Motivatie en verwachtingen

### Motivatie

De motivatie was per persoon verschillend en kon uit meerdere aspecten bestaan. Deelnemers hadden zich aangemeld voor (kosteloze) professionele begeleiding bij het afvallen (n=11), de multidisciplinaire aanpak (n=3) en om mensen uit de buurt te leren kennen (n=1). Daarnaast wilden deelnemers afvallen voor een beter lichaamsbeeld (n=3) of vanwege hun comorbiditeit (n=3).



**Figuur 4** Thema Motivatie en verwachtingen; antwoorden op stellingen

### Duidelijkheid en beloop

In figuur 4 zijn de antwoorden van de deelnemers op de stellingen 1, 2 en 3 weergegeven. Vijf mensen vonden dat het traject van de proeftuin niet duidelijk was uitgelegd. Drie andere deelnemers ervoeren enige onduidelijk vanwege de nieuwheid van het programma en benoemden dat de CZC zelf ook onduidelijkheid over het traject leek te ondervinden. Met stelling 3 waren zeven deelnemers het niet helemaal eens, vanwege onduidelijkheid (n=2) en/of omdat het traject nog niet aan hun verwachtingen had voldaan (n=6).

### Verwachtingen

De verwachtingen lagen vaak dicht bij de motivatie van de deelnemers. Negen deelnemers kampten al jaren met overgewicht, waarvan acht meerdere pogingen hadden gedaan om af te vallen. Deelnemers verwachtten begeleiding te krijgen in voeding en/of beweging (n=6), waaronder gratis sportaanbod (n=3), begeleiding in groepsverband (n=3) en multidisciplinaire begeleiding (n=1). Drie personen hadden geen verwachtingen op het moment dat zij zich aanmeldden, waardoor twee van hen geen antwoord konden geven op de eerste (n=1) en tweede stelling (n=1).



## Benadering en aanpak van overgewicht

Hoe deelnemers de benaderingswijze van het overgewicht binnen de proeftuinen ervoeren werd uitgevraagd middels vier stellingen. De antwoorden zijn weergegeven in Figuur 5.

### *Brede blik en begrip voor complexiteit*

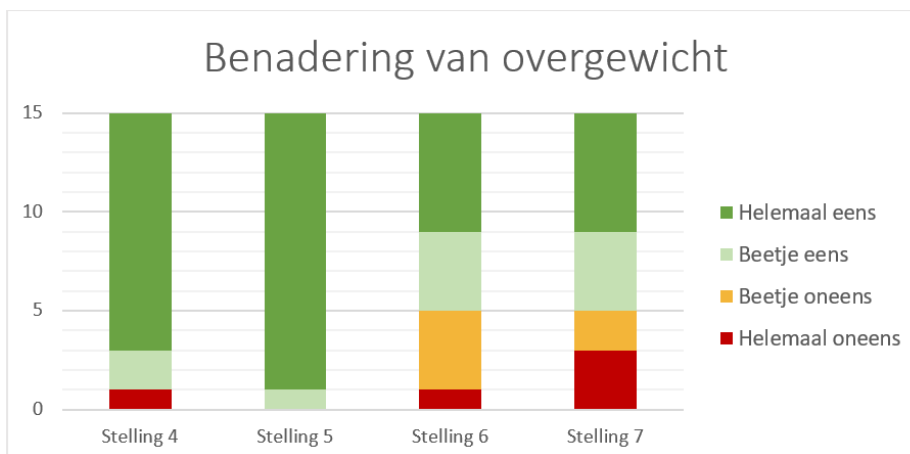
Er kwam naar voren dat alle deelnemers begrip ondervonden vanuit de CZC voor de complexiteit van overgewicht. Volgens de meesten (n=14) werd tevens met een brede blik gekeken naar ieders probleem. Twee mensen benoemden daarbij dat de brede blik voor hen vanuit de verdiepende vragenlijsten kwamen.

### *Aanpak van oorzaak*

Vijf van de 15 mensen waren het oneens met stelling 6. Zij benoemden gebrek aan begeleiding (n=4), onvoldoende erkenning van eetverslaving als oorzaak van overgewicht (n=1), of nog onbekend te zijn met de onderliggende oorzaak van het overgewicht (n=1). Laatst genoemde deelnemer gaf tevens twijfel aan of de oorzaak achterhalen zou passen binnen de rol van de CZC.

*Quote: "...misschien meer tot de kern komen. Het is goed om het daarover te hebben, want heel veel mensen hebben zelf niet door waar de oorzaak ligt. En als je dat niet weet, dan weet je niet welk probleem je moet oppakken. Of hoe je het kan aanpakken. Dus dat daar dieper op wordt ingegaan. dat er daar meer op gefocust wordt, want dat is één van de grootste doelen lijkt mij, van het traject."*

Vier mensen gaven aan dat de oorzaak van hun overgewicht, wat volgens deze deelnemers op gebied van voeding lag, goed aangepakt werd. Eén deelnemer benoemde baat te kunnen hebben bij het netwerk van de CZC.



Stelling 4	Er wordt met een brede blik gekeken naar mijn probleem.
Stelling 5	Er is begrip voor de complexiteit of ingewikkeldheid van overgewicht.
Stelling 6	De oorzaak van mijn overgewicht wordt aangepakt.
Stelling 7	Ik heb door dit traject meer inzicht gekregen over mijn situatie.

**Figuur 5** Thema Benadering van overgewicht; antwoorden op stellingen

### *Inzicht in situatie*

Tien mensen waren het eens met stelling 7. Drie mensen lichtten toe dit aan de verdiepende vragenlijsten te wijden, waarbij bewustwording van de onderliggende factoren van hun overgewicht door twee mensen werd benoemd. Eén persoon had meer inzicht gekregen in de professionals die hulp kunnen bieden bij bepaalde problemen. Twee personen konden nog niet zeggen dat zij meer inzicht hadden gekregen. Voor drie deelnemers was het inzicht in hun situatie al aanwezig en had het traject hier niet aan bijgedragen.

### *Persoonlijk*

Vier mensen vonden dat er een persoonlijke benadering werd nagestreefd, omdat het plan op maat werd aangeboden (n=3), het plan aansloot op hun dagelijks leven (n=2) en/of het programma vanuit het gezondheidscentrum uitging waar de deelnemer reeds bekend was (n=1).

*Quote: "Prettig om met iemand aan tafel te zitten, die behoorlijk breed vragen erover stelt, veel aspecten daarin meeneemt. Samen zoeken naar welke knoppen we allemaal kunnen draaien. Als het ene niets oplevert, dan gaan we weer verder kijken."*

### *Overgewicht als verslaving*

Over de benadering van overgewicht binnen de proeftuinen opperden twee deelnemers dat zij hadden gewild dat eten bij overgewicht als een vorm van verslaving werd gezien, waar ook in het algemeen meer aandacht aan gegeven mocht worden.

### **Begrip**

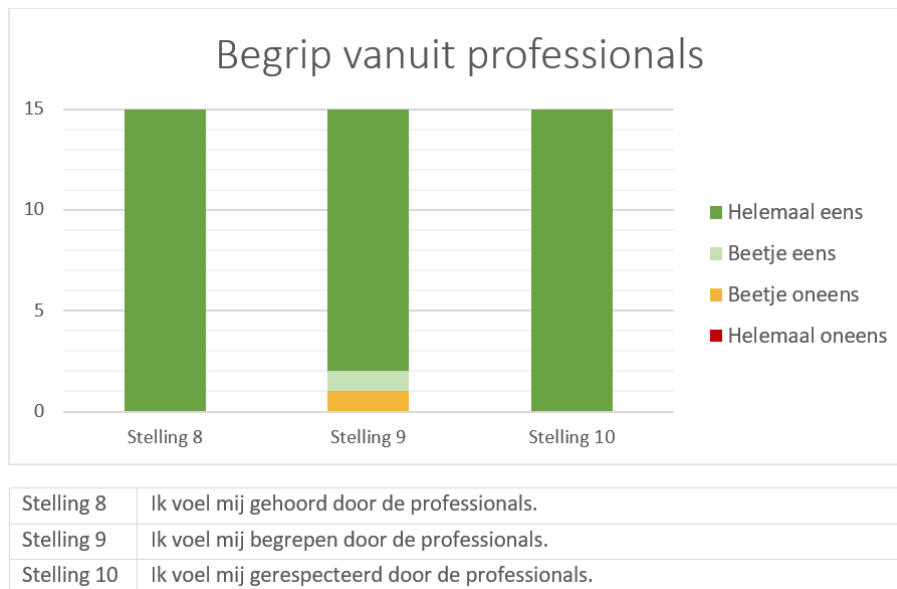
Alle deelnemers voelden zich zowel gehoord als gerespecteerd door de CZC's (zie Figuur 6). Deelnemers benoemden onder andere dat CZC's een niet veroordelende houding hadden (n=5), luisterden (n=4), dat zij de deelnemers aan het denken zetten door vragen te stellen (n=2) en hen stimuleerden (n=2).

*Quote: "als ik aan het woord ben, zoals bij [de CZC], dan luistert ze heel goed. Ze laat je helemaal uitpraten. Ze gaat niet tussendoor iets zeggen of zo."*

*Quote: "Ik denk dat haar kracht misschien is dat zij op verschillende niveaus kan communiceren. Dat ze echt naar de persoon kijkt en denkt, oké, hoe spreek ik die aan... En ze is ook gewoon helder in wat ze... Ze is gewoon eerlijk. Dat vind ik ook wel prettig. En ja, ik vind wel dat ze de juiste vragen stelt met betrekking tot dingen die we dan hebben vastgesteld, dat het me af en toe echt aan het nadenken heeft gezet."*

Eén persoon voelde zich niet helemaal begrepen, omdat deze persoon het gevoel had dat de onderliggende oorzaak van diens probleem onjuist benaderd werd. Eén deelnemer voelde zich bij de

CZC wel gehoord, begrepen en gerespecteerd, maar gaf aan dit niet altijd te hebben gevoeld bij andere professionals uit het verleden.



**Figuur 6** Thema Begrip vanuit professionals; antwoorden op stellingen

## Processtappen

### *Aanmelding*

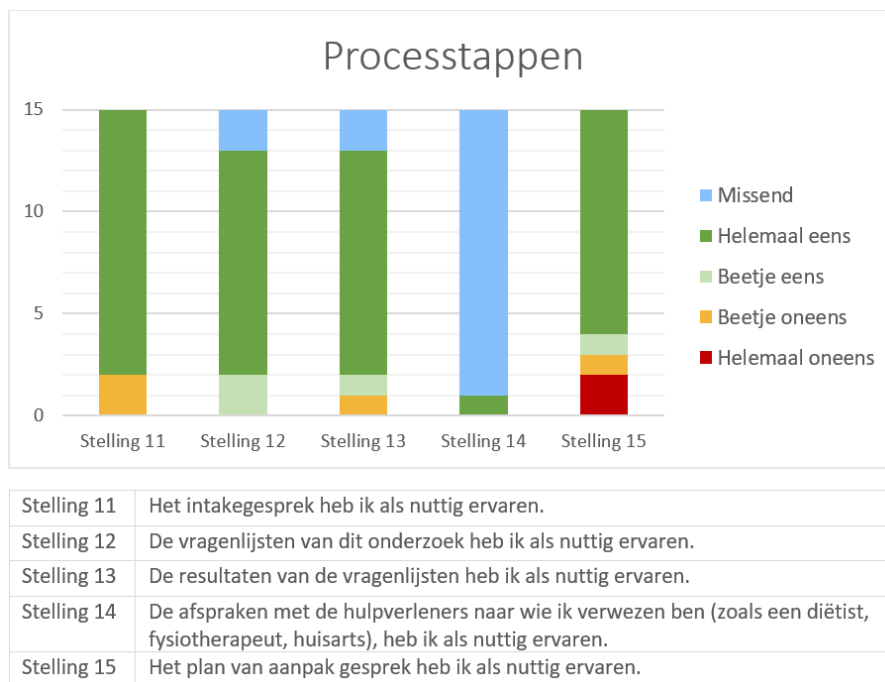
Figuur 7 toont de gegeven antwoorden op de stellingen die de genomen processtappen betreffen. Hoewel er geen stelling was over de aanmelding, merkten drie deelnemers hun problemen hierbij op. Bij drie mensen was het emailadres van de CZC waar zij naartoe hadden gemaïld nog niet bruikbaar. Daarbij kwam één deelnemer met de suggestie om het aanmeldproces centraal te regelen, zodat de vertraging in het aanmeldproces ondermijnd kan worden.

Vijf deelnemers hadden zich aangemeld via de huisartsenpraktijk of waren aangemeld door medewerkers van de huisartsenpraktijk waar zij bekend waren. Respectievelijk drie en vier deelnemers waren via sociale media en via krant of televisie terechtgekomen bij de proeftuin. Bij drie deelnemers was de site van de proeftuin doorgestuurd of aangeraden door familie of vrienden.

### *Intake gesprek*

Het intakegesprek hadden 13 deelnemers als nuttig ervaren om kennis te maken, van gedachten te wisselen en om de inhoud van het traject te bespreken. De andere twee deelnemers ervoeren onduidelijkheid aan het eind van het gesprek (n=1) of hadden de wens om een team van verschillende professionals te zien (n=1).

Drie deelnemers gaven aan het proces van eerst een intake gesprek en daarna een plan van aanpakgesprek logisch te vinden. Eén deelnemer benoemde dat er teveel tijd zat tussen deze twee afspraken en dat dit demotiverend kon werken.



**Figuur 7** Thema Processtappen; antwoorden op stellingen

### Verdieping door extra expertise

In stelling 14 werd gevraagd naar het ervaren nut van de afspraken met andere professionals, indien zij doorverwezen waren door de CZC. Veertien van de 15 deelnemers stelden niet doorverwezen te zijn tussen het intake en plan van aanpak gesprek, waardoor zij geen antwoord konden geven op stelling 14. Eén persoon is doorverwezen naar een sportschool.

### Verdieping door vragenlijsten

Twaalf van de 13 deelnemers hadden de vragenlijsten als nuttig ervaren. Voor tien deelnemers gaf het invullen van de vragenlijsten stof tot nadenken en inzicht, waarna de toelichting op de resultaten een leidraad vormden en bevestiging gaven over de aspecten waar meer aandacht voor mocht zijn.

*Quote: “die mail, die je terugstuurde, daar staat natuurlijk voor mij niks nieuws in, want ik heb zelf die informatie ingevuld in die vragenlijst. En toch, hielp het me om van onbewust bewust te worden van de kansen die ik zelf op dit moment heb om de goede patronen in stand te houden of erin te krijgen.”*

*Quote: “ik had aan het begin, jesus wat is dat allemaal voor vragen, wat heb dat er nou mee te maken? En als je het dan invult en je leest dit soort dingen, dan oh ja, dat kan natuurlijk ook nog weet je wel, daar heb ik toch ook wel een hoop uit gehaald, ja.”*

Een aantal deelnemers ervoer ongemak bij de hoeveelheid vragen en het persoonlijke aspect van sommige vragen (n=1), begreep in beginsel het nut van de vragenlijsten niet (n=2), had moeite met het invullen van de OBESI-Q (n=1) vanwege de antwoordopties of raakte verward tijdens het invullen van de voedingsvaardigheden vragenlijst (n=1), omdat de deelnemer het voedingspatroon sinds kort had veranderd.

Bij twee deelnemers hadden de teruggestuurde resultaten van de vragenlijsten tot vragen geleid. Zij konden dit bespreken met de CZC. Zij bespraken de resultaten van de STOP-bang vragenlijst (n=1) en van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) met mogelijke gevolgen van de gestelde conclusies (n=1).

*Quote: "Dat van slaapapneu heb ik toen met [de CZC] besproken, heeft ze me toen uitgelegd ook. Dat zijn dingen waar je niet over nadent, joh. Dat heeft ze me uitgelegd en daar schrok ik eigenlijk ook van.*

*Quote: "die conclusie vond ik best wel stellig, op basis van zo weinig vragen. Dus ik had zo iets van, huh? Klopt dat dan wel? Maar tegelijkertijd kon ik wel naar mezelf kijken en denken van ja ja, misschien klopt het wel, want kennelijk speelt dat, alleen misschien herken ik het niet [...] ik weet niet of dat voor iedereen geldt, maar als je dat ziet, dan is dat nog een reden, nog een excuus, waarom het allemaal niet lukt. [...] Of dat jij het slachtoffer bent, en dat kan ook demotiverend werken."*

Hoewel de vragenlijsten voor veel mensen inzicht boden, werden de resultaten bij slechts de helft besproken tijdens het plan van aanpak gesprek.

### *Plan van aanpak*

Elf deelnemers ervoeren het plan van aanpak gesprek als nuttig (stelling 15), omdat er concrete afspraken werden gemaakt (n = 1) en duidelijke adviezen gegeven werden door de CZC om het eten beweegpatroon te veranderen (n = 6). Echter, één van deze elf vond het plan van aanpak nog niet helemaal inzichtelijk.

*Quote: "Ik vind het fijn dat ik daarmee bezig ben en dat het werkt. En dat ze me handvatten geeft van nou, je kan beter dit nemen of beter dat nemen."*

Van de vier deelnemers die vanwege het gebrek aan adviezen en begeleiding nog niet tevreden waren met het plan van aanpak, gaven drie dit niet aan tijdens de gesprekken met de CZC, vanwege tijdsgebrek of omdat zij pas na het gesprek hun mening over het plan hadden gevormd.

### *Verwijzingen na plan van aanpak*

Hoewel hier niet actief naar gevraagd was, merkten meerdere deelnemers hun vervolgspraken op bij een diëtist (n=2) of een huisarts (n=1). Eén CZC fungeerde voor 4 deelnemers tevens als diëtist en

leefstijlcoach. Deelnemers waren in afwachting van een passend sportaanbod (n=3), hadden zich aangesloten bij een loopgroep (n=1), volgden al een traject bij een diëtist (n=1) of hadden geen behoefte aan een andere professional dan de CZC om hen te begeleiden naar een gezond gewicht (n=2).

### *Follow-up*

Het hebben van frequente evaluatiemomenten werd door negen deelnemers benoemd als belangrijk om gemotiveerd te blijven. De frequentie van deze contactmomenten was verschillend per persoon. Eén van de deelnemers benoemde ook dat deze evaluatiemomenten belangrijk zijn om de cliënten te blijven stimuleren. Wanneer hier teveel tijd tussen zou zitten, zou men gedemotiveerd kunnen raken.

*Quote: "ik heb steeds met [de CZC], maak ik een vervolgspraak. En ik beseft ook dat ik graag wil, ik wil tegen haar de waarheid spreken en ik wil graag zeggen dat ik goede keuzes heb gemaakt. Dus dat motiveert mij"*

Overigens benoemde één deelnemer een online voortgangsrapport van de proeftuinen en een enquête onder cliënten nuttig te vinden.

### *Bloedonderzoek*

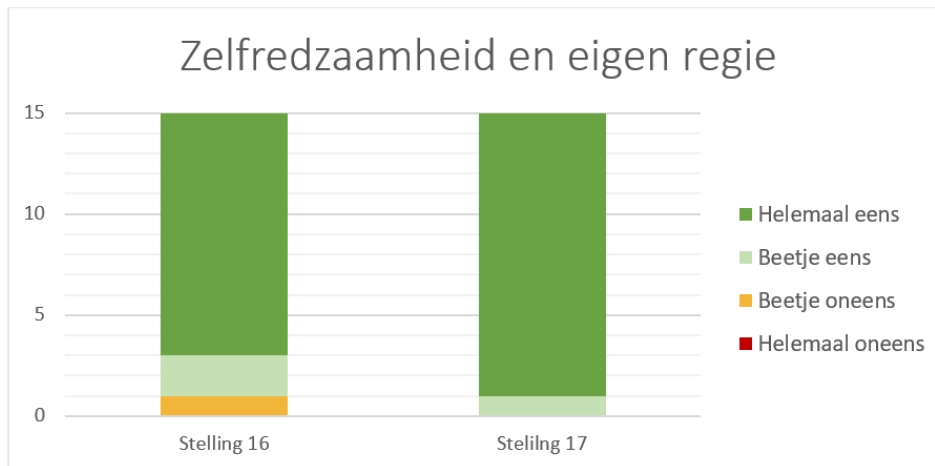
Alle deelnemers gaven aan interesse te hebben in aanvullend bloedonderzoek, zonder voorwaarden (n=6) of met de voorwaarden dat informatie over het persoonlijk voordeel (n=4) en de omgang met persoonlijke gegevens (n=1) verstrekt zou worden. Bovendien gaven deelnemers aan ieder jaar door hun eigen risico heen te zijn (n=6) of voor het bloedonderzoek te willen betalen (n=2), terwijl de kosten voor andere deelnemers het onderzoek minder aantrekkelijk maakten (n=4).

### *Coronamaatregelen*

De maatregelen tegen het coronavirus hinderden 5 deelnemers in hun traject, doordat zij hun CZC niet fysiek konden ontmoeten (n=3) of doordat sportactiviteiten werden gestaakt (n=3).

### **Zelfredzaamheid en eigen regie**

Twaalf deelnemers waren het helemaal eens met stelling 16 (zie figuur 10), waarvan één wenste toch meer sturing te krijgen van de CZC. De andere deelnemers hadden dezelfde wens (n=1) of hadden andere verwachtingen van het plan van aanpak (n=1).



Stelling 16	Ik ben voldoende gestimuleerd om mee te denken aan mijn plan van aanpak.
Stelling 17	Ik sta achter mijn plan van aanpak.

**Figuur 8** Thema Zelfredzaamheid en eigen regie; antwoorden op stellingen

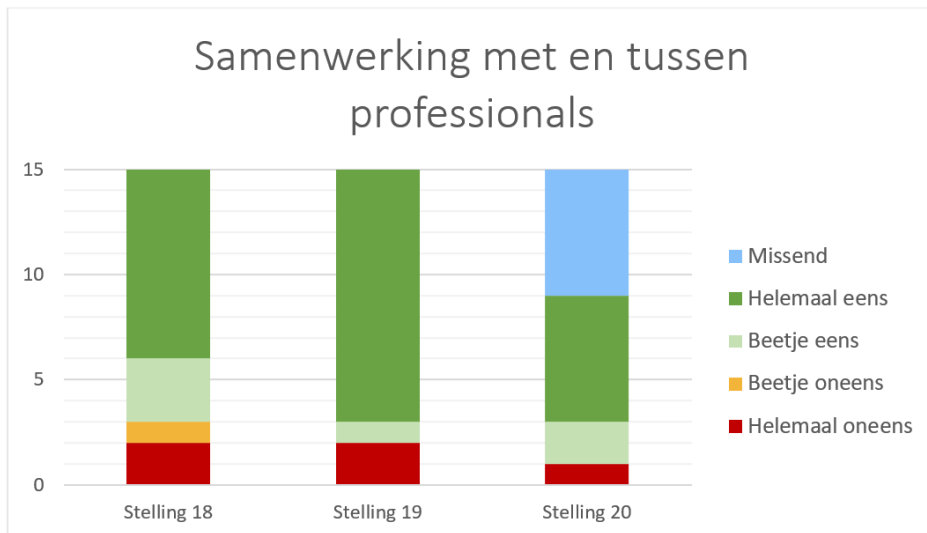
Vrijwel iedereen stond achter het plan van aanpak. Deelnemers benoemden hierbij hun motivatie om af te vallen (n=3), zich in te willen zetten voor het plan, ongeacht hun mening over de effectiviteit ervan (n=2) of benoemden actie te ondernemen als zij het geen goed plan vonden (n=3).

## Samenwerking

Twaalf deelnemers gingen ervan uit dat de CZC's over genoeg kennis beschikten (zie Figuur 9). Drie deelnemers waren het oneens. Zij stelden dat het probleem van overgewicht dusdanig complex was, dat enkel een specialist over genoeg kennis kon beschikken (n=1), dat het overgewicht onvoldoende besproken was (n=1) of onvoldoende als verslaving werd gezien (n=1).

### *Samenwerking tussen cliënt en CZC*

Voor 13 mensen verliep de samenwerking met de CZC zoals zij wilden, vanwege de prettige communicatie (n=4) en het laagdrempelige contact (n=2). Vier deelnemers zagen de onderzoeker ook als een professional en vonden het contact prettig en duidelijk. Twee deelnemers waren ontevreden over de samenwerking vanwege het gebrek aan ervaren begeleiding in het aanpakken van het overgewicht.



Stelling 18	De professionals hebben genoeg kennis over het probleem.
Stelling 19	De samenwerking tussen de professionals en mij verloopt zoals ik wil.
Stelling 20	De samenwerking tussen de verschillende professionals verloopt goed.

**Figuur 9** Thema Samenwerking met en tussen professionals; antwoorden op stellingen

#### Samenwerking tussen professionals

Zes deelnemers konden stelling 20 niet beantwoorden (zie stelling 14). Deelnemers hadden een goede samenwerking ervaren tussen de professionals die deelnemers na het plan van aanpak hadden gezien (n=2), tussen CZC en onderzoeker (n=1) of tussen professionals in het algemeen, buiten de proeftuin (n=3). Eén deelnemer gaf een toelichting over het interprofessionele contact in het algemeen:

*Quote: “dat gaat toch juist altijd al stroef. ik volg nu de proeftuin, maar daar krijgt mijn dokter niks te horen bijvoorbeeld. Maar het heeft wel een medisch aspect, want het gaat om gezondheid, ik wil gezonder worden, [...]. Dus, onderling, ja, is dat niet, er is nog niet helemaal goede communicatie.”*

#### Gegeven begeleiding, adviezen en aanbod door CZC

Vier deelnemers ervoeren onvoldoende begeleiding in beweging, eventueel in groepsverband (n=3), en concrete adviezen voor voeding te hebben gekregen. Dit gaven zij in het interview herhaaldelijk aan binnen alle thema's. Bij één van hen was de focus in het traject gelegd op een onderliggende stressor, waardoor de deelnemer het gevoel had dat er onvoldoende aandacht was voor het probleem van overgewicht. Andere deelnemers benoemden wel dieet- en/of bewegingsadviezen te hebben gekregen van de CZC, waar zij positief over waren (n=6).



### Zelf gerapporteerde achtergrondinformatie

Op lichamelijk niveau benoemden deelnemers te lijden aan diabetes (n=3) en/of mobiliteitsbeperkingen (n=4), onder ander vanwege artrose (n=2). Op psychosociaal niveau benoemden acht deelnemers te lijden aan psychische problematiek (onder andere verdriet, eenzaamheid, burn-out), waarvan zes dit bespraken met de CZC. Drie van de acht benoemden de mogelijke invloed ervan op hun eetgedrag in tegenstelling tot vier deelnemers die dit niet benoemden als belangrijk aandachtspunt binnen de aanpak van hun overgewicht. Twee van de vier deelnemers die benoemden een sportschool te duur te vinden, gaven aan financiële problemen te hebben. Eén deelnemer had moeite met lezen en schrijven.

## Discussie

Het primaire doel van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in de ervaringen van de deelnemers en nagaan of er gehandeld werd naar de beschreven uitgangspunten van de ketenaanpak.

### *Cliënt centraal*

#### *Inspelen op eigen kracht en behoeften cliënt*

Voor het merendeel van de deelnemers verliep de eerste fase van hun traject in zekere mate naar wens en waren de gesprekken met de CZC's nuttig geweest. Echter, ongeveer één derde deel van de deelnemers rapporteerde dat nog niet aan hun behoeften werd voldaan, mogelijk in verband met andere verwachtingen van of onduidelijkheid over het traject. Meerdere deelnemers benoemden (groeps)begeleiding met concrete dieet- en/of bewegingsadviezen te (willen) krijgen van hun CZC, terwijl de eerste fase van de ketenaanpak volledig gericht zou moeten zijn op het inventariseren van de onderliggende oorzaken en bijdragende factoren van het overgewicht. Concrete adviezen behoorden bij deze selectie cliënten dus niet gegeven te worden, maar hadden pas gegeven moeten worden bij een verwijzing, zoals een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) door een leefstijlcoach.(41)

#### *Bevordering van eigen regie en zelfmanagement*

Hoewel de meeste deelnemers rapporteerden gestimuleerd te zijn om mee te denken aan hun plan van aanpak, gaf bijna één derde deel van de deelnemers aan dat het plan niet voldeed aan hun verwachtingen. Dit gaven zij tijdens het gesprek niet altijd aan. Of er genoeg aandacht is geweest voor het stimuleren van zelfmanagement en oplossend vermogen is dus nog onduidelijk.

### *Een brede blik*

Volgens nagenoeg alle deelnemers werd er met een brede blik gekeken naar ieders situatie en was er begrip voor de complexiteit van overgewicht. Echter, toelichtingen en andere antwoorden op stellingen waren deels tegenstrijdig. Twee derde deel gaf aan dat de oorzaak van hun overgewicht werd aangepakt en dat zij door het traject inzicht hadden gekregen over hun situatie. Aan de andere kant is het de vraag of deelnemers in deze eerste fase al kunnen stellen dat de oorzaak van hun overgewicht wordt aangepakt.

#### *Maatwerk verschaffen en inzetten professionals*

Hoewel vanuit de ketenaanpak CZC's worden gestimuleerd om cliënten in de eerste fase te verwijzen naar professionals om signalen van meespelende factoren te verduidelijken, rapporteerde slechts 1 deelnemer doorverwezen te zijn tussen het eerste en tweede gesprek met de CZC. De redenen hiervoor zijn onbekend. Enerzijds zou dit kunnen betekenen dat er bij de meerderheid geen aanleiding was voor verdieping middels extra expertise. Echter, gezien de zelf gerapporteerde beperkingen en comorbiditeit van cliënten is het mogelijk dat sommige deelnemers hiervoor wel in

aanmerking hadden kunnen komen. Ook is het mogelijk dat cliënten zelf geen behoefte hadden aan contact met andere professionals, aangezien twee deelnemers aangaven geen behoefte te hebben aan een andere professional dan hun CZC om hen te begeleiden. Gezien de coördinerende rol van de CZC zou voor deze cliënten de ketenaanpak minder geschikt zijn. Een CZC zou dit tijdens een brede intake kunnen achterhalen. Desalniettemin kan gesteld worden dat er gestreefd is naar het leveren van maatwerk, vanwege enerzijds de veelvuldig ervaren brede blik en begrip voor de complexiteit, de tendens naar ervaren aanpak van onderliggende oorzaken bij twee derde van de deelnemers, de ervaren persoonlijke benadering bij nagenoeg één derde van de deelnemers en anderzijds de verwijzingen en/of vervolgspraken waarover deelnemers rapporteerden.

#### *Aandacht voor stigmatisering*

Hoewel sommige deelnemers niet volledig tevreden waren over hun traject, merkten alle deelnemers de empathie vanuit de CZC's op. Nagenoeg alle deelnemers voelden zich gehoord, gerespecteerd en begrepen. Dit is een essentieel punt in het proces van een ketenaanpak, omdat stigmatisering van overgewicht vanuit de hulpverlener een negatieve invloed kan hebben op de behandelrelatie. Empathie vanuit de zorgverlener zou de behandelrelatie en therapietrouwheid bij gewicht reducerende interventies positief kunnen beïnvloeden.<sup>(42)</sup> De prettige communicatie vanuit de CZC werd door deelnemers benoemd binnen de thema's over benadering, begrip, de eigen regie en samenwerking

#### *Een duurzame gedragsverandering stimuleren*

Omdat dit onderzoek gericht is op de eerste fase, is nog niet te concluderen of de ketenaanpak bij de deelnemers heeft geleid tot bevordering van een duurzame gedragsverandering. Niettemin kan realisatie van voorgaande uitgangspunten bijdragen aan de initiatie, bevordering en behoud daarvan.

#### *Ervaringen verdiepende vragenlijsten*

Het secundaire doel van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in de ervaringen van de deelnemers met betrekking tot de verstuurde vragenlijsten ter verdieping. Voor nagenoeg alle deelnemers had zowel het invullen van de vragenlijsten als het ontvangen van een toelichting op de resultaten daarvan bijgedragen aan het verkrijgen van meer begrip, kennis en inzicht over bijdragende factoren van hun overgewicht.

### **Sterke punten en beperkingen**

#### *Eerste evaluatie van de KOOV*

Allereerst betreft dit praktische kwalitatieve onderzoek een eerste evaluatie van de eerste fase die cliënten doorlopen binnen de proeftuinen van de KOOV. Deze studie biedt handvaten voor verbetering van de proeftuinen en voor vervolgonderzoek binnen de KOOV. Aan de hand van de

resultaten van dit onderzoek kan de set aan vragenlijsten aangepast worden om te gebruiken bij de dataverzameling voor de effectevaluatie van de KOOV.

#### *Gericht op wetenschappelijk onderbouwde uitgangspunten*

Ten tweede is er gericht onderzoek gedaan naar ervaringen op basis van de opgestelde uitgangspunten van de KOOV. Deze uitgangspunten zijn in overeenstemming met suggesties uit de literatuur, namelijk dat mensen met (ernstig) overgewicht behoefte hebben aan persoonlijke behandelplannen met realistische doelen, waarbij aandacht is voor de voorgeschiedenis, leefstijl, sociale leefomgeving en daarmee ook de onderliggende factoren die realisatie van gedragsverandering belemmeren. Een multidisciplinaire benadering zonder stigma zou hierbij kunnen helpen. (43, 44)

#### *Aandacht voor communicatie met deelnemers*

Ten derde is er in dit onderzoek extra aandacht geweest voor de inclusie van en behoud van contact met deelnemers. Praktische obstakels bij het includeren, zoals de korte inclusieperiode en beperkte tijd van CZC's tijdens de consulten, werden overkomen middels een informatieve video. Zo konden alle nieuwe cliënten dezelfde informatie krijgen over dit onderzoek. Dit heeft mogelijk bijgedragen aan het responspercentage van 45%. De heldere communicatie tussen de onderzoeker en deelnemers heeft mogelijk bijgedragen aan de hoeveelheid verzamelde data tijdens de individuele interviews.

#### *Representativiteit onderzoekspopulatie*

De representativiteit van deze onderzoekspopulatie is op verschillende manieren te bediscussieren. Ten eerste kon slechts een beperkt aantal cliënten geïnccludeerd worden vanwege de korte onderzoeksperiode. Om zoveel mogelijk informatie te verzamelen, vonden vervolgens niet alle interviews op hetzelfde moment in het traject plaats en zijn de vragenlijsten niet door iedereen ingevuld. Dit kan enerzijds invloed hebben gehad op de ervaring van de cliënten dat een brede blik is aangehouden en anderzijds de cliënten hebben beperkt in het verkrijgen van meer inzicht. Ten derde kwamen deelnemers niet uit alle werkzame proeftuinen: slechts 1 deelnemer was niet afkomstig van de wijken Beverwaard of Oude Westen/Delfshaven. In de proeftuinen in Oude Noorden en Kralingen/Crooswijk, die al een jaar gestart waren, werden minder nieuwe cliënten gezien dan in Oude Westen/Delfshaven en Beverwaard, waar de proeftuinen net gestart waren. Daaropvolgend kwamen deelnemers voornamelijk uit de wijken Oude Westen/Delfshaven en Beverwaard. Het is onbekend in hoeverre andere factoren invloed hebben gehad op de beperkte deelname vanuit eerstgenoemde wijken. De resultaten van dit onderzoek zijn daardoor mogelijk niet representatief voor ervaringen van andere cliënten van (andere) proeftuinen. Daarnaast is het mogelijk dat de onderzoekspopulatie niet representatief is voor de Rotterdamse bevolking, aangezien de opleidingsniveaus van de deelnemers niet gelijk zijn aan die van de Rotterdamse bevolking. (45)

### *Zorgvuldige interpretatie resultaten*

Door de coronacrisis konden interviews niet in levende lijve worden afgenomen. Er is gekozen voor telefonische afname om het onderzoek laagdrempelig te houden. Echter, dit zorgde voor enige communicatiebeperkingen gedurende het interview, zoals het niet kunnen aflezen van gezichtsuitdrukkingen of slechte verstaanbaarheid. Tijdens interviews resulteerde dit soms in verwarring en in de transcripties vielen zinsdelen weg. In combinatie met de abstracte onderwerpen die werden uitgevraagd in de stellingen werd onduidelijkheid bij de deelnemer niet altijd herkend door de onderzoeker. Bij analyse bleek dat antwoorden binnen een interview niet altijd congruent leken te zijn. Omdat er niet voortdurend om een toelichting werd gevraagd, is het onduidelijk of stellingen moeilijk te begrijpen waren of de beperkingen in de communicatie onduidelijkheid veroorzaakten.

Vanwege de kleine onderzoekspopulatie en deze onzekerheden in de dataverzameling moeten de resultaten zorgvuldig en altijd in combinatie met de kwalitatief geanalyseerde data geïnterpreteerd worden.

### *Vragenlijsten wel of niet bespreken*

Hoewel resultaten van de vragenlijsten werden teruggekoppeld aan de CZC's, waren zij om praktische redenen niet geïnformeerd over welke vragenlijsten de deelnemers hadden ingevuld. Dit kan invloed hebben gehad op het al dan niet bespreken van de resultaten tijdens het plan van aanpak gesprek.

## **Conclusie**

Naar aanleiding van interviews bij een selectie cliënten van proeftuinen van de KOOV, kan gesteld worden dat er genoeg aandacht is voor het voorkomen van stigma. Cliënten ervaren daarbij begrip voor de complexiteit van overgewicht. De meerderheid ervaart dat ieders probleem met een brede blik benaderd wordt. De verdiepende vragenlijsten die binnen dit onderzoek werden gebruikt, kunnen een rol spelen bij het verschaffen van meer inzicht. Echter, er lijkt nog winst te behalen in het faciliteren in zelfmanagement. Eveneens moet er aandacht zijn voor verbetering van de informatievoorziening over de ketenaanpak en verduidelijking van de rol van de CZC. Dit kan onjuiste verwachtingen van zowel cliënt als CZC wegnemen, waardoor er beter ingespeeld kan worden op wensen en behoeften.

## Aanbevelingen

### *Informatievoorziening*

Uit de interviews zijn de tekortkomingen in informatievoorziening over de ketenaanpak duidelijk naar voren gekomen. Deelnemers hadden andere verwachtingen van het traject dan hoe het in werkelijkheid zou moeten verlopen. Het aanbod binnen de proeftuinen dat geschetst werd via de (sociale) media was voor meerdere deelnemers een reden geweest om zich aan te melden. Voor een derde van de deelnemers was het traject niet duidelijk genoeg uitgelegd. Dit zou kunnen liggen aan de informatievoorziening bij het aanmeldproces en/of aan de uitleg die door de CZC bij het intakegesprek gegeven werd. Het is aan te bevelen dat er in ieder geval vanuit de organisatie duidelijk materiaal gepubliceerd wordt, waardoor cliënten vanaf het begin een overzicht hebben van het traject dat zij in grote lijnen zullen doorlopen en waar in dit traject de nadruk op zal liggen. Op deze manier zal er mogelijk een minder grote stroom aan deelnemers zijn die uiteindelijk zullen uitvallen, doordat zij bijvoorbeeld andere verwachtingen hadden van het traject. Deze uitleg zou beeldend gegeven kunnen worden, bijvoorbeeld aan de hand van een poster of een video.<sup>3</sup> Een andere optie is om de startende cliënten in groepsvorm een informatiemoment aan te bieden, waarbij in één moment de visie van de ketenaanpak, het doel en de werkwijze wordt uitgelegd.

### *De rol van de CZC*

De insteek van de ketenaanpak is dat de CZC de deelnemers doorverwijst naar de juiste professional die hen de nodige hulp kan bieden. Echter, cliënten lijken het prettig te vinden om zoveel mogelijk hulp bij één persoon te houden als diegene daar expertise in heeft. Dit roept allereerst de vraag op in hoeverre duidelijk is gemaakt dat de rol van de CZC geen behandeling inhoudt, maar puur gericht is op signaleren en coördineren naar de juiste hulpverlening. Ten tweede kan bediscussieerd worden welke achtergrond de CZC's zouden moeten hebben. Het zou nuttig kunnen zijn als alle CZC's in de basis leefstijlcoach, al dan niet met paramedische achtergrond. Als cliënten een GLI aangewezen krijgen als behandeling, kunnen zij in dat geval terecht bij hun eigen CZC, waardoor er rekening gehouden wordt met de behoefte om zo min mogelijk verschillende gezichten te zien. Een andere mogelijkheid is om juist niet meerdere rollen bij één persoon te leggen, zodat CZC's zich volledig kunnen focussen op de coördinerende rol en niet voortijdig adviezen gaan geven die beter passen bij een behandeling. De CZC's uit de wijken Oude Noorden en Kralingen/Crooswijk komen uit het sociale domein en zouden de taken van een diëtist of leefstijlcoach niet kunnen vermengen met de coördinatie taak. Omdat slechts 1 deelnemer afkomstig was uit de wijk, is er weinig informatie verzameld over de werkwijze van deze CZC's. Naast het verhelderen van de rol van de CZC voor zowel CZC als cliënt, is het aan te bevelen om in vervolgonderzoek een gelijk aantal deelnemers uit

---

<sup>3</sup> Op het moment van schrijven is de organisatie van de proeftuinen bezig met de montage van een informatieveideo.

verschillende proeftuinen te includeren, zodat de werkwijze van CZC's (met verschillende achtergronden) en de voor- en nadelen hiervan vergeleken kunnen worden.

#### *Invulling van de verdiepende vragenlijsten*

Om het traject efficiënter te laten verlopen, zouden de vragenlijsten alvorens het intakegesprek ingevuld kunnen worden. Op deze manier zouden cliënten van tevoren meer nagedacht kunnen hebben over mogelijk beïnvloedende factoren van hun overgewicht, zouden CZC's in combinatie met de brede intake onderliggende factoren mogelijk beter in kaart kunnen brengen. Eventueel zou er sneller een plan van aanpak tot stand kunnen komen. Het is mogelijk dat een tweede afspraak dan onnodig blijkt en dat de cliënt zo snel mogelijk de vereiste hulp toegewezen krijgt vanuit de CZC. Tevens zou in toekomstig onderzoek de toegevoegde waarde van de vragenlijsten middels controle groepen onderzocht kunnen worden.

## Referenties

1. Organization WH. Obesity and overweight 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>].
2. Volksgezondheidszorg.info. Overgewicht volwassenen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 maart 11 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-volwassenen>].
3. Verkenning VT. Trendskenario: Leefstijl: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018 juni [Available from: <https://www.vtv2018.nl/leefstijl>].
4. Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *Bmj*. 2016;353:i2156.
5. Grover SA, Kaouache M, Rempel P, Joseph L, Dawes M, Lau DC, et al. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(2):114-22.
6. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*. 1999;282(16):1523-9.
7. Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis  
Adipositas und Angstsymptome: systematische Review und Metaanalyse. *Neuropsychiatr*. 2019;33(2):72-89.
8. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):220-9.
9. Martin-Rodriguez E, Guillen-Grima F, Marti A, Brugos-Larumbe A. Comorbidity associated with obesity in a large population: The APNA study. *Obes Res Clin Pract*. 2015;9(5):435-47.
10. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2010;171(2):135-54.
11. Robroek SJ, van den Berg TI, Plat JF, Burdorf A. The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occup Environ Med*. 2011;68(2):134-9.
12. van Duijvenbode DC, Hoozemans MJ, van Poppel MN, Proper KI. The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2009;33(8):807-16.
13. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Income and obesity: what is the direction of the relationship? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2018;8(1):e019862.
14. Rongen A, Robroek SJW, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med*. 2013;44(4):406-15.
15. van der Valk ES, van den Akker ELT, Savas M, Kleinendorst L, Visser JA, Van Haelst MM, et al. A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults. *Obes Rev*. 2019;20(6):795-804.
16. Blaine B. Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *J Health Psychol*. 2008;13(8):1190-7.
17. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *J Postgrad Med*. 2017;63(3):182-90.
18. Kiecolt-Glaser JK, Fagundes CP, Andridge R, Peng J, Malarkey WB, Habash D, et al. Depression, daily stressors and inflammatory responses to high-fat meals: when stress overrides healthier food choices. *Mol Psychiatry*. 2017;22(3):476-82.
19. Siahpush M, Huang TT, Sikora A, Tibbits M, Shaikh RA, Singh GK. Prolonged financial stress predicts subsequent obesity: results from a prospective study of an Australian national sample. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(2):616-21.
20. Beenackers MA, Oude Groeniger J, van Lenthe FJ, Kamphuis CBM. The role of financial strain and self-control in explaining health behaviours: the GLOBE study. *Eur J Public Health*. 2018;28(4):597-603.



21. Baumeister R, Vohs K, Tice D. The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*. 2007;16:351-5.
22. Dagevos H e, Munnichs G, (ed.). *De obesogene samenleving. Maatschappelijke perspectieven op overgewicht*. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2007. 192 p.
23. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med*. 1999;29(6 Pt 1):563-70.
24. Mohammed SH, Habtewold TD, Birhanu MM, Sissay TA, Tegegne BS, Abuzerr S, et al. Neighbourhood socioeconomic status and overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMJ Open*. 2019;9(11):e028238.
25. Mölenberg FJM, Beenackers M.A., Mackenbach J.D., Burdorf A., van Lenthe F.J. *Is Rotterdam een fastfoodparadijs? De voedselomgeving van 2004 tot 2018*. Rotterdam: Erasmus MC, 2019.
26. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*. 2020;12(6).
27. Ammar A, Chtourou H, Boukhris O, Trabelsi K, Masmoudi L, Brach M, et al. COVID-19 Home Confinement Negatively Impacts Social Participation and Life Satisfaction: A Worldwide Multicenter Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17).
28. Földi M, Farkas N, Kiss S, Zádori N, Vánca S, Szakó L, et al. Obesity is a risk factor for developing critical condition in COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2020;21(10):e13095.
29. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Nationaal preventieakkoord. Den Haag: Rijksoverheid; 2018 november.
30. Minkman M.M.N. AK, Huijsman R. Het Ontwikkelingsmodel voor Keten zorg: ketenkennis gebundeld in een generiek toepasbaar kwaliteitsmodel. *M&O: Tijdschrift voor Management en Organisatie* 2010;64(5):26-43.
31. Gezond010: het akkoord. Rotterdam 2019.
32. Nederland PO. Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam 2010 november.
33. Hattem Sv. Procevaluatie en ketenbrede data: Advies voor de dataverzameling van de ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen. [Bachelorscriptie]. In press 2020.
34. Baarda B. Basisboek kwalitatief onderzoek : handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Houten, The Netherlands: Noordhoff Uitgevers bv; 2018. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1842200>
35. Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. *Obes Rev*. 2019;20(2):171-211.
36. Nezami BT, Lang W, Jakicic JM, Davis KK, Polzien K, Rickman AD, et al. The Effect of Self-Efficacy on Behavior and Weight in a Behavioral Weight-Loss Intervention. *Health Psychol*. 2016.
37. Liou D, Kulik L. Self-efficacy and psychosocial considerations of obesity risk reduction behaviors in young adult white Americans. *PLoS One*. 2020;15(6):e0235219.
38. Linde JA, Rothman AJ, Baldwin AS, Jeffery RW. The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychol*. 2006;25(3):282-91.
39. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.
40. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15.
41. Wat werkt dossier gecombineerde leefstijlinterventie: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; [Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/gecombineerde-leefstijlinterventie/wat-werkt-dossier-gecombineerde-leefstijlinterventie>].
42. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16(4):319-26.

43. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts*. 2015;8(6):402-24.
44. Luig T, Elwyn G, Anderson R, Campbell-Scherer DL. Facing obesity: Adapting the collaborative deliberation model to deal with a complex long-term problem. *Patient Educ Couns*. 2019;102(2):291-300.
45. Graaf Pd. Feitenkaart Opleidingsniveau Rotterdam op gebieds- en buurtniveau 2019\* (voorlopige cijfers).

Bijlage 1: Informatievideo

<https://youtu.be/JZM3KD6GI8I>

## Bijlage 2: De verdiepende vragenlijsten

In een adviesrapport voor de effectmeting binnen de ketenaanpak werd aanbevolen om specifiek te kijken naar de aspecten kwaliteit van leven, depressie en angst, slaapstoornissen, gezondheidsvaardigheden, voedselvaardigheden en participatie of activatie. Per aspect is er contact gezocht met een expert en gevraagd naar de mogelijkheden binnen het meten van deze aspecten. Op geleide van de interviews is er gekeken naar de beschikbare literatuur. Uiteindelijk zijn de voor- en nadelen van de meetinstrumenten besproken binnen het projectteam, waaruit een set van vragenlijsten is ontstaan.

De set bevat 6 vragenlijsten:

1. De OBESI-Q voor de inventarisatie van de kwaliteit van leven.
2. De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) voor de inventarisatie van depressie en angst.
3. De Pittsburgh Sleep Quality Index voor de inventarisatie van de slaapkwaliteit
4. De STOP-bang vragenlijst voor de inventarisatie van het risico op slaapapneu
5. De HLS-EU-Q16 voor de inventarisatie van gezondheidsvaardigheden
6. Een voedselvaardigheden vragenlijst.

Voor het inventariseren van maatschappelijke participatie of activatie is nog geen geschikt meetinstrument gevonden.

## Bijlage 3: Opzet van het telefonisch interview

### Thema 1: Verwachtingen

Hoe bent u bij de proeftuin terechtgekomen? Meerdere opties zijn mogelijk, bijvoorbeeld:

- Optie 1: via folder of brief
- Optie 2: via internet
- Optie 3: via zorgverlener/professional
- Optie 4: via vrienden/familie

Waarom heeft u besloten om zich aan te melden voor de proeftuin / dit traject in te gaan?

In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende stellingen?

- Stelling 1: Het is duidelijk uitgelegd hoe het traject van de proeftuin verloopt.
- Stelling 2: Dit kwam overeen met mijn verwachtingen toen ik mij aanmelde / werd aangemeld
- Stelling 3: Tot nu toe verloopt de proeftuin zoals ik had verwacht na de uitleg over het traject van de proeftuin.

Kunt u een toelichting geven op uw antwoorden?

### Thema 2: Benadering

In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende stellingen?

- Stelling 4: Er wordt met een brede blik gekeken naar mijn probleem
- Stelling 5: Er is begrip voor de complexiteit/ingewikkeldheid van overgewicht
- Stelling 6: De oorzaak van mijn overgewicht wordt aangepakt
- Stelling 7: Ik heb door dit traject meer inzicht gekregen over mijn situatie

Wat vindt u fijn aan deze benadering?

Zou u iets anders willen zien aan de benadering van het overgewicht? Zo ja, wat?

### Thema 3: Begrip

Bent u het eens of oneens met de volgende stellingen?

- Stelling 8: Ik voel mij gehoord door de professionals.
- Stelling 9: Ik voel mij begrepen door de professionals.
- Stelling 10: Ik voel mij gerespecteerd door de professionals.

Wat maakt dat u zich gehoord, begrepen of gerespecteerd voelt?

### Thema 4: Het proces van de proeftuin

Bent u tussen na het intakegesprek/het eerste gesprek met de CZC door de CZC doorverwezen naar een andere professional geweest, zoals een diëtist, fysiotherapeut, huisarts? (→ zo niet, stelling 14 overslaan)

Bent u het eens of oneens met de volgende stellingen?

- Stelling 11: Het intakegesprek heb ik als nuttig ervaren.
- Stelling 12: De vragenlijsten van dit onderzoek heb ik als nuttig ervaren .
- Stelling 13: De resultaten van de vragenlijsten heb ik als nuttig ervaren.
- Stelling 14: De afspraken met de ... (diëtist, fysiotherapeut, huisarts, ...) heb ik als nuttig ervaren.
- Stelling 15: Het plan van aanpak gesprek heb ik als nuttig ervaren.

Heeft u de resultaten van de vragenlijsten besproken bij het opstellen van het Plan van Aanpak?

Wat vindt u fijn aan het proces tot nu toe?

Zou u iets anders willen zien aan het proces? Zo ja, wat?

Wat zou u ervan vinden als er ook bloed bij u wordt geprikt? (bijvoorbeeld cholesterol, bloedsuiker, stresshormoon, hongerhormoon, afweersysteem)

### **Thema 5: Eigen regie**

Bent u het eens of oneens met de volgende stellingen?

- Stelling 16: Ik ben voldoende gestimuleerd om mee te denken aan mijn plan van aanpak.
- Stelling 17: Ik sta achter mijn plan van aanpak.

Kunt u dit toelichten?

### **Thema 6: Samenwerking**

Bent u het eens of oneens met de volgende stellingen?

- Stelling 18: De professionals hebben genoeg kennis over het probleem.
- Stelling 19: De samenwerking tussen de professionals en mij verloopt zoals ik wil.
- Stelling 20: De samenwerking tussen de verschillende professionals verloopt goed (zoals tussen de CZC en huisarts of gemeente?)

Wat vindt u fijn aan de samenwerking tot nu toe?

Zou u iets anders willen zien aan de samenwerking? Zo ja, wat?

### **Overig**

Heeft u verder nog opmerkingen over de aanpak binnen de Proeftuinen?

Zou u op een later moment in uw traject nogmaals benaderd mogen worden om uw ervaringen te delen?

### **Persoonsgegevens**

1. Wat is uw geboortedatum?
2. Hoe identificeert u zichzelf? Opties: man/vrouw/anders.
3. Wat is uw BMI of lengte en gewicht?
4. Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?