

'Niet meer op de weegschaal'

Een medisch antropologisch onderzoek naar de (culturele) voedings- en gezinsgewoonten en de aansluiting van zorg binnen de ketenaanpak 'Kind naar Gezonder Gewicht' (KnGG) in de regio Zuid-Holland Zuid.



GGD
zhz

 **ZonMw**

 **ersterking
kennisinfrastructuur**

jong jgz
groeit met je mee.

CEPHIR

December 2024

Auteurs	drs. Lisa van Son (Medisch antropoloog en onderzoeker publieke gezondheid, GGD Zuid-Holland Zuid)
	dr. Mariëlle Beenackers (Programmameider CEPHIR, universitair docent afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC)
	dr. Arne Mellaard (Antropoloog, teamleider onderzoek GGD Zuid-Holland Zuid, postdoc CEPHIR)
Mede mogelijk gemaakt door	ZonMw in het kader van de 'versterking kennisinfrastructuur'
Foto's	Pagina 12: foto van Ishaq Robin van Unsplash.com Overige foto's: Shutterstock.com

CEPHIR is onze academische werkplaats Publieke Gezondheid voor de regio Rotterdam. Bij CEPHIR werkt de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC samen met gemeente Rotterdam en GGD-en en gemeentes uit de regio. Zij werken aan het onderbouwen van het beleid in de volksgezondheid. CEPHIR staat voor 'Centre for Effective Public Health In the larger Rotterdam area'. cephir@erasmusmc.nl



Inhoud

Samenvatting	04
Introductie	06
Methoden	10
Resultaten	14
1. Aansluiting vinden bij multi-thematiek in de gezinnen	14
2. (Culturele) sensitiviteit en reflexiviteit	24
3. Sociale benadering van gezondheid	30
Discussie	38
Conclusie	41
Referenties	42

— Samenvatting

'Niet meer op de weegschaal!'

In het medisch antropologisch onderzoek 'Niet meer op de weegschaal!' is de wijze beschreven waarop de ketenaanpak: 'Kind naar Gezonder Gewicht' (KnGG) aansluit bij de gezinnen die begeleid worden in de regio Zuid-Holland Zuid. Het onderzoek richt zich op de vraag hoe deze aanpak afgestemd wordt op voedings- en gezinsgewoonten en onderzoekt de rol van vertrouwen en (culturele) sensitiviteit in de relatie tussen zorgverleners en de deelnemende gezinnen. De centrale vraag hierbij is hoe de aanpak aansluit bij de behoeften van de gezinnen en welke aanpassingen nodig zijn om dit te verbeteren. Tegelijkertijd is het doel van het onderzoek om de lezer, middels gedetailleerde observaties, inzicht te geven in de complexiteit van verschillende praktijksituaties binnen de KnGG aanpak.

Methodiek

'Niet meer op de weegschaal' is een exploratief-etnografisch onderzoek dat de ervaringskennis van deelnemende gezinnen uit de KnGG aanpak en de professionele kennis van betrokken (zorg)professionals centraal stelt. Er zijn verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt om deze kennis in kaart te brengen en vanuit diverse perspectieven te belichten. Observaties zijn uitgevoerd bij negen gezinnen. Hierbij werd de begeleiding door centraal zorgverleners en ketenpartners, zoals de diëtist en de jeugdarts, in de thuis- en de zorgsituatie bestudeerd. Daarnaast zijn semigestructureerde diepte-interviews afgenomen met zowel zorgprofessionals als de deelnemende gezinnen. Ook vonden participerende observaties plaats tijdens een onderwijsdag van de NSPOH-opleiding. De verzamelde data uit interviews en veldnotities zijn thematisch geanalyseerd met AtlasTi.

Context

Overgewicht en obesitas zijn multifactorieel; overgewicht ontstaat door een wisselwerking tussen psychologische, biologische en omgevingsfactoren. De KnGG aanpak biedt integrale zorg aan kinderen en gezinnen waarbij samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein centraal staat. De centraal zorgverlener coördineert het traject en zorgt voor een combinatie van medische en sociaal-maatschappelijke ondersteuning.

Resultaten van het onderzoek

De resultaten zijn verdeeld over drie hoofdthema's:

- 1. Kennisverzameling en aansluiting bij gezinnen:** Binnen de gezinnen die deelnemen aan de KnGG aanpak speelt vaak meer dan alleen overgewicht bij kinderen; het is regelmatig onderdeel van bredere gezins- of maatschappelijke problemen. Keuzes omtrent voeding worden mede beïnvloed door omgevingsfactoren zoals de beschikbaarheid van gezond voedsel, kosten, en sociaal-culturele gebruiken. Centraal zorgverleners verzamelen kennis over voedings- en gezinsgewoonten door

observaties en gesprekken tijdens huisbezoeken. De KnGG aanpak richt zich overwegend op individuele beperkingen, zoals kennis en vaardigheden, en in zekere mate ook op contextuele beperkingen, zoals armoede en omgevingsfactoren. Het idee van keuzevrijheid, of in de context van de KnGG aanpak, 'het maken van een gezonde keuze' moet gezien worden in het licht van een opeenstapeling van levensproblematiek waarbij armoede en stress een belangrijke rol spelen in een vaak ongunstige omgeving. Kleine, haalbare stappen worden benadrukt om te voorkomen dat gezinnen zich overweldigd voelen. Dit is cruciaal om het vertrouwen van de gezinnen te behouden en duurzame veranderingen te realiseren. Ook hebben voor de context en structurele beperkingen vergroot de aansluiting bij de gezinnen en daarmee de efficiëntie van de handelingsopties van de centraal zorgverleners.

2. (Culturele) sensitiviteit: Er is een sterke behoefte aan cultuur sensitieve zorg binnen de KnGG aanpak. Centraal zorgverleners moeten zich bewust zijn van de culturele achtergronden en voedingsgewoonten van de gezinnen. Het niet goed aansluiten van adviezen op deze gewoonten leidt vaak tot weerstand en vermindert de effectiviteit van de aanpak. Persoonlijke nieuwsgierigheid en open communicatie worden aangemoedigd om beter in contact te komen met de gezinnen, terwijl stereotype opvattingen over culturele voorkeuren- gezinsgewoonten beter vermeden worden. Cultuursensitief werken als onderdeel van persoonsgericht werken creëert ruimte voor een echte ontmoeting tussen de zorg-professional en de leefwereld van de gezinnen. Het is essentieel dat ketenpartners dezelfde mate van sensitiviteit tonen als de centraal zorgverleners, om effectieve en empathische ondersteuning te bieden.

3. Vertrouwen en sensitiviteit in de zorgrelatie: Vertrouwen speelt een cruciale rol in de relatie tussen centraal zorgverleners en gezinnen. Een sterke vertrouwensband maakt het gemakkelijker om gevoelige onderwerpen, zoals overgewicht, bespreekbaar te maken. Centraal zorgverleners werken vaak aan het verlagen van drempels voor gezinnen bij het betrekken van ketenpartners, zoals diëtisten of sportconsulenten. Sensitief taalgebruik is hierbij belangrijk. Ongevoelig woordgebruik en het herhaaldelijk wegen van kinderen door ketenpartners kunnen schadelijk zijn, wat het belang van goede samenwerking en gedeelde waarden tussen alle betrokken zorgverleners benadrukt. Door aandacht te hebben voor de bredere context waarin gezinnen leven, zoals armoede en stress, kunnen centraal zorgverleners deze vertrouwensrelatie versterken en aansluitende zorg bieden. De mate van vertrouwen in de relatie tussen de zorgprofessional en een kwetsbare doelgroep blijkt bepalend voor het succes van de zorgtrajecten, omdat wantrouwen naar zorgprofessionals en instanties vaak leidt tot verminderde toegang tot zorg. Tegelijkertijd kunnen sensitiviteit en een rol als belangenvertegenwoordiger door de centraal zorgverleners helpen bij het bieden van tegenwicht aan dominante, medische benaderingen die veel nadruk leggen op meten en wegen.

— Introductie

In dit medisch antropologisch onderzoek 'Niet meer op de weegschaal!' wordt de wijze beschreven waarop de ketenaanpak: 'Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG)' aansluit bij de gezinnen die begeleid worden in de regio Zuid-Holland Zuid. Het onderzoek richt zich in het specifiek op hoe deze aanpak afgestemd wordt op voedings- en gezinsgewoonten en onderzoekt de rol van vertrouwen en (culturele) sensitiviteit in de relatie tussen zorgverleners en de deelnemende gezinnen. De centrale vraag hierbij is hoe de aanpak aansluit bij de behoeften van de gezinnen en welke aanpassingen nodig zijn om dit te verbeteren. Tegelijkertijd is het doel van dit onderzoeksverslag om de lezer inzicht te geven in de complexiteit van verschillende praktijksituaties binnen de KnGG aanpak.

Context & achtergrond

Overgewicht en obesitas zijn de afgelopen jaren toegenomen in Nederland. Ongeveer 12% van de kinderen tussen de 4 en 18 jaar kampt met overgewicht en 3,5 tot 4% met obesitas (1). Overgewicht wordt onder andere beïnvloed door structurele determinanten zoals sociaaleconomische positie, de voedselomgeving en stedelijke infrastructuur die gezonde keuzes kunnen beperken. Populatiegerichte preventie, zoals beleidsmaatregelen om de toegang tot gezonde voeding te verbeteren en het bevorderen van fysieke activiteit en een gezonde leefomgeving, speelt een belangrijke rol in het verminderen van overgewicht op bevolkingsniveau. Tegelijkertijd blijft individuele, passende zorg belangrijk.

De oorzaak van overgewicht en obesitas is altijd multifactorieel¹ en voor ieder kind en/of gezin is daarom een andere, persoonlijke aanpak nodig (2-3). De ketenaanpak overgewicht bij kinderen (zie kader) wordt in de regio Zuid-Holland Zuid (ZHZ) uitgevoerd in Dordrecht en Zwijndrecht en sinds januari 2024 ook in de gemeenten Papendrecht, Alblasserdam, Molenlanden, Hoeksche Waard, Gorinchem en Hardinxveld-Giessendam. Deze methode wordt ondersteund door het Integraal zorg akkoord (IZA). De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht biedt op lokaal niveau integrale zorg² aan kinderen met overgewicht of obesitas en hun gezin (3). Deze gezinsaanpak kenmerkt zich door een 'brede aanpak' en samenwerking tussen professionals uit zowel het *zorgdomein* (o.a. diëtist, huisarts, fysiotherapeut) als het *sociaal domein* (o.a. wijkprofessionals en professionals in het onderwijs).

1 Multifactorieel; overgewicht ontstaat door een wisselwerking tussen psychologische, biologische en omgevingsfactoren.
2 Met integrale gezondheidszorg wordt domein overstijgend werken tussen preventie, zorg en welzijn bedoeld

De centraal zorgverlener (CZV) coördineert het begeleidingstraject van het gezin dat idealiter samen met de professionals uit deze twee domeinen wordt vormgegeven. De ketenaanpak bestaat uit begeleiding bij de verschillende belemmeringen die kinderen en hun gezin ervaren die een gezonde levensstijl in de weg staan. Er wordt ondersteuning geboden voor kind en gezin op het gebied van opvoeding, schulden of psychosociale problemen. De ketenaanpak bestaat uit zes processtappen waarin het overgewicht wordt geconstateerd, er vastgesteld wordt wat er speelt, er nagegaan wordt wat de oorzaken en gevolgen hiervan zijn, er een plan wordt opgesteld om het overgewicht en de problemen die hiermee samenhangen aan te pakken en de daadwerkelijke uitvoering van het plan en eventuele nazorg geboden wordt (4).



Het landelijk model ketenaanpak is een wetenschappelijk onderbouwd model waarin de visie omschreven staat hoe passende zorg en ondersteuning er idealiter uit dient te zien voor kinderen met overgewicht. De naam 'Kind naar Gezonder Gewicht' is in het leven geroepen toen dit model/visie als aanpak lokaal geïmplementeerd werd in gemeenten.

Het 'Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' is ontwikkeld door de VU/Care for Obesity in 2018. Dit model is gebaseerd op wetenschappelijke kennis en praktijkervaringen van acht proeftuin-gemeenten waar men toen aan de slag ging met het gedachtegoed van een ketenaanpak. Hierdoor is het landelijk model echt een samenwerking tussen de wetenschap en de praktijk.

Op verzoek van het ministerie van VWS eind 2018 hebben JOGG, Nederlands Jeugdinstituut (NJI), Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Vrije Universiteit Amsterdam- Care for Obesity (VU/C4O) en Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)) als coalitie de opdracht gekregen de aanpak lokaal te implementeren, het gedachtegoed te borgen en door te ontwikkelen.

Sinds november 2021 is JOGG eigenaar van en verantwoordelijk voor de verdere lokale implementatie en doorontwikkeling van deze aanpak. Hierbij is gekozen om de naam Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) aan de aanpak te geven.

Aansluiting tussen beleid & praktijk

De KnGG aanpak vergt een andere manier van denken en werken van de betrokken professionals en in het bijzonder van de centraal zorgverlener. Denk daarbij aan de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein, de coördinerende rol van de centraal zorgverlener en de brede blik op overgewicht en obesitas (3-6). In de KnGG aanpak is het expliciet de bedoeling dat de centraal zorgverlener *naast* het gezin staat en niet zelf mogelijke problemen oplost, maar dit overlaat aan het gezin. Een dergelijke aanpassing in werk- en denkwijze van professionals behoeft uiteraard tijd, aandacht en eventuele extra begeleiding. Onderzoek naar de huidige situatie kan zorgen voor een betere aansluiting tussen praktijk en beleid.

Culturele sensitiviteit en 'foodways'

Uit evaluaties naar de ketenaanpak bleek behoefte aan een cultuursensitieve³ benadering van de betrokken gezinnen (9-10). In de leidraad voor de psychosociale en leefstijlverkenning is ruimte om te spreken over voeding en voedingsgewoonten (6). Uit deze evaluaties en leidraad komt eveneens naar voren dat dit vooral een inventariserend karakter heeft en vooral praktische inzichten geeft. Er wordt niet duidelijk op welke wijze de centraal zorgverleners de dialoog aangaan over voedingspraktijken en hoe deze dialogen leiden tot inzichten over welke betekenissen gezinnen zelf verlenen aan hun voedingspraktijken. Om hier een verdiepend inzicht te verkrijgen wordt in dit project gewerkt met het begrip 'foodways' (voedselgewoonten).⁴ Dit begrip maakt het mogelijk om tussen gezinnen en de centraal zorgverlener een dialoog te voeren over de betekenis van voedings- en gezinsgewoonten in het gezin. Door de lens van 'foodways' ontstaan er vernieuwde inzichten in de oorzaken van de problemen in het gezin en de wijze waarop er binnen de aanpak aansluiting gevonden wordt bij de gezinnen. Deze inzichten kunnen openingen bieden om aan verandering te werken.

De wijze waarop centraal zorgverleners en (keten)partners zich verhouden tot de voedings- en gezinsgewoonten van de gezinnen en hierop weten aan te sluiten, is van groot belang bij het realiseren van de (gewenste) leefstijlveranderingen bij de deelnemende gezinnen.

Contextuele benadering versus individuele benadering

In de gezinnen binnen de KnGG aanpak speelt er vaak meer dan alleen het overgewicht van het kind, aangezien dit vaak een gevolg is van bredere gezins- of maatschappelijke problemen.

Gezondheidskeuzes worden mede beïnvloed door omgevingsfactoren, kosten en sociaal-culturele gewoonten, waardoor ze niet puur individueel zijn. In ongezonde omgevingen is het maken van "gezonde keuzes" vaak moeilijk (11-13). Wanneer er weinig oog is voor de structurele beperkingen en de complexe omstandigheden waarin gezinnen kunnen verkeren, wordt het moeilijker om aan te sluiten bij de gezinnen en hun behoeften. Daarom is het essentieel om bij de aanpak een brede, contextuele blik te hanteren. Dit onderzoek richt zich dan ook op de vraag of (voedings)gedrag en gezinsproblematiek worden gezien als gevolg van contextuele beperkingen of als individuele beperkingen.

3 Cultuursensitief werken betekent dat je rekening houdt met de culturele achtergrond en waarden van de patiënt of cliënt en daarop afgestemde zorg of ondersteuning biedt. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat je rekening houdt met religieuze of culturele voedingsgewoonten. Cultuursensitief werken is niet 1-op-1 gekoppeld aan mensen met een migratieachtergrond. De term is toepasbaar op iedereen. Ieder mens (of gezin/groep) draagt een eigen culturele identiteit met zich mee (8)

4 'Foodways' zijn in breed perspectief alle culturele, sociale en economische praktijken met betrekking tot zowel de productie als consumptie van voedsel. 'Foodways' refereren aan de culturele en sociale praktijken die voedselconsumptie beïnvloeden; inclusief wat, hoe en met wie gegeten wordt, waar en hoe boodschappen gedaan worden en wat de motivatie is achter voedselvoorkeuren.

Vraagstelling

In dit onderzoek worden verschillende soorten kennis en methoden gecombineerd om een beter inzicht te krijgen in de aansluiting tussen beleid en praktijk; de manier waarop de KnGG aanpak omschreven wordt en de praktische implicaties rondom de uitvoering en daadwerkelijke aansluiting bij de deelnemende gezinnen. De hoofdonderzoeksvraag luidt daarom:

Op welke wijze sluit de gepersonaliseerde Kind naar Gezonder Gewicht aanpak aan bij de voedings- en gezinsgewoonten en behoeften van de gezinnen en worden werkwijzen, methodes en aanpakken (praktijken) hierop aangepast?

De onderzoeksresultaten zijn onderverdeeld in drie deelvragen, in elke deelvraag is het overkoepelende thema de aansluiting van de KnGG ketenaanpak bij de gezinnen.

1. Op welke wijze krijgen centraal zorgverleners **kennis** over voedings- en gezinsgewoonten en op welke wijze wordt vanuit deze kennis **aansluiting** gezocht bij het gezin (individuele of contextuele benadering) om tot gezondere levensgewoonten te komen?
2. Op welke wijze wordt inhoud gegeven aan culturele sensitiviteit binnen de KnGG aanpak en hoe sluit dit aan bij de voedings- en gezinsgewoonten?
3. Welke rol speelt vertrouwen en sensitiviteit in de relatie tussen de (zorg)professionals en de gezinnen binnen de KnGG aanpak en op welke wijze wordt hier inhoud aan gegeven?

— Methoden

'Niet meer op de weegschaal!' is een exploratief-etnografisch onderzoek waarin zowel de ervaringskennis van deelnemende gezinnen van de KnGG aanpak als de (lokale) professionele kennis van de betrokken (zorg)professionals centraal staat. Wetenschappelijke kennis en vakliteratuur is gebruikt voor een verdiepend en contextueel inzicht bij de onderzoeksresultaten.

Doelgroep

Gezinnen

De KnGG aanpak is bedoeld voor kinderen (2-16 jaar) met overgewicht of obesitas en hun gezinnen. De aanpak is gericht op kwetsbare gezinnen met zogenaamde multiproblematiek; er is veelal niet alleen sprake van één kind (of meerdere kinderen) met matig of ernstig overgewicht, maar ook van andere problematiek in het gezin. Dit kunnen financiële problemen zijn, maar ook psychische problematiek bij de ouder of onderliggende problematiek bij het kind, zoals autisme of een verslaving (9).

Centraal zorgverleners

Alle betrokken centraal zorgverleners in de regio Zuid-Holland Zuid zijn jeugdverpleegkundigen van Jong JGZ. Allen hebben de opleiding tot centraal zorgverlener van JOGG gevolgd (14).

Ketenpartners

Ketenpartners zijn professionals uit het zorgdomein en het sociaaldomein. In de regio Zuid-Holland Zuid wordt er binnen de KnGG aanpak momenteel vooral doorverwezen naar de diëtist en de fysiotherapeut (medisch domein) en/of sportconsulent.⁵

5 Op basis van gesprek met de projectleider KnGG 17 augustus 2023

Dataverzameling

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden om de ervaringskennis en professionele kennis goed in kaart te brengen en van verschillende kanten te belichten om hier lering uit te trekken. Op basis van relevante wetenschappelijke (vak)literatuur zijn de volgende thema's centraal gesteld:

- (Culturele) sensitiviteit
- Positionering van zorgverlener(s)
- Rol van vertrouwen in de zorgrelatie(s)
- Prioritering van aan overgewicht gerelateerde thematiek (omgevingsfactoren – individuele factoren)
- Samenwerking tussen het sociaal- en medisch domein en (culturele)
- Voedingsgewoonten

Deze thema's vormen de lens waarmee er gekeken is naar de KnGG aanpak en zijn verwerkt in de vragenlijst voor (zorg)professionals (BIJLAGE 1) en de deelnemende gezinnen (BIJLAGE 2) en in observatieleidraad (BIJLAGE 3) observaties van praktijksituaties.

Er zijn bij negen gezinnen uit de KnGG aanpak observaties gedaan naar de begeleiding van de centraal zorgverlener en aanwezige ketenpartners. De begeleiding van de centraal zorgverlener vond in zeven van de negen gezinnen plaats in de thuissituatie van het gezin. Ook zijn er aparte observaties gedaan van de begeleiding van de gezinnen door ketenpartners waaronder de diëtist en de jeugdarts. Daarbij zijn gesprekken tussen de centraal zorgverlener en andere (zorg)professionals op basis van de centrale thema's uit de theorie geobserveerd.

Participerend observeren

De onderzoeker heeft een onderwijsdag meegelopen met de NSPOH opleiding tot centraal zorgverlener. Tijdens deze dag is er door de onderzoeker zowel geobserveerd als meegedaan met de onderwijsdag.

Semi-gestructureerde diepte interviews

Aanvullend op de observaties zijn vijf semi-gestructureerde interviews afgenomen met de deelnemende gezinnen en zes semi-gestructureerde interviews met centraal zorgverleners en andere ketenpartners (fysiotherapeuten, diëtisten). Deze interviews richtten zich op de eerder beschreven thema's en de wijzen waarop (zorg)professionals kennis verwerven over de voedings- en gezinsgewoonten, hoe zij dit interpreteren en wat dit betekent voor hun verder aanpak en samenwerking.



Relevante wetenschappelijke (vak)literatuur en documenten

De literatuur werd geselecteerd door zoekstrategieën in de bekende sociale en medische databases (Pubmed, Cinah, PsylInfo) en de sneeuwbalmethode, waarbij referenties van relevante (vak)literatuur werden bekeken. De literatuur is gebruikt om een goed overzicht te krijgen van de relevante thema's.

Analyse

De getranscribeerde interviews, evenals de veldnotities, zijn thematisch geanalyseerd door middel van het programma AtlasTi. Citaten van de geïnterviewden zijn geanonimiseerd gebruikt als onderbouwing van de resultaten. Project gerelateerde informatie zoals rapportages, verslagen en infographics zijn als achtergrondinformatie meegenomen in de analyse.

Ethische gedragsregels en toetsing

In het onderzoek wordt de beroepscode van de Antropologen Beroepsvereniging (ABV) gevolgd (15). Onderdeel van deze leidraad is dat vermeden moet worden dat deelnemers aan het onderzoek schade kunnen oplopen als gevolg van het onderzoek. Concreet betekent dit dat het openbaar maken van onderzoeksresultaten niet mag leiden tot (verdere) discriminatie, marginalisering of stigmatisering van de gezinnen. Daarnaast hebben de onderzoekers zich ervan vergewist dat de deelnemers uit vrije wil deelnemen en goed geïnformeerd zijn over het onderzoek. De deelnemers hebben ingestemd met de deelname aan het onderzoek (*informed consent*) en de condities waaronder zij dit doen (pseudonimiteit). Daarnaast is het onderzoek getoetst op WMO-plichtigheid bij de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Erasmus MC.

Positionaliteit van de onderzoeker/ (machts)positie tijdens het veldwerk

In antropologische en sociologische (kwalitatieve) studies wordt er vanuit gegaan dat de positionaliteit van de onderzoeker (o.a. gender, persoonlijke achtergrond, ervaring met het onderwerp) van invloed is op zowel de dataverzameling als op de data analyse. Het is van belang om deze positionaliteit en de positie in het veld te beschrijven en daarmee de onderzoeksresultaten te contextualiseren.

De onderzoeker heeft ruime ervaring met het werken met 'kwetsbare inwoners'. Als gevolg hiervan heeft ze een vertrouwdheid met de thematiek rondom onder andere bestaanszekerheid waarmee deze doelgroep(en) te maken heeft. Deze kennis geeft mede vorm aan de reflectie op de observaties tijdens het veldwerk.

De KnGG aanpak is in theorie gericht op beide ouders en/of zorgdragers in het gezin. Echter, in de praktijk gaat het in de meeste gevallen om moeders, vrouwen. Ook de betrokken centraal zorgverleners in dit onderzoek en deelnemers aan de opleiding tot centraal zorgverlener waren zonder uitzondering allemaal vrouwen. Het feit dat de onderzoeker ook een vrouw en moeder is zorgt mogelijk voor een verbinding/herkenning waarbij informatie makkelijker gedeeld wordt. De onderzoeker is zich bewust van deze positie.

Tijdens de observaties van de begeleiding door de centraal zorgverlener of ketenpartner van de gezinnen, liep de onderzoeker altijd mee met de centraal zorgverlener. Bij huisbezoeken en bezoeken aan een ketenpartner sprak de onderzoeker af met de centraal zorgverlener om gelijktijdig binnen te komen bij de afspraak. Doordat de onderzoeker meeliep met de centraal zorgverlener werd door de onderzoeker gebruik gemaakt van een bestaande vertrouwensrelatie en/of het netwerk van de centraal zorgverlener. Door deze samenwerking kon de onderzoeker makkelijker toegang krijgen tot (kwetsbare) praktijk- en thuissituaties om te observeren. De onderzoeker is en was zich bewust van deze kwetsbaarheid tijdens het veldwerk en heeft een strikt observerende en luisterende houding aangenomen tijdens de (huis)bezoeken. De onderzoeker heeft daarbij dezelfde beleefdheidsnormen gehanteerd als die van de centraal zorgverlener tijdens de huisbezoeken: zoals schoenen uit, aannemen van iets simpels qua eten/drinken. Om de privacy van de deelnemende gezinnen zoveel mogelijk te beschermen zijn er bij de verwerking van de resultaten in dit onderzoeksverslag herkenbare details uit de observaties en interviews weggelaten, door elkaar gegoooid en/of veranderd.

De onderzoeker heeft bij de centraal zorgverlener aangegeven om bij té kwetsbare (gezins)situaties niet mee te gaan op huisbezoek. De onderzoeker is na elk eerste huisbezoek bij de centraal zorgverlener nagegaan of de werkzaamheden goed uitgevoerd konden worden in de aanwezigheid van de onderzoeker, het antwoord hierop was altijd bevestigend.

De onderzoeker heeft bij één praktijksituatie, een (medisch)bezoek van ouder en kind aan een ketenpartner, besloten om tijdelijk de praktijkruimte te verlaten vanwege een té grote gevoeligheid van de situatie.

Resultaten

In de resultaten wordt er eerst een beschrijving gegeven van de ervarings- en professionele kennis. De resultaten uit de observaties en interviews worden per thema beschreven, gevolgd door een (theoretische) duiding.

1. Aansluiting vinden bij multi-thematiek in de gezinnen

In dit onderzoek is gekeken of (voedings)gedrag en de bredere problematiek binnen het gezin benaderd wordt vanuit het oogpunt van de context: materiële/structurele beperkingen (zoals kosten, gebrek aan tijd, locatie), of als beperkingen die als individueel worden ervaren (bijvoorbeeld kennis, verlangen, culturele geschiktheid en vaardigheden). De vraag die centraal staat in dit hoofdstuk is:

Op welke wijze krijgen centraal zorgverleners kennis over voedings- en gezinsgewoonten en op welke wijze (individuele benadering – contextuele benadering) wordt vanuit deze kennis met het gezin samengewerkt om tot gezondere levensgewoonten te komen?

Observatie van een eerste huisbezoek; casus één

Om een indruk te geven van de thema's die uit een observatie tijdens een huisbezoek naar voren komen wordt de gezinssituatie in één van de gezinnen geschetst waar de onderzoeker meeliep met de centraal zorgverlener. Het betreft een eerste bezoek waarbij het jongste kind in het gezin is doorverwezen door de jeugdverpleegkundige van school.

Moeder opent de deur voor mij (onderzoeker GGD ZHZ) en de centraal zorgverlener. Aanwezig zijn: moeder, oma, dochter en een tolk. Deze tolk werkt vanuit een zorgstichting voor mensen met een migratieachtergrond en heeft het gezin 3 jaar begeleid. Moeder woont met zes kinderen in een vrij kleine (arbeiders)woning. De woonkamer is vol, de bank is bezaaid met opgevouwen was. De was wordt opzij geschoven zodat we kunnen zitten. Er zitten grote gaten in het laminaat waardoor de betonnen grond eronder zichtbaar is. De bank is gescheurd en het ruikt sterk naar afval in het huis. Ondanks dat de woonkamer vol is, is er geen speelgoed te zien. Er komt vrijwel geen licht binnen in de woning, het raam is volledig afgeschermd. Het is daardoor donker in de woning terwijl het een zonnige dag is. In de kleine gevulde kamer staat in het midden een sportapparaat.

De centraal zorgverlener gebruikt de praatplaat en de groeicurve om het gesprek te starten. In het gesprek met moeder en de tolk komt naar voren dat er sprake is van overgewicht bij moeder en een (groot) deel van de kinderen. Het jongste kind heeft een spraakachterstand en zit op speciaal onderwijs. De vader van het gezin is overleden. Hierna lukte het moeder niet om de huur te betalen en is er gedreigd met uitzetting van het gezin. Het gezin is onder financiële bewindvoering gekomen en krijgt wekelijks leefgeld. Moeder geeft aan dat het lastig rondkomen is. Moeder heeft in de jaren na het overlijden van haar man ook voor haar vader gezorgd die ziek was en recentelijk is overleden. Moeder beschrijft het als een zware periode waar ze nog veel last van heeft. Ze mist haar partner en geeft aan dat ze graag een goed mannelijk rolmodel wil voor haar zoons.

De kleren van moeder zijn gescheurd en ze heeft een aantal zwarte en ontbrekende tanden. De aanwezige dochter heeft opvallend veel rode acne in het gezicht. Deze dochter werkt bij een fastfoodketen als bezorger. Moeder werkt niet maar zou dit wel willen. Bij een aantal kinderen in het gezin is bloedarmoede geconstateerd en er is een vitamine d tekort bij een aantal van hen. De tolk geeft aan dat een van de dochters in het gezin een verstoorde houding ten opzichte van eten heeft. Ze zegt: '[naam kind] does not want to eat 'koek' anymore', het kind weigert inmiddels überhaupt te eten wordt er verteld. De tolk zegt:

'Ik denk wat ze nodig heeft, is informatie zodat ze niet groot en dik wordt zoals haar broertjes en zusjes'. De aandacht verschuift naar de aanwezige dochter. Het meisje staat in een kort broekje in de kamer. De moeder zegt (waar de dochter bij is) '[naam kind] eet teveel'. Het kind kijkt vertwijfeld naar het eigen lichaam. De centraal zorgverlener geeft aan dat het maken van 'een verstandige en gezonde keuze' op het gebied van eten moeilijk kan zijn maar wel heel belangrijk is'. 'Zeker als vrouw wanneer je lichaam aan het veranderen is', zegt ze. De tolk haakt hierop aan en zegt dat een diëtist mogelijk zou kunnen helpen.

De centraal zorgverlener vraagt aan moeder op welke manier ze geholpen wil worden? Moeder geeft aan dat ze een mannelijk voorbeeld wil voor haar zoons en dat het halen en brengen naar sportactiviteiten een probleem is. De buurt is niet veilig en buitenspelen is lastig vindt moeder. De centraal zorgverlener komt met de suggestie om een sportconsulent in te schakelen. Een mannelijk rolmodel, is mogelijkterwijs in verschillende sporten te vinden volgens de centraal zorgverlener. Er wordt voorgesteld om een sportconsulent in te zetten die samen met de kinderen zal kijken welke sport de kinderen leuk vinden. Het halen en brengen van de kinderen is lastiger te regelen. De centraal zorgverlener geeft aan dat er mogelijkterwijs vrijwilligers ingezet kunnen worden.



1.1 Kennis verzamelen: De centraal zorgverlener als onderzoeker

De gezinnen die zijn aangemeld bij de KnGG aanpak in de regio variëren in de thematiek en in de mate van ernst van de problematiek binnen het gezin. De centraal zorgverlener weet vaak voorafgaand aan het huisbezoek niet wat er *precies* speelt in het gezin. Er is niet altijd sprake van een 'warme overdracht' en de informatie in het kinddossier⁶ over het gezin is regelmatig afwezig of beperkt. De rol van de centraal zorgverleners is zodoende in de eerste (huis)bezoeken overwegend *onderzoekend* van aard; op zoek naar aanknopingspunten/mogelijkheden tot het maken van een gezamenlijke positieve verandering in het gezin. Verschillende centraal zorgverleners noemen deze mogelijkheden: het zoeken naar 'haakjes'.

In de gesprekken met de gezinsleden door de centraal zorgverlener (onder andere bij de afname van de GIZ of praatplaat)⁷ komen de thema's naar voren die op dat moment spelen in het gezin: 'de haakjes'. De observatie tijdens de huisbezoeken geeft daarbij extra informatie over de leefomgeving van het gezin en eventuele aanknopingspunten tot het verwijzen naar de juiste ketenpartner(s). Het is belangrijk om hierbij te benoemen dat praten over (over)gewicht of voeding niet altijd expliciet of uitgebreid aan de orde komt tijdens het eerste bezoek.

6 Portaal waar afspraken met en informatie over het kind wordt bijgehouden door zorgprofessional

7 GIZ staat voor 'gezamenlijk inschatten zorgbehoefte' en is een brede uitvraagtechniek om zicht te krijgen op wat speelt bij het kind en binnen het gezin. De praatplaat is hier een visuele variant van.

De observatie, het huisbezoek geeft de centraal zorgverlener veel (extra) informatie. Er zijn veel 'haakjes', thema's, die spelen waar de centraal zorgverlener mee verder zou kunnen, denk bijvoorbeeld aan: hulp rondom armoede, medische hulp, huishoudelijke ondersteuning, technische (huishoudelijke) ondersteuning, 'voedingsadvies' of psychologische hulp bij rouwverwerking. Er kan zodoende, theoretisch gezien, gekozen worden uit verschillende soorten ketenpartners zoals een diëtist, sportconsulent, online vrijwilligersplatform, psycholoog, logopedist, tandarts, jeugdarts enzovoort.

1.1.1 Kleine stapjes bij grote thema's

De rol van de centraal zorgverlener is, om in de begeleiding van het gezin en in de coördinerende rol, aansluiting te vinden bij de wensen en behoeften van het gezin. In casus één speelt de centraal zorgverlener in op wat er door de moeder aangegeven wordt, namelijk: de wens tot een mannelijk rolmodel voor haar zoons. Dit is een grote vraag en wens die, zonder dat dit uitleg behoeft, lastig is om te vervullen. Het is niet ongebruikelijk binnen de KnGG aanpak dat er soortgelijk grote vraagstukken neergelegd worden bij de centraal zorgverlener. In een ander gezin vertelde een centraal zorgverlener bijvoorbeeld dat één van de kinderen aan haar gevraagd had of ze de familieleden kon helpen die in het oorlogsgebied waren achtergebleven waar het gezin jaren geleden uit gevlucht was. Met name door de centraal zorgverleners met de meeste jaren ervaring wordt het belang van het maken van 'kleine stapjes' benadrukt. Het maken van kleine stapjes, in nauwe afstemming met de gezinnen, is belangrijk om de verwachting te managen bij de gezinnen.

Juist omdat de (sociaaleconomische) uitdagingen van gezinnen soms erg groot zijn, is er tegelijkertijd kans dat gezinnen afhaken bij het voorstellen van te grote stappen', dit kan namelijk als 'overweldigend' worden ervaren. In een interview met een moeder, ná de eerste afspraak met de centraal zorgverlener, gaf zij dit aan als één van de redenen om niet verder te willen met de KnGG aanpak. De moeder vertelde dat ze de uitleg van de KnGG aanpak door de centraal zorgverlener te 'overweldigend' vond op het gebied van advies en coaching. De centraal zorgverlener had tijdens het eerste bezoek, in haar enthousiasme, veel verteld over de mogelijkheden binnen de KnGG aanpak en stelde ook, mogelijk te snel, voor om gezamenlijk in gesprek te gaan met de vader van het kind over gezondere voeding. Achteraf een té grote stap zonder dat er eerst geïnvesteerd was in de vertrouwensrelatie tussen moeder en de centraal zorgverlener. In hoofdstuk twee zal er dieper ingegaan worden op het belang van deze vertrouwensrelatie.

De KnGG aanpak wordt door sommige centraal zorgverleners eveneens omschreven als, bij tijd en wijle: 'overweldigend' of 'ontmoedigend'. De centraal zorgverleners, die het werk met vertrouwen in een positieve verandering doen, benadrukken het belang van het maken van *kleine positieve stapjes* om gemotiveerd te blijven. Er wordt ook benoemd dat dit een manier is om zichzelf te beschermen. Als er te hoge verwachtingen zijn dan bestaat de kans dat er desillusie intreedt; door de uiteenlopende problematiek die er in de gezinnen kan spelen, is er zelden sprake van snelle en structurele positieve verandering. Het is eerder een kwestie van het hebben van een lange adem. Oog voor de context en écht luisteren is dan belangrijker dan goed bedoelde adviezen.

Vervolg eerste huisbezoek

Een aantal weken na het eerste huisbezoek, interviewde de onderzoeker de centraal zorgverlener en vroeg welke stappen er gemaakt waren in de begeleiding van het gezin uit de eerste casus.

De centraal zorgverlener vertelt dat ze in de tussentijd vijf keer bij het gezin langs is geweest. Het ophalen en brengen van de kinderen bleek lastig te regelen. De centraal zorgverlener zag noodzaak in het bieden van praktisch hulp aan het gezin en na overleg met een andere centraal zorgverlener werd er een online platform van vrijwilligers ingezet om technische huishoudelijke hulp te bieden (o.a. vervangen van de belichting in het huis). Ook is de sportconsulent aangesloten bij het gezin. Het gezin is daarnaast doorverwezen naar een diëtist. Er is door de centraal zorgverlener in eerste instantie lang gezocht naar een diëtist die dezelfde taal sprak als de moeder in het gezin maar die bleek er niet te zijn in de regio. Bij de terugkoppeling van dit feit gaf moeder aan dat taal niet de grootste barrière vormde maar dat een kleine afstand tot de diëtistenpraktijk voor haar veel belangrijker was. Haar dochter kon ze als tolk inzetten. Er is vervolgens gekozen voor een diëtist op loopafstand. De centraal zorgverlener geeft aan dat het enorm belangrijk is om af te stemmen met het gezin omdat ze er gaandeweg achter kwam dat niet de taal een barrière vormde maar de afstand.

Het vervolg op het eerste huisbezoek laat zien dat het belangrijk is dat er intensief wordt afgestemd maar ook teruggekoppeld wordt aan het gezin om de aansluiting van hulpverlening te optimaliseren. De centraal zorgverlener ging er in eerste instantie vanuit dat de taalbarrière het belangrijkste aspect was bij het vinden van een geschikte ketenpartner. Terwijl de afstand tot een ketenpartner, zoals de diëtist, voor het gezin juist doorslaggevend was.

De (specifieke) wensen van het gezin meenemen in de beslissing welke ketenpartner er het beste betrokken kan worden is een belangrijk onderdeel van de KnGG aanpak: dit vraagt om tijd en de specifieke kwaliteit van de centraal zorgverlener om zich als een nieuwsgierige onderzoeker op te stellen, zo min mogelijk in te vullen en zich bewust te zijn van de eigen subjectiviteit.

1.2 Aansluiting: Individuele benadering versus contextuele benadering

In casus één probeert de centraal zorgverlener aansluiting te vinden bij de wens van de moeder, een mannelijk rolmodel voor haar zoons, door de inzet van een sportconsulent voor te stellen. De meer praktische vraag: het halen en brengen van de kinderen, de structurele/ materiële beperking, blijkt lastiger te regelen. Ook wordt het maken van een gezonde en verstandige keuze, individueel gedrag, van de aanwezige dochter ter plekke besproken. In het vervolgbezoek is er een diëtist ingeschakeld die voedingsadvies geeft en is er eenmalige praktische hulp ingeschakeld voor het huishouden. De oplossingen die door de centraal zorgverlener in deze casus worden voorgedragen zijn zodoende zowel gericht op individuele beperkingen als op contextuele (materiële) beperkingen. Ook in andere observaties en interviews komt er naar voren dat er veel zogenaamde 'bijvangst' is in de specifieke aanpak door de centraal zorgverlener; er worden regelmatig kleine praktische problemen gesignaleerd waarbij de centraal zorgverlener zelf het gezin ondersteunt of het gezin probeert door te verwijzen naar een geschikte ketenpartner. Het regelen van zwemles is een veelvoorkomend voorbeeld hiervan, maar ook hulp bij het lezen van brieven, een centraal zorgverlener zegt hier het volgende over:

Ik help ze bijvoorbeeld met brieven die ze niet begrijpen, er is dan ook veel angst voor het openmaken van deze brieven, maar ook met het regelen van zwemles via stichting leergeld.

Naar aanleiding van het huisbezoek en de gesprekken met de gezinsleden geven centraal zorgverleners een suggestie voor een bepaalde ketenpartner en specifieke begeleiding van het gezin. Deze keuze houdt onder andere verband met de visie van de centraal zorgverlener op de oorzaak van het overgewicht van het kind; het verband tussen overgewicht en de oorzaken van overgewicht dat de centraal zorgverlener bewust (of onbewust) legt. In deze casus kun je als lezer zien hoeveel 'haakjes' er zijn voor het maken van een (oorzakelijk) verband; wat veroorzaakt het overgewicht en welke problematiek heeft er prioriteit? Is het de slechte behuizing en weinig plek om veilig buiten te kunnen spelen? Het tekort aan financiële middelen en tijd om gezond voedsel te bereiden? Tekort aan slaap dat het metabolisme negatief beïnvloedt? Een gebrekkig gebit dat de keuze voor voedsel bepaald? Tandartskosten die niet betaald kunnen worden en niet verzekerd zijn? Andere medische problemen die bijdragen aan de problematiek? Speelt de bijbaan van de dochter een rol? De casus kan dus worden gezien vanuit het oogpunt van materiële/structurele beperkingen of als beperkingen die als individueel worden ervaren.

1.2.1 Oog voor context en structurele beperkingen

Als er weinig oog is voor de structurele beperkingen, de complexe situaties waar gezinnen zich in kunnen bevinden, dan kan er minder makkelijk worden aangesloten bij de daadwerkelijke (soms erg praktische) behoeften van de gezinnen. Een *brede contextuele blik* is daarom belangrijk binnen de aanpak. Onderstaand citaat van een centraal zorgverlener vat dit goed samen:

Het is heel erg bepalend daar waar je wieg staat. Kijk naar wat mensen op hun bordje krijgen aan (financiële) stress, verlies en ziekte. Dat is wat er ook op het bord ligt, samen met die wél of niet bruine boterham.

In dit citaat wordt een *geïsoleerde blik* op voeding en overgewicht van de hand gewezen; er is oog voor de context waarin de borden gevuld worden. Een belangrijk onderdeel van de opleiding tot centraal zorgverlener is op een integrale manier leren kijken naar overgewicht; de zorgverleners worden opgeleid om overgewicht in het gezin vanuit verschillende invalshoeken te bekijken. *Zelfreflectie* en kritisch kijken naar de eigen mogelijke vooroordelen over de oorzaak van overgewicht worden ingezet om onbevooroordeeld naar een gezinssituatie te kunnen kijken. Dat dit nodig is beschrijft een centraal zorgverlener. Ze vertelt dat de opleiding en het werken met kinderen met overgewicht haar visie heeft doen bijstellen:

Onderzoeker: *Je beschrijft dat je nu een nieuwsgierige houding hebt. Maar ik ben ook wel benieuwd naar waar die oordelen die je eerder had uit bestonden? Kun je dat beschrijven?*

Centraal zorgverlener: *Ja, toch wel kort door de bocht van ja, dat heb je zelf in de hand zeg maar.*

Dat—*Ja, dat kun je, gewoon als je dat wil kun je dat gewoon makkelijk veranderen of kun je daar makkelijk—Of nou ja, makkelijk, maar kun je daarmee aan de slag. En soort van eigen schuld zeg maar.*

Uiteraard is er ook verschil in de specifieke visie op overgewicht tussen de centraal zorgverleners omdat dit deels persoonlijk is. Echter, in algemeenheid was er zowel in de observaties als in de gesprekken met de centraal zorgverleners sprake van oog voor de contextuele factoren die bijdragen aan overgewicht.

1.2.2. Armoede & leefomgeving

Ondanks dat veel van de centraal zorgverleners de brede blik op overgewicht onderstrepen en de materiële of structurele beperkingen in de gezinnen zien, wordt er ook vaak geworsteld met welk perspectief er gehanteerd moet worden. Met andere woorden: wordt verandering ingezet om iets te doen aan de structurele beperkingen (zoals slechte toegang tot gezond voedsel) of wordt de nadruk gelegd op individuele beperkingen (zoals het maken van een ongezonde keuze)? Met betrekking tot het thema armoede en leefomgeving (onder andere toegang tot gezond voedsel en veilige leefomgeving) kwam dit regelmatig naar voren.

Sommige centraal zorgverleners gaven aan armoede in de gezinnen een moeilijk onderwerp te vinden. Er werd openlijk getwijfeld over de manier waarop armoede en het individuele gedrag binnen deze thematiek nu precies geïnterpreteerd moest worden. Hieronder een fragment van een interview met een centraal zorgverlener over de 'toegang tot gezond voedsel':

Onderzoeker: *Je benoemt dat [het gezin] toegang heeft tot gezond eten. Is dat zo?*

Centraal zorgverlener: *Ja, in mijn beleving wel want een zak aardappels en een krop andijvie en een stukje kip, ja dat gaat wel qua prijs. Op het moment dat je dat wil en je hebt daar kennis van en je weet waar je het kunt halen, dan is dat gewoon mogelijk. Want een bloemkool is € 1,69. En een zakje aardappelen dat heb je ook voor € 2,39.*

Onderzoeker: *Want loop je bij de begeleiding van de gezinnen aan tegen problemen met betrekking tot minima? Dat mensen te weinig geld hebben.*

Centraal zorgverlener: *Nou, dat vind ik heel lastig om dat te beoordelen. Ik denk wel dat het er is, alleen op het moment dat ik op huisbezoek kom en er liggen wel vier pakken met roze koeken of donuts dan denk ik ja, dat is ook niet gratis toch?*

Een andere centraal zorgverlener plaatst eveneens veel nadruk op het individuele handelen en (gebrek aan) kennis van de gezinsleden binnen de context van (mogelijke) armoede. Ze vertelt er het volgende over:

Centraal zorgverlener: *Een zak friet uit de vriezer, dat vinden zij dan goedkoper dan bijvoorbeeld aardappeltjes kopen. Het is het vermogen om te weten hoe duur iets is. Maar ook dat ze uit moeten komen met de kosten en dan vaak voor een slechte keuze gaan.*

Onderzoeker: *Je beschrijft dus dat armoede een rol speelt, maar dat ze tegelijkertijd voedsel kopen dat duurder is.*

Centraal zorgverlener: *Ja, vaak denken ze dan dat chips of friet uit de vriezer goedkoper is dan gezonde voeding. En dat is ook vaak zo. Gezonde voeding kan ook heel duur zijn.*

Ondanks dat de centraal zorgverleners een overwegend brede blik hebben, lijkt er soms toch een blinde vlek te zijn voor de gedepriveerde financiële situatie van de gezinnen. Het onderwerp armoede wordt dan benaderd vanuit het *individuele perspectief* van *keuzevrijheid* en het maken van een 'gezonde keuze' of 'verstandige keuze'. De invloed van stress vanwege (dagelijkse) financiële zorgen wordt bijvoorbeeld niet altijd meegenomen in de manier waarop de 'ongezonde keuze' gepercipieerd en uitgevraagd wordt.



Ook de leefomgeving is gekoppeld aan armoede en heeft invloed op de mogelijkheden van gezinnen om op een veilige en gezonde manier te kunnen bewegen in de wijk. Met name in armere wijken waar meer mensen met een lage sociaaleconomische positie wonen zijn deze mogelijkheden vaker beperkt. Tijdens huisbezoeken wordt er door de centraal zorgverlener in de praktijk wél gevraagd naar het individuele gedrag van het kind, bijvoorbeeld of het kind graag (buiten) speelt. Vragen die te maken hebben met de leefomgeving zoals: *kunnen* kinderen veilig buitenspelen in deze buurt? Of: Is er gezond en betaalbaar voedselaanbod in de omgeving, worden minder snel of niet gesteld.

1.3 Reflectie & theoretische koppeling

In de gezinnen binnen de KnGG aanpak speelt er vrijwel altijd meer dan enkel het overgewicht van het kind. Het overgewicht van kinderen, op jonge leeftijd, is vaak een *uitkomst* van de bredere problematiek binnen het gezin en/of de samenleving. Er kan dan ook met name impact gemaakt worden door de focus te leggen op de onderliggende en interacterende factoren van het gezondheids- en leefsysteem van het gezin. Zo is bijvoorbeeld de keuze wat er wordt gekocht en gegeten niet enkel een individuele keuze. Onderzoek toont aan dat de keuzes die worden gemaakt (mede) bepaald worden door het aanbod in de omgeving (11), de kosten van de voeding (12) en de sociaal-culturele gebruiken en gewoonten (13).

De wijze waarop (voedings)gedrag benaderd wordt: vanuit het oogpunt van materiële/structurele beperkingen (zoals kosten, gebrek aan tijd, locatie) of als beperkingen die als individueel worden ervaren (bijvoorbeeld kennis, verlangen, culturele geschiktheid en vaardigheden) heeft invloed op het zorgtraject. De KnGG aanpak is niet gericht op *structurele* (materiële) beperkingen en de centraal zorgverlener is hierdoor beperkt in de handelingsmogelijkheden.

Als er sprake is van een ongezonde leefomgeving en structurele beperkingen dan is het maken van een “gezonde keuze” niet altijd makkelijk of mogelijk. Teveel de nadruk leggen op het maken van een individuele keuze of het geven van voedingsadviezen is dan ontoereikend. Sterker nog, dit kan zelfs averechts werken en schadelijk zijn voor kinderen/gezinsleden wanneer de mogelijkheden tot het maken van deze ‘gezonde keuze’ sterk beperkt zijn door de omgeving. In de begeleiding moet het dan vooral gaan om het maken van kleine positieve (praktische) stapjes vooruit. In de overwegend sensitieve werkwijze van centraal zorgverleners staat het maken van deze kleine stapjes centraal.

Zo beschrijft 'S Jongers, onderzoeker op het gebied van bestaansonzekerheid, dat zowel mensen met geld als mensen die in armoede leven dezelfde irrationele of ongezonde keuzes maken (16). 'S Jongers beschrijft als voorbeeld dat we het 'allemaal wel kennen' dat je na een stressvolle, verdrietige of hectische dag neerploft op de bank, het bezoekje aan de sportschool uitstelt en een zak chips of een reep chocolade eet. Dit is niet de gezondste keuze, vertelt hij, maar wel een begrijpelijke keuze. Stress doet ons verlangen naar comfort en troost. Als er elke dag stress is door een opeenstapeling van (financiële) problemen dan is de kans dus ook groot dat je vaker ongezond gedrag vertoont. Een beter begrip van de indirecte effecten van armoede is dus onmisbaar om tot aansluitende oplossingen te komen.

Zoals casus één illustreert is overgewicht onderdeel van bredere problematiek. De centraal zorgverlener heeft in de KnGG aanpak veel vrijheid om te bepalen welk thema, welk ‘haakje’ opgepakt wordt en/of prioriteit heeft. Dit heeft deels te maken met het ontbreken van een gedetailleerd protocol of specifieke richtlijn in de KnGG aanpak als ook met het feit dat centraal zorgverleners de coördinatie van het gezin grotendeels alléén uitvoeren. Dit maakt een goede afstemming met de gezinsleden en de rol van de centraal zorgverlener als sensitieve onderzoeker extra belangrijk. Het belang van vertrouwen en sensitief werken wordt in hoofdstuk twee verder beschreven.



2. (Culturele) sensitiviteit en reflexiviteit

In dit hoofdstuk is gekeken naar de aansluiting bij de (culturele) voedingsgewoonten en behoeften in de gezinnen. De vraag die centraal staat in dit hoofdstuk is:

Op welke wijze wordt er inhoud gegeven aan (culturele) sensitiviteit binnen de KnGG aanpak en hoe sluit dit aan bij de voedings- en gezinsgewoonten?

Observatie (medische) ketenpartner en centraal zorgverlener: casus twee

In onderstaande observatie wordt een bezoek van een gezin aan een medische ketenpartner geschetst. Hiermee wordt een indruk gegeven van de wijze waarop de thematiek besproken wordt en de rol die de centraal zorgverlener kan spelen in de dynamiek.

De centraal zorgverlener en ik sluiten aan bij een medisch consult van een gezin uit de KnGG aanpak bij een arts. Het gezin dat vandaag langskomt is bekend met de KnGG aanpak en de centraal zorgverlener is vaker op huisbezoek geweest. Het gezin woont een aantal jaar in Nederland en is ooit gevlucht uit een oorlogsgebied. Vader en zoon komen binnen, moeder is thuis gebleven om op de jongere kinderen te passen. Bij binnenkomst vraagt de arts aan de jongen om op de weegschaal te gaan staan. De jongen doet dit met zichtbare tegenzin. De arts zit achter zijn bureau en heeft een groot computerscherm openstaan. Er was een traktatie in de organisatie en er staat een stuk taart, net uit het zicht, onder het bureau van de arts. De cijfers van het gewicht van de jongen worden ingevoerd en er verschijnt een groeicurve. De arts richt zich tot de jongen en zegt: Je weet dat je hier bent voor je gewicht en je lengte, je lengte is goed maar je gewicht is niet goed. De arts vraagt aan de jongen: wat vind je van je gewicht? De jongen zegt: ik vind er niks van. De arts vervolgt en vraagt wat kun je me vertellen over je levensstijl? Welke maaltijden eet jij op een dag, wat ontbijt je bijvoorbeeld? Het kind zegt: Ik ontbijt niet. De arts zegt: je moet wel ontbijten hoor, ontbijten is goed voor je. Het kind vertelt dat ze om 15:00 uur, uit school, warm eten. De arts keurt dit af en zegt het niet te begrijpen, hij vraagt: waarom eten jullie warm in de middag? De centraal zorgverlener geeft uitleg en vertelt: dit is hun ritme, in de middag eten ze warm en in de avond nog een kleinigheidje. De centraal zorgverlener vertelt dat het gezin gewend is aan dit ritme in verband met hun culturele achtergrond maar ook vanwege het dagelijkse ritme van de moeder (de jongere kinderen in het gezin en andere werkzaamheden).

De arts vervolgt en zegt tegen de jongen en de vader: er is input en output, als de input te hoog is dan is dit niet goed. Een kind heeft 1800 calorieën nodig en jij eet meer. De jongen zegt verontwaardigd: ik eet niet 2000 calorieën. De arts doet nu een quiz met de jongen over hoeveel calorieën er in verschillende voedselwaren zit. Hij vraagt: hoeveel zit er in een aardappel? De jongen zegt: ik eet geen aardappel. Er wordt gelachen. Hierna zegt de arts: het is belangrijk dat jij bewust eet. De arts begint tips te geven en zegt: gebruik een klein bordje om te eten en zet de televisie uit. De jongen zegt: wij kijken geen televisie en de borden zijn al klein. De arts vervolgt en zegt: jij bent rechtshandig he, probeer eens met links te eten in plaats van rechts dat zorgt voor bewustwording. De jongen reageert geschokt en zegt: als ik mijn soep met links eet dan mors ik toch alles op mijn moeders tapijt. Er wordt weer gelachen. En de arts zegt dit is een slimme jongen.

2.1. (Culturele) sensitiviteit en voedingsgewoonten

Een belangrijk onderdeel van het vinden van aansluiting bij de gezinnen is het hebben van inzicht in de (culturele) voedings- en gezinsgewoonten. Dit *cultuursensitief* werken is niet 1-op-1 gekoppeld aan 'mensen met een migratieachtergrond'. De term is toepasbaar op iedereen. Ieder gezin draagt een eigen culturele identiteit met zich mee.

In deze casus zien we dat de arts, de ketenpartner, verbaasd reageert op het eten van warm voedsel in de middag. De centraal zorgverlener verschaft context tijdens het consult door uit te leggen dat het gezin tussen de middag warm eet en in de avond slechts een kleinigheidje nuttigt.

In de gesprekken met verschillende gezinsleden komt naar voren dat advies dat aansluit bij de specifieke voedingsgewoonten van het gezin als belangrijk wordt ervaren. Zo wordt er regelmatig gesproken over eerdere negatieve ervaringen met diëtisten. Er wordt opvallend vaak benoemd dat adviezen niet aansluiten bij de (culturele)gezinsgewoonten. Bijvoorbeeld de keuken waaruit men gewend is om te koken of de verandering die door de diëtist wordt voorgesteld wordt als té groot ervaren. Een moeder uit de KnGG aanpak vertelt het volgende over haar ervaring met een diëtist:

Het ging alleen maar om [...], dit is jouw lijst en hier hoor je je aan te houden.

Er wordt niet gekeken misschien houdt ze helemaal niet van brood met zaadjes bij wijze van spreken.

Het is zo standaard. Geen uitwijking mogelijk.

Ik krijg in één keer te horen dit eten, dat eten, dat niet eten en dat niet eten.

[...]Ik ben niet gewend die dingen te koken.

Naast een verschil dat er kan zijn tussen gezinnen met betrekking tot het dieet, wat men wel of niet gewend is om te eten, zijn er ook grote verschillen in het ritme: wanneer er gegeten wordt en waar. De adviezen die er gegeven worden door ketenpartners sluiten niet altijd aan bij de specifieke gezinsgewoonten. Daarbij hebben de adviezen soms een normatief (cultureel) karakter. Zoals bijvoorbeeld ideeën over wannéér de belangrijkste maaltijd van de dag gegeten zou moeten worden.

De voedingsadviezen die er door sommige ketenpartners gegeven worden, wijken niet enkel af bij gezinnen met een migratieachtergrond. Tijdens een observatie van een gezin (zonder migratieachtergrond) en de centraal zorgverlener bij een bezoek aan een diëtist, kwam eveneens naar voren dat het advies niet goed aansluit bij de voedingsgewoonten van het gezin:

Bezoek aan een ketenpartner: diëtist

De centraal zorgverlener, oma, moeder en kind van peuterleeftijd en ik (onderzoeker) zijn aanwezig bij een bezoek aan de diëtist. Bij binnenkomst wordt het kind gewogen. De diëtist meet eveneens de lengte van het kind. De diëtist zegt: 'Vergeet niet dat het kind ook gewoon groeit, soms wordt er alleen maar gedacht dat ze dikker wordt'.

De zorgdragers van het bewuste gezin (opa, oma, moeder) werken allen in de entertainmentindustrie. Moeder vertelt dat ze vaak ('s avonds) op pad zijn en beperkte tijd hebben om voedsel te bereiden. Daarnaast wordt de wens van moeder en oma uitgesproken om vegetarisch te eten. Beide vrouwen zijn verantwoordelijk voor de bereiding van het eten. De diëtist blijft benadrukken dat het eten van vlees belangrijk is. Er worden uitsluitend tips voor ingewikkelde recepten mét vlees gegeven. Na inmenging van de centraal zorgverlener, die stelt dat je 'ook gezond kan eten zonder vlees', geeft de diëtist een tip voor een vleesvervanger: Tahu. Het gezin is hier niet mee bekend en Google wordt erbij gehaald om te kijken hoe tahu eruitziet. De centraal zorgverlener zegt dat het maken van tahu misschien op dit moment te ingewikkeld is, het gezin heeft wellicht behoefte aan hulp bij het plannen van makkelijke maaltijden in verband met hun drukke

werkschema. De tijd is op en er wordt een vervolgbezoek ingepland. Aan het einde van het korte bezoek vertrouwt de centraal zorgverlener mij toe: 'Hier heb je dus precies niets aan'.⁸

De centraal zorgverlener in dit voorbeeld had niet de indruk dat de voedingsadviezen aansloten bij de voedings- en gezinsgewoonten en dus waarschijnlijk niet opgevolgd zouden worden door het gezin. In het contact met ketenpartners heeft de centraal zorgverlener de mogelijkheid om (extra) uitleg te geven over de specifieke voedings- en gezinsgewoonten. In casus twee zien we dat de centraal zorgverlener dit doet door uitleg te geven over het ritme van het gezin en bij het bezoek aan de diëtist door de voedingskeuze van het gezin (vegetarisch) centraal te stellen. Doordat de centraal zorgverlener een duurzame relatie heeft met het gezin en bij de gezinnen thuiskomt, is er ook meer kennis over de voedings- en gezinsgewoonten. Deze kennis kan ingezet worden om een brug te slaan tussen het medisch en sociaal domein. Verder kan de centraal zorgverlener de sensitiviteit en kwaliteit van de ketenpartner inschatten wanneer ze meegaat met het gezin aan een bezoek van de ketenpartner. Ook deze informatie is van waarde voor het optimaliseren van de coördinatie van het gezin.

Centraal zorgverleners

In de observaties komt naar voren dat de manier waarop centraal zorgverleners inhoud geven aan (culturele) sensitiviteit binnen de gezinnen zeer divers is. In de gesprekken beschrijven de meeste centraal zorgverleners zowel persoonlijke *nieuwsgierigheid* als ook een bepaalde mate van *handelingsverlegenheid* over de verschillende culturele achtergronden van de deelnemende gezinnen met een migratieachtergrond (naar schatting 60% van de gezinnen). Een centraal zorgverlener zegt hier het volgende over:

Nou, ik vind eigenlijk die andere culturele achtergronden ook wel vaak heel leuk. En het aansluiten op een andere cultuur, ja dat zie ik wel als een uitdaging. Dat vind ik ook leuk om te doen. Je groeit er ook in, want twee jaar geleden had ik bepaalde dingen echt niet durven vragen wat ik nu dan al wel durf. Bijvoorbeeld over culturele dingen.

Centraal zorgverleners die langere tijd met de KnGG aanpak werken, en dus al geruime tijd thuiskomen bij de gezinnen, beschrijven soms dat ze het in het begin 'spannend' vonden om expliciet te vragen naar 'andere' culturele gebruiken en gewoonten. Ze beschrijven dat het in de loop van de tijd makkelijker wordt om hier een meer nieuwsgierige blik te hebben en 'gewoon te vragen'.

⁸ Onder andere naar aanleiding van dit bezoek hebben de centraal zorgverleners in de regio besloten om met een andere ketenpartner (diëtist) te gaan werken.

*Ik probeer aansluiting te vinden door respect te tonen voor de ander en door het te benoemen, dat deed ik denk ik voorheen minder.
Ik benoem dat ik ze eigenlijk zelf ook nodig heb. Ik weet natuurlijk niet wat gezond is in de Turkse keuken of in de Marokkaanse keuken. En dat ik het eigenlijk wel heel leuk vind om daar dingen over te leren.*

Ondanks dat er vaak met enthousiasme gesproken wordt over culturele diversiteit met betrekking tot de voedsel en gezinsgewoonten, wordt migratieachtergrond tegelijkertijd ook regelmatig geproblematiseerd. Er wordt soms gesproken over een veronderstelde overdaad aan voeding en/of beperkte restrictie op inname van voeding door 'cultuur'; er wordt benadrukt dat er zoeter en ongezonder gegeten wordt vanuit culturele of religieuze overtuigingen en gebruiken. Dit is een terugkerend thema in de gesprekken over culturele diversiteit.

Ik heb op een basisschool [...] contact gehad met een moeder en die zei van ja, als mijn zoontje naar opa en oma gaat en hij gaat mee naar de moskee, dan krijgen zij daarna altijd een zakje chips en misschien ook nog wel een reep. Want ja, dat ligt daar allemaal. En opa die gaat niet zeggen nee, dat gaan we niet doen.

Ook al wordt het belang van culturele sensitiviteit onderschreven, zijn er soms toch stereotype beelden over doelgroepen die een breder begrip van inclusiviteit in de weg kunnen zitten. Culturele gebruiken worden regelmatig beschreven als homogeen. Enerzijds wordt de positieve kant beschreven om vervolgens de keerzijde te benadrukken. In onderstaand citaat wordt er eerst benoemd dat er veel gastvrijheid is maar ook dat diezelfde gastvrijheid zorgt voor 'ongezond gedrag'.

Uit de Turkse en Marokkaanse cultuur zijn ze natuurlijk allemaal heel gastvrij en is er altijd eten op tafel en kan je altijd mee komen eten. Dat is natuurlijk een superJa, is fantastisch natuurlijk zo'n cultuur. Maar het heeft ook zijn keerzijde.

Een centraal zorgverlener die zelf bekend is met de Marokkaanse keuken nuanceert dit. Door aan te geven dat een bepaalde keuken of gebruik nu eenmaal zo gezond is als je het zelf maakt. Ze zegt:

De Marokkaanse keuken is heel gezond, heel veel groenten, maar als jij een halve liter olie erin gooit, ook al is olijfolie gezond, is het nog steeds heel vet.

In de interviews met de centraal zorgverleners wordt met name gesproken over gezinnen met een migratieachtergrond waarbij de voedselgewoontes 'anders' zijn. Diversiteit binnen de Nederlandse culturele voedselgewoonten worden in deze context niet of nauwelijks benoemd.

Reflectie & theoretische koppeling

Één van de speerpunten in de KnGG aanpak is het belang van zelfreflectie. In het 'landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas' wordt gesteld dat het belangrijk is dat de centraal zorgverlener in staat is tot zelfreflectie (4). Ook in de conclusie van het adviesrapport voor 'zorgprofessionals die met kinderen praten' wordt het belang van zelfreflectie door de zorgprofessional onderstreept: 'Reflecteren vraagt om het kritisch bevragen van eigen normatieve opvattingen over gewicht en (cultureel) gerelateerde leefstijl en hoe die opvattingen van invloed (kunnen) zijn in gesprekken met kinderen'(17).

Cultuursensitief werken als onderdeel van persoonsgericht werken creëert ruimte voor een echte ontmoeting tussen de (zorg)professional en de leefwereld van de gezinnen. Dit is een voorwaarde voor goede, passende en toegankelijke zorg' (18, 29). Het is belangrijk om rekening te houden met het gegeven dat kennis en ideeën over gezondheid en voeding ten delen cultureel bepaald zijn. Het Nederlandse zorgsysteem heeft bijvoorbeeld een overwegend individualistische cultuur en specifieke verklaringsmodellen die daarmee samenhangen als uitgangspunt. Wanneer het gaat om culturele sensitiviteit, wordt "de andere cultuur" vaak gedefinieerd op basis van veronderstelde kenmerken. Regelmatig zien zorgverleners/overheidsinstanties zichzelf als de norm en vanuit dit referentiekader bepalen zij in hoeverre een kwetsbare doelgroep hetzelfde of anders is (19).

Naast rekening houden met mogelijke culturele groepskenmerken is het ook goed om met een open en nieuwsgierige blik te kijken naar de voedingsgewoonten van het specifieke gezin. Doordat de centraal zorgverlener bij de gezinnen thuiskomt en er veel contactmomenten zijn kan er sprake zijn van een verdiepend inzicht in deze voedings- en gezinsgewoonten. In het contact met (medisch) ketenpartners is het belangrijk dat dit gewaardeerd wordt als van toegevoegde waarde bij de begeleiding van de gezinnen.



3. Sociale benadering van gezondheid

De rol van vertrouwen in de relatie tussen de zorgverlener en een (kwetsbare)doelgroep is belangrijk (20-24). Met name wanneer er sprake is van gevoelige thematiek zoals overgewicht en hieraan gerelateerde (multi)problematiek. In dit onderzoek is gekeken naar de rol die vertrouwen speelt in de relatie tussen de (zorg)professional en de gezinnen binnen de KnGG aanpak. De vraag die centraal staat in dit hoofdstuk is:

Welke rol speelt vertrouwen en sensitiviteit in de relatie tussen de (zorg)professionals en de gezinnen binnen de KnGG aanpak en op welke wijze wordt hier inhoud aan gegeven?

Observatie huisbezoek: casus drie

In onderstaande observatie wordt een huisbezoek geschetst van een centraal zorgverlener aan een gezin in de KnGG aanpak dat al een aantal maanden begeleid wordt.

De centraal zorgverlener is vaker langs geweest bij dit gezin. Bij binnenkomst wordt er een knuffel aan het meisje van middelbare schoolleeftijd gegeven door de centraal zorgverlener. Moeder is bezig met frituren voor haar cateringbedrijf dat ze vanuit huis runt. Ze verontschuldigt zich meerdere malen. We zitten aan tafel en de bakken met eten worden door moeder gevuld.

De centraal zorgverlener vraagt aan het meisje waar zij blij van wordt. Het meisje laat een foto zien; een 'before' and 'after' foto van zichzelf. Het gezicht van het meisje gaat stralen als ze het over de 'after' foto heeft. Op de 'after' foto is het meisje afgevallen, de foto is enige tijd geleden gemaakt. De centraal zorgverlener benadrukt dat het allerbelangrijkste is dat het meisje lekker in haar vel zit. De moeder knikt instemmend.

Het meisje vertelt dat ze is begonnen met een nieuwe school, de middelbare school. Ze benoemt dat er op de middelbare school 'gelukkig niet gediscrimineerd' wordt. Het meisje vertelt vervolgens dat ze 'zichzelf is tegengekomen' de afgelopen week en barst in huilen uit. Er was ruzie de dag ervoor met een (nieuw) vriendinnetje. Onderliggende thematiek was de angst om 'weer net zo gepest te worden als op de basisschool'. De centraal zorgverlener pakt de handen vast van het meisje, ze luistert en troost haar. Het meisje laat haar tranen toe. De centraal zorgverlener vertelt dat ze zo trots is op het meisje, trots dat ze zo goed over haar emoties weet te praten en dat menig volwassen man dit niet zo goed zou kunnen als het meisje. Ze zegt: 'het is een talent hoe jij over je gevoel kunt praten, ik vind dat heel knap.' Het meisje lacht door haar tranen heen.

Het meisje vertelt graag naar de sportschool te willen gaan. Moeder vindt dit lastig. Moeder wil liever niet dat het kind zonder begeleiding gaat. De centraal zorgverlener bemiddelt, geeft suggesties waar zowel moeder als kind zich prettig bij lijken te voelen. Moeder geeft aan dat ze de huidige maatschappelijk werker 'niet begrijpt'. De centraal zorgverlener vraagt door en de moeder zegt: 'ze spreekt mijn taal niet'. En: 'het is niet dat ze geen goed Nederlands praat maar ik begrijp gewoon niet wat ze zegt, ze doet zakelijk en afstandelijk'. Het meisje knikt instemmend. Er wordt samen met moeder en dochter besloten om dit traject af te sluiten.

De centraal zorgverlener zegt dat ze ook contact heeft gehad met de schoolpsycholoog en als moeder en kind het goed vinden dan kunnen ze daar een keer langsgaan. De centraal zorgverlener biedt aan om de eerste keer mee te gaan. Het meisje en de moeder zeggen dit graag te willen.

Aan het einde van het bezoek laat de moeder ons uit en in de gang vertrouwt ze ons toe dat het meisje aan háár zelden haar emoties laat zien en dat ze blij is dat ze dit wel deed bij de centraal zorgverlener.

De rol van vertrouwen; informatie & aansluiting

In het eerste hoofdstuk is beschreven dat er verschillende uiteenlopende onderwerpen kunnen spelen in de gezinnen die begeleid worden in de KnGG aanpak. In casus drie zien we ook verschillende thema's: discriminatie, moeite met het uiten van emoties, zorgverlening die niet aansluit, een cateringbedrijf dat vanuit huis gerund wordt en de wens om zelfstandig naar de sportschool te gaan.

Centraal element in deze casus is de rol die vertrouwen speelt in de relatie tussen het gezin en de centraal zorgverlener. De centraal zorgverlener is al langere tijd bij het gezin betrokken en er lijkt sprake te zijn van een vertrouwensrelatie; er wordt een knuffel gegeven bij binnenkomst en er wordt op een open manier over emoties gepraat. De opgebouwde vertrouwensrelatie is van belang omdat hierdoor informatie gedeeld wordt over hoe het daadwerkelijk gaat met de gezinsleden maar ook hoe er gedacht wordt over andere hulpverlening/ketenpartners. De centraal zorgverlener kan op basis van deze informatie zorgen dat er een betere aansluiting gevonden wordt tussen de vraag die het gezin heeft en wat er vanuit de KnGG aanpak mogelijk is (vanuit o.a. ketenpartners) om het aanbod te laten aansluiten.

Wat betekent vertrouwen?

In dit onderzoek is er aan de centraal zorgverleners en de gezinnen gevraagd wat vertrouwen voor hen betekent en op welke manier dit van belang is in de KnGG aanpak of in de bredere zorgverlening.

Warm – koud

In het interview met de moeder uit casus drie vertelt ze dat ze al veel verschillende zorgverleners gezien heeft en dit, op z'n zachtst gezegd, niet altijd fijn vond. Nú is ze wel tevreden met de centraal zorgverlener vertelt ze en ze probeert uit te leggen waar dat hem precies in zit. Ze zegt:

Er zijn twee typen mensen: de ene is warm en heeft een hart, de ander is zakelijk en koud. Je voelt het verschil. Bij de eerste heb je het gevoel dat diegene je écht hoort. Die eerste die komt veel verder, die bereikt veel meer. Die haalt wél de doelen en zorgt voor verandering.

Ze beschrijft hier heel duidelijk dat de mate van vertrouwen in de relatie tussen de (zorg)professional en het gezin bepalend kan zijn voor het succes van de aanpak. Ze beschrijft ook dat de 'warme benadering' zorgt voor een grotere efficiëntie: 'de doelen worden wel gehaald en daarmee ook het bereiken van (positieve) verandering'. Ook de centraal zorgverleners zijn zich over het algemeen bewust van de sleutel die vertrouwen speelt in de begeleiding van de gezinnen. Een centraal zorgverlener beschrijft in het volgende citaat wat ze belangrijk vindt bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie:

Vertrouwen is voor mij: zeggen wat ik doe en doen wat ik zeg. Ik denk dat dat wel belangrijk is. Ik denk dat ik ook probeer om gewoon lief en vriendelijk te zijn, omdat als ik daar naar binnenkom en ik ben een soort hard en zakelijk dan denk ik dat dat bij deze aanpak echt niet gaat werken.

Vertrouwen wordt hier beschouwd als 'betrouwbaar' zijn door je op een vriendelijke manier aan de afspraken te houden en transparant te zijn. Deze centraal zorgverlener maakt een vergelijkbaar onderscheid tussen 'lief en vriendelijk' en 'hard en zakelijk' als in het eerder beschreven citaat van de moeder; een gedeelde visie op vertrouwen zorgt voor een goede aansluiting.

Vertrouwen als eerste (drempelverlagende) stap

In casus drie wordt beschreven dat de centraal zorgverlener een drempelverlagende rol kan spelen in de doorverwijzing naar ketenpartners of andere (zorg)professionals. Verschillende centraal zorgverleners geven daarbij aan dat het belangrijk is om éérst zélf een (duurzame) lage drempel tot de gezinnen te vormen. Een centraal zorgverlener beschrijft na een eerste huisbezoek aan een nieuw gezin hierover het volgende:

*Er waren best wel genoeg dingen waarvan ik dacht 'oké, daar kan ik op inhaken', maar omdat je dus nog niet de vertrouwensband hebt [...] beschadig ik misschien het vertrouwen en dan kom ik minder ver.
En ik wil gewoon laagdrempelig zijn voor de ouder dat ze mij kan benaderen als er iets is en dat ze weet dat ze bij mij terecht kan.*

De centraal zorgverleners wachten vaak met iets te bespreken tot er voor hun gevoel genoeg aan de vertrouwensrelatie gewerkt is. Ze zijn bang anders het gezin 'kwijt te raken', dit kwijtraken van het gezin werd in verschillende gesprekken benoemd:

Als ik nu direct tijdens het eerste bezoek zou zeggen ja, maar voor [naam kind] is dit of dat niet zo goed. Dan ben ik ze kwijt.

In de gesprekken met de centraal zorgverleners komt naar voren dat vertrouwen nodig is om gevoelige onderwerpen bespreekbaar te maken. Het bespreekbaar maken van deze onderwerpen is belangrijk omdat dan een suggestie gedaan kan worden voor het maken van een positieve verandering zonder de gezinnen 'kwijt te raken'. In onderstaand gesprek met een centraal zorgverlener wordt dit vertrouwen verbonden aan het vinden van 'aansluiting' in het gezin.

Ik vind dat de prioriteit van deze aanpak ligt bij het vinden van aansluiting bij het gezin. En daar hoort ook bij dat 'ze' je vertrouwen. Dat is belangrijk om deze aanpak te laten slagen.

Vertrouwen wordt dus door zowel de centraal zorgverleners als door veel van de gezinnen gezien als iets dat een hoge prioriteit heeft, een eerste basisstap die genomen moet worden voordat er andere zaken aangepakt of besproken kunnen worden.

Reciprociteit & gelijkwaardigheid

Verschillende centraal zorgverleners beschrijven een zekere mate van *reciprociteit* bij het opbouwen van een sociale (zorg)relatie. Zo beschrijft een centraal zorgverlener dat ze haar eigen positie als moeder en vrouw soms benoemt in de gesprekken met de moeders in de gezinnen. Ze beschrijft dat ze ook iets persoonlijks van zichzelf wil delen om de relatie gelijkwaardig en laagdrempelig te maken.

Ik benadruk dat wij laagdrempelig zijn; ik zeg: jullie hebben geen verplichtingen, jullie worden niet gecontroleerd. En ik stel mezelf voor en ik laat soms een oude foto zien van mijn kinderen, 'dit zijn mijn kinderen', onherkenbaar voor op straat, of zo, maar... Ik heb drie kinderen, ik maak het persoonlijk. Ik ben een mens, ik ben een moeder, ik ben jong, maar ik ben ook een professional.

Het laten zien van een oude foto van de eigen kinderen is een specifieke vorm waarop er uiting gegeven wordt aan het opbouwen van een wederkerige relatie. In de gesprekken met de centraal zorgverleners komt naar voren dat reciprociteit een terugkerend element is bij het opbouwen van een (duurzame) relatie. Welke vorm hiervoor gekozen wordt verschilt uiteraard per centraal zorgverlener en per gezin:

Ik probeer ook altijd wel tijdens de gesprekken die we hebben een klein beetje van mezelf te geven, omdat dat denk ik ook ten goede komt aan het vertrouwen wat mensen in je hebben. Je gaat er niet je hele hebben en houwen natuurlijk op de tafel leggen, maar ik denk dat een klein beetje wel kan gelden als ook een beetje wisselgeld.

Opvallend is het gegeven dat er een bepaalde mate van gelijkwaardigheid zit in de manier waarop de gewenste zorgrelatie met de gezinnen door de centraal zorgverleners en door de gezinnen zelf beschreven wordt. Deze gelijkwaardigheid komt ook terug in onderstaande beschrijving over het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de gezinnen. Een centraal zorgverlener zegt hierover:

Het is belangrijk om uit te dragen: Ik ben wie ik ben en jullie mogen zijn wie jullie zijn. Ik stel me dienend op en niet van 'zo gaan we het doen', [...] of belerend, corrigerend, nee, dat allemaal helemaal niet! Ik geloof erin dat je dan met de tijd vertrouwen wint. [...] Ook door te werken aan hun doelen, het is niet mijn doel; ik moet hen helpen bij hun doelen. En als ze zien dat ik samen met hen de doelen wil bereiken, dan komt het (vertrouwen) vanzelf, zeg maar.

De moeder uit casus drie beschrijft eveneens dat ze het prettig vindt dat er *géén hiërarchische* verhouding is in de begeleiding van de centraal zorgverlener. Het interview met haar vond plaats ná de eerder beschreven observatie. Ze vertelt dat ze het belangrijk vindt dat haar dochter 'serieus genomen' wordt door de centraal zorgverlener en dat keuzes niet worden afgedwongen maar *in overleg* worden gemaakt. Ze zegt hier het volgende over:

Mijn kind wordt gewoon serieus genomen en dat vind ik belangrijk. Het gaat echt om [kind] hier, het draait om haar. En niet dat er dingen op haar worden gelegd of verplicht worden gemaakt. Het is gewoon, ze krijgt de keuze en de vrijheid, dat vind ik wel fijn, zij staat centraal en het gaat niet om wat ik wil of het gaat niet om wat [centraal zorgverlener] wil. Het gaat om wat zij wil.

Wanneer de centraal zorgverlener een zekere mate van vertrouwen heeft opgebouwd met het gezin kan dit helpen bij het verlagen van drempels bij andere zorgverleners/ketenpartners. In casus drie doet de centraal zorgverlener dat door mee te gaan naar de schoolpsycholoog. De drempel verlagen door een eerste keer mee te gaan naar een bezoek of een voorbereidend telefoongesprek te voeren met een ketenpartner of andere zorgverlener, is een terugkerend element in de observaties. Daarnaast speelt vertrouwen een rol bij de informatie die de gezinsleden wel of niet delen met de centraal zorgverlener. In casus drie wordt er bijvoorbeeld informatie gedeeld over de ervaring die het gezin heeft met een andere zorgverlener, de maatschappelijk werker. Dit stelt de centraal zorgverlener in staat om, samen met het gezin, een beslissing te nemen over de gewenste zorg/ketenpartner. Vertrouwen vergroot dus potentieel de kwaliteit van de coördinerende rol van de centraal zorgverlener.

Sensitiviteit: woordgebruik & weegschaal

In de observaties tijdens de huisbezoeken is het woordgebruik van de centraal zorgverleners, om het gewicht van kinderen en andere thematiek te bespreken, overwegend sensitief. Regelmatig wordt überhaupt niet expliciet gesproken over gewicht tijdens de bezoeken. Zo heeft de centraal zorgverlener het tijdens het gehele huisbezoek in casus drie niet specifiek over het gewicht van het meisje. Er worden andere woorden gebruikt om het meisje te vragen waar ze in het begeleidingsproces naartoe wil werken. 'Goed in je vel zitten' is daarbij een veelvoorkomende uitdrukking om deze stip op de horizon te beschrijven.

Het woordgebruik van de centraal zorgverleners sluit aan op een sensitieve en 'brede blik' op de oorzaken en gevolgen van overgewicht. Het welzijn van het kind staat hierin centraal. Zo benoemt een centraal zorgverlener desgevraagd dat de focus van de KnGG aanpak wat haar betreft ligt op het algemene welzijn van het kind, ze zegt hierover:

De prioriteit ligt bij het meisje dat we in de middag zagen, niet bij haar overgewicht.

Door een moeder uit de KnGG aanpak wordt het belang van deze brede en sociale visie onderstreept. Ze vertelt over haar ervaring met een centraal zorgverlener het volgende:

*Het gaat er gewoon om dat ze zich goed in haar vel moet voelen.
Het gaat niet alleen over diëten of concentreren op zoveel moet er
iedere keer vanaf. Het belangrijkste is om te weten waar het vandaan komt,
want je hebt verschillende oorzaken. En als we de oorzaak hebben,
dan kunnen we een plan van aanpak maken.*

In tegenstelling tot de ervaring met de begeleiding van centraal zorgverleners zijn de verhalen over andere zorgprofessionals/ketenpartners regelmatig minder sensitief. Zo beschrijft een moeder bij het eerste bezoek van de centraal zorgverlener:

Ik ben zo blij dat we bij jullie niet meer op de weegschaal hoeven.

In het interview met deze moeder vertelt ze dat haar kind inmiddels doorheeft dat er iets 'anders' aan haar is en de weegschaal hier symbool voor is komen te staan. Alhoewel het wegen van het kind bij de centraal zorgverlener niet gebeurt, doen verschillende (medische) ketenpartners dit met regelmaat. In de observaties van bezoeken aan (medische) zorgprofessionals werd het kind aan het begin van het bezoek telkens op de weegschaal gezet. Ook gebruiken andere zorgprofessional soms woorden die niet passen binnen de aanpak zoals het woord "dik" in het bijzijn van het kind (zie casus één en de beschrijving van het bezoek aan de diëtist in hoofdstuk twee).

Duiding /reflectie

De wetenschappelijke literatuur en kenniscentra beschrijven dat de mate van vertrouwen in de relatie tussen de (zorg)professional en een (kwetsbare)doelgroep bepalend is voor een succesvol verloop van het begeleidings- en of zorgtraject (25, 26). Daarbij kan het gebrek aan vertrouwen bij kwetsbare doelgroepen uiteindelijk resulteren in een verslechterde toegang tot zorg (27). Daarnaast komt regelmatig naar voren dat in (kwetsbare) gezinnen waarbij gezinsleden op een negatieve manier in aanraking zijn gekomen met overheids- of zorginstanties vertrouwen een (nog) grote(re) rol speelt, omdat er regelmatig wantrouwen is naar andere (zorg)professionals en instanties. Een zorgrelatie waarbij er sprake is van een zekere mate van gelijkwaardigheid en reciprociteit kan zorgen voor het vergroten van de duurzaamheid van de KnGG aanpak omdat gezinnen minder snel geneigd zijn om af te haken. Tegelijkertijd kan de kwaliteit van de coördinerende rol van de centraal zorgverlener potentieel verhoogd worden doordat er kennis uitgewisseld wordt die zorgt voor een dieper begrip van de gezinssituatie.

In het rapport: 'Deze woorden over mijn gewicht vind ik goed' zijn inzichten voor zorgprofessionals die met kinderen met overgewicht praten gebundeld (17). In de interviews met de kinderen komt het belang van een goede relatie met, en vertrouwen in, de zorgprofessional naar voren. Dit vertrouwen is opgebouwd uit subtiliteiten variërend van 'de houding' die de professional aanneemt, tot de woorden die er gebruikt worden om overgewicht te beschrijven en de duur van de relatie tussen het kind en de professional. Zo beschrijft een kind dat de huisarts die ze al langere tijd kent wél bepaalde woorden rondom overgewicht mag gebruiken omdat ze de huisarts al langere tijd kent en vertrouwt. Daarbij speelt de rol van vertrouwen mogelijkwerwijs in drievoud een rol binnen de KnGG aanpak: het vertrouwen van het kind en gezin richting de centraal zorgverlener en andersom, het vertrouwen tussen de centraal zorgverlener en de ketenpartner en andersom en het vertrouwen tussen het kind en gezin en de ketenpartner, waarin de centraal zorgverlener kan bemiddelen. Het is belangrijk om deze driehoeksrelatie in beeld te hebben omdat het mogelijkwerwijs invloed heeft op de coördinerende rol van de centraal zorgverlener en het proces rondom toeleiding en doorverwijzing.

— Discussie

'Ik ben zo blij dat we bij jullie niet meer op de weegschaal hoeven'

In dit (medisch antropologisch) onderzoek is er gekeken op welke wijze de KnGG aanpak aansluit bij de voedings- en gezinsgewoonten en behoeften van de gezinnen. De uitkomsten benadrukken het belang van culturele sensitiviteit en vertrouwensrelaties in de zorg voor kinderen met overgewicht en hun gezinnen, vooral gezien de vaak multifactoriële complexiteit van problematiek. Kleine, op maat gemaakte stappen zijn belangrijk om te zorgen voor duurzame veranderingen en het bevorderen van gezondere leefgewoonten, waarbij ook armoede en andere structurele belemmeringen het zorgproces beïnvloeden. Centraal zorgverleners spelen een potentieel essentiële rol door het sociale en medische domein te verbinden en aandacht te geven aan de bredere context waarin gezinnen functioneren. Ongevoelig woordgebruik en het herhaaldelijk meten van het gewicht door ketenpartners kan echter schadelijk zijn voor kinderen, wat het belang onderstreept van een kritische selectie van ketenpartners, sensitieve communicatie en nauwe samenwerking tussen alle betrokken partijen bij de implementatie van de KnGG aanpak.

Gewicht als uitkomstmaat – Individuele contextuele benadering

Alhoewel de KnGG aanpak nadrukkelijk streeft naar een contextuele benadering van overgewicht, toont het onderzoek ook aan dat er soms onbedoeld nog veel nadruk ligt op individuele gedragsverandering, zonder voldoende oog voor structurele barrières zoals armoede, omgevingsfactoren en toegang tot gezonde voeding. Aangezien de KnGG aanpak zich minder richt op structurele barrières, blijven de handelingsmogelijkheden van de zorgverlener beperkt. Echter, bij het bepalen van een effectief handelingsperspectief is het belangrijk dat zorgverleners niet alleen individuele, maar ook structurele factoren meenemen, zodat de ondersteuning beter aansluit bij de werkelijke behoeften van gezinnen. Professionals hebben bijvoorbeeld vaak een goed zicht op hoe armoede zich toont aan de oppervlakte, de cijfers en de directe uitwerking zoals het tekort aan financiële middelen, maar minder zicht op hoe armoede doorwerkt in alle aspecten van het bestaan en wat de gevolgen ervan zijn op de lange termijn.

Het idee van keuzevrijheid, of in de context van de KnGG aanpak, 'het maken van een gezonde keuze' is belangrijk om te bezien vanuit een opeenstapeling van levensproblematiek waarbij armoede, stress en een ongezonde leefomgeving een belangrijke rol spelen. In de gezinnen die deelnemen aan de KnGG aanpak is er sprake van multi-problematiek. De focus ligt op het algemene welzijn van het kind in plaats van een geïsoleerde blik op gewicht. Deze brede blik op overgewicht hindert mogelijk een simpele evaluatie in een duidelijke uitkomstmaat zoals afname van gewicht. Hierdoor worden mogelijke positieve neveneffecten van de aanpak zoals de (duurzame) vertrouwensrelatie tussen de centraal zorgverlener en de gezinnen mogelijk gemist als een waardevolle uitkomst (28). Verdere aanpassingen en doorontwikkeling van de aanpak kunnen bijdragen aan een meer inclusieve en responsieve zorgverlening.

Ontbreken van stappenplan en beslissing op intuïtie

De KnGG methode is geen 'one-size fits all' aanpak maar een persoonlijke aanpak. Dit is de kracht van de aanpak maar ook zijn kwetsbaarheid. De samenwerkingen met ketenpartners verschillen per regio en zijn continue in beweging: nieuwe samenwerkingen worden aangegaan en/of oude opgezegd. Er is hierdoor géén vaststaand keuzemenu van hulp- en ondersteuningsmogelijkheden waaruit het gezin kan kiezen. Het ontbreken van een gedetailleerd stappenplan waar deze mogelijkheden beschreven zijn, biedt de centraal zorgverlener de mogelijkheid om flexibel te zijn en zoveel mogelijk aan te kunnen sluiten bij de behoefte en thematiek die er in de gezinnen speelt. Tegelijkertijd maakt het de rol van de centraal zorgverlener als onderzoeker van de mogelijke handelingsperspectieven die er binnen gezinnen zijn beslissend en geeft het de centraal zorgverlener veel macht. Het is belangrijk om dit gegeven mee te nemen in de selectie en bepaling van het (zorg)profiel van de centraal zorgverlener.

Sensitiviteit en rol als belangenvertegenwoordiger

De combinatie van het herhaaldelijk wegen en ongevoelig woordgebruik door andere zorgprofessionals kan mogelijk schadelijk zijn voor het welzijn van het kind. Het meten en wegen in het medisch domein kan een dominante positie innemen ten opzichte van andere meer sociaal emotionele factoren. Centraal zorgverleners in de KnGG aanpak kunnen hierbij een belangrijke rol spelen in het bieden van tegenwicht en een brug slaan tussen het medisch en sociaal domein. De centraal zorgverleners hebben hierdoor in de praktijk feitelijk een rol als individuele belangenvertegenwoordiger: deelnemers worden voorbereid op gesprekken met andere partijen zoals diëtisten en gaan mee om het gezin in dergelijke gesprekken te ondersteunen. Vanuit het vertrouwen wat ontstaan is werken de centraal zorgverleners aan het krachtiger maken van hun cliënten. Tegelijkertijd geven verschillende centraal zorgverleners aan het lastig te vinden om ketenpartners uit het medisch domein te vragen om sensitiever te werk te gaan op het gebied van woordgebruik en het herhaaldelijk wegen van kinderen. De mogelijkheid tot samenwerking met ketenpartners die op eenzelfde sensitieve wijze werken is beperkt. Het is daarom goed om het netwerk, de keten, zo kwalitatief en vertrouwd mogelijk te houden ook als dit ten koste gaat van de hoeveelheid ketenpartners. De aanpak is namelijk zo goed als elke afzonderlijke schakel in de keten.

Voedselomgeving

De thematiek in dit onderzoek omvat voeding en voeding gaat over heel veel, over: waar en wat er te koop is, hoe duur het is en wie beslist wat er op tafel komt. Voeding gaat over sociale relaties, opvoeding, genderrollen in het gezin en over de gebruiken en (culturele) gewoonten van de huidige generatie en voorgaande generaties. Deze factoren worden beïnvloed door maatschappelijke verschillen tussen rijk en arm, wat leidt tot ongelijkheden in gezondheid. Het aanbod aan ongezond voedsel in minder welvarende wijken benadrukt het spanningsveld tussen context en de schijnbare vrijheid in het maken van een "gezonde keuze" (29) Wanneer overgewicht of obesitas enkel als individueel probleem wordt geframed, ligt de beleidsfocus vaak te veel op individueel gedrag, wat institutionele verandering in de weg kan staan (30).

De bevindingen suggereren dat een focus op kleine, haalbare stappen, ondersteund door een sterke vertrouwensrelatie tussen de centraal zorgverlener en het gezin, essentieel is voor het succes van de KnGG aanpak.

Conclusie

De KnGG-aanpak biedt een potentieel doeltreffende manier om in te spelen op de verschillende factoren die geassocieerd worden met overgewicht en obesitas. De persoonlijke benadering maakt het mogelijk om maatwerk te leveren, maar het succes hangt sterk af van de sensitiviteit en het vermogen van de centraal zorgverleners om vertrouwen op te bouwen met de gezinnen. Ook de capaciteit om cultuursensitief en contextbewust te werken is essentieel. Omdat de keuzes van gezinnen worden beïnvloed door financiële en omgevingsfactoren, is een aanpak nodig die verder gaat dan alleen gedragsverandering. De resultaten ondersteunen het belang van een integrale, op maat gemaakte benadering, waarbij aandacht wordt besteed aan zowel individuele als contextuele factoren die bijdragen aan overgewicht en obesitas. De bevindingen suggereren dat een focus op kleine, haalbare stappen, ondersteund door een sterke vertrouwensrelatie tussen de centraal zorgverlener en het gezin, essentieel is voor het succes van de KnGG aanpak. De methode moet zich blijven ontwikkelen om effectief te blijven in het verbeteren van de gezondheid van kinderen in diverse sociale en culturele contexten.

Referenties

- [1] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2022, November 9). Minder overgewicht en obesitas onder kinderen met hoogopgeleide ouders. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/45/minder-overgewicht-en-obesitas-onder-kinderen-met-hoogopgeleide-ouders> (Geraadpleegd op 14 oktober 2023).
- [2] Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG). (2022). Obesitas bij kinderen. Geraadpleegd op 25 augustus 2023, van <https://www.olvg.nl/obesitas-bij-kinderen>
- [3] JOGG. (z.d.). Kind naar gezonder gewicht — samenwerken aan ondersteuning en zorg. Kind naar Gezonder Gewicht. Geraadpleegd op 8 augustus 2023, van <https://kindnaargezonderegewicht.nl/>
- [4] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). Handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten bij het landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Geraadpleegd van <https://www.loketgezondleven.nl>
- [5] Care for Obesity. (2018). Concept landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Cool 2Bfit. Geraadpleegd op 8 augustus 2023, van https://www.cool2bfit.nl/uploadfiles/1536779165--FILE--concept-landelijk_model_ketenzorgaanpak-2018.pdf
- [6] Koetsier, L. W., van den Eynde, E., Eilander, M. M. A., van Mil, E., van der Velde, M., Baan, C. A., Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2021). Leidraad voor de psychosociale en leefstijlverkenning binnen de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht. Amsterdam: Care for Obesity.
- [7] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 16 september). Samenvatting Integraal Zorgakkoord. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/09/16/samenvatting-integraal-zorgakkoord>
- [8] Pharos. (z.d.). Cultuursensitief werken in zorg en sociaal domein: Handvatten. Geraadpleegd van <https://www.pharos.nl/cultuursensitief-werken-zorg-sociaal-domein-handvatten/>
- [9] Dienst Gezondheid en Jeugd & van Zwanenburg, E. (2022). Evaluatie gezinsaanpak Gezonde Toekomst JOGG Dordrecht 2020-2022. Geraadpleegd van https://www.dienstgezondheidjeugd.nl/assets/uploads/GGD/Gezondheidsbevordering/JOGG-Doe-ff-Gezond/Evaluatie-Gezinsaanpak-Gezonde-Toekomst_JOGG-Dordrecht_2020-2022.pdf
- [10] Dienst Gezondheid & Jeugd, van Zwanenburg, E., & Zwaan, R. (2023). Rapportage interviews met stakeholders JOGG Zwijndrecht 2021-2023. Dienst Gezondheid & Jeugd. Geraadpleegd van <https://www.dienstgezondheidjeugd.nl/assets/uploads/GGD/Samen-voor-Gezond/JOGG/Rapportage-interviews-met-stakeholders-JOGG-Zwijndrecht-2021-2023.pdf>
- [11] Clark-Barol, M., Gaddis, J. E., & Barrett, C. K. (2020). Food agency in low-income households: A qualitative study of the structural and individual factors impacting participants in a community-based nutrition program. *Appetite*, 153, 104752. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104752>
- [12] Alkon, A. H., Block, D., Moore, K., Gillis, C., DiNuccio, N., & Chavez, N. (2020). Foodways of the urban poor. *Journal of Urban Affairs*, 42(6), 906–924. <https://doi.org/10.1080/07352166.2020.1788658>
- [13] Parsons, J. M. (2020). Gender, class and food: Families, bodies and health. Springer Nature.
- [14] Kind naar Gezonder Gewicht. (z.d.). Handleiding opleiding centrale zorgverlener. Geraadpleegd van <https://kindnaargezonderegewicht.nl/media/pages/tools/handleiding-opleiding-centrale-zorgverlener/aa92fae1d1-1668094688/webversie-handleiding-opleidingczv.pdf>

- [15] Nederlandse Vereniging voor Antropologie. (2019). ABv Code of Ethics. Geraadpleegd van https://antropologen.nl/app/uploads/2019/01/ABv_Code-of-Ethics_2019.pdf
- [16] 'S Jongers, T. (2023). Armoede uitgelegd aan mensen met geld. De Correspondent.
- [17] Mulier Instituut, & Care for Obesity VU. (2021). "Deze woorden over mijn gewicht vind ik goed...": Inzichten voor zorgprofessionals die met kinderen praten [PDF]. Mulier Instituut. Geraadpleegd van <https://www.mulierinstituut.nl/publicaties/26194/deze-woorden-over-mijn-gewicht-vind-ik-goed/>
- [18] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). Stand van zaken programma Gezond en Actief Leven [PDF]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-8f46ae4ee392b39cde77966e487e019ff549e5f8/pdf>
- [19] Van den Muijsenberg, M., & Busari, J. (2020). De witte blik domineert in de gezondheidszorg. Sociale Vraagstukken. Geraadpleegd van <https://www.socialevraagstukken.nl/de-witte-blikdomineert-in-de-gezondheidszorg>
- [20] Brennan, N., Barnes, R., Calnan, M., Corrigan, O., Dieppe, P., & Entwistle, V. (2013). Trust in the health-care provider-patient relationship: A systematic mapping review of the evidence base. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(6), 682-688. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt063>
- [21] Lerch, S. P., Hänggi, R., Bussmann, Y., & others. (2024). A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: A critical review using a systematic search strategy. *BMC Primary Care*, 25, 194. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02435-z>
- [22] Gopichandran, V. (2013). Trust in healthcare: an evolving concept. *Indian Journal of Medical Ethics*, 10(2), 79-82.
- [23] Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q*. 2001;79(4):613-39.
- [24] van Staveren, I. (2001). *The values of economics: An Aristotelian perspective*. Routledge.
- [25] Pharos. (z.d.). Eén vertrouwenspersoon voor moeder vermindert stress [PDF]. Pharos. Geraadpleegd van <https://www.pharos.nl/Interview-Kansrijke-Start-Almelo.pdf>
- [26] Movisie. (z.d.). Cliënt & professional: 5 aanbevelingen voor een stevige alliantie. Geraadpleegd op 28 augustus 2023, van <https://www.movisie.nl/artikel/client-professional-5-aanbevelingen-stevige-alliantie>
- [27] Pharos. (z.d.). (Niet) Iedereen telt mee - Nederlandse zorg niet goed toegankelijk voor arbeidsmigranten. Geraadpleegd van <https://www.pharos.nl>
- [28] Koetsier, L. W. (2023). The development and implementation of integrated care for childhood overweight and obesity in the Netherlands. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam]. <https://doi.org/10.5463/thesis.185>
- [29] CEPHIR. (2019). Rotterdam voedselomgeving: Analyse van de voedselomgeving in Rotterdam en de effecten op gezondheid [PDF]. CEPHIR. Geraadpleegd van https://cephir.nl/wp-content/uploads/Rotterdam-voedselomgeving_Rapport_CEPHIR-s.pdf
- [30] Hagenaars, L. L., Schmidt, L. A., Groeniger, J. O., Bekker, M. P. M., ter Ellen, F., de Leeuw, E., van Lenthe, F. J., Oude Hengel, K. M., & Stronks, K. (2024). Why we struggle to make progress in obesity prevention and how we might overcome policy inertia: Lessons from the complexity and political sciences. *Obesity Reviews*, 25(5), Article e13705. <https://doi.org/10.1111/obr.13705>
- [31] CEPHIR. (2022). Bereiken en betrekken van kwetsbare inwoners met een migratieachtergrond bij preventieve gezondheidsinterventies [PDF]. CEPHIR. Geraadpleegd van <https://cephir.nl/wp-content/uploads/CEPHIR-November-2022-Bereiken-en-betrekken-van-kwetsbare-inwoners-met-een-migratieachtergrond-bij-preventieve-gezondheidsinterventies.pdf>

Niet meer op de weegschaal

Een sociaal perspectief op gezondheid



Gezinnen krijgen veel op hun bord

Heb oog voor de complexe context waarbij gewicht een symptoom is



'Het is heel erg bepalend daar waar je wieg staat. Kijk naar wat [mensen] op hun bordje krijgen aan **stress, verlies, ziekte en (financiële) omgevingsfactoren**. Dat is wat er ook op het bord ligt samen met die wel of niet bruine boterham.'

Vertrouwensrelatie is allesbepalend



'Er zijn twee typen mensen: **de ene is warm en heeft een hart, de andere is zakelijk en koud**. Je voelt het verschil. Bij de eerste heb je het gevoel dat diegene je echt hoort. Die eerste die komt veel verder, die bereikt veel meer. Die haalt wel de doelen en zorgt voor verandering.'

Dominantie van (datagerichte) medisch domein



'Ik ben zo blij dat we bij jullie **niet meer op de weegschaal hoeven**.'

Vertrouwd en kwalitatief netwerk vergroot sensitiviteit



'De aanpak is zo goed als elke afzonderlijke **schakel in de keten**.'

Zelfreflectie bevordert cultuursensitief werken



Regelmatig zien zorgverleners zichzelf als de norm en vanuit dit referentiekader bepalen zij in hoeverre een kwetsbare doelgroep hetzelfde of anders is.

Onderzoeksmethoden

(Medisch antropologisch) onderzoek naar de **aansluiting en sensitiviteit** van de KnGG aanpak bij de voedings- en gezinsgewoonten van gezinnen in de regio Zuid-Holland Zuid.



- Observaties door mee te lopen met 9 gezinnen
- Semigestructureerde individuele interviews met ouders/ zorgdragers en centraal zorgverleners
- Observaties bij netwerkpartners
- Kwalitatieve thematische analyse van de data en (vak)literatuur



Quote onderzoeker

'De centraal zorgverlener heeft oog voor de context waarin er beslissingen gemaakt kunnen worden. Het 'maken van **kleine stapjes**' is erg belangrijk. Omdat de (sociaaleconomische) uitdagingen van gezinnen soms erg groot zijn is de kans aanwezig dat ze afhaken (of de CZV gedesillustioneerd raakt) bij het voorstellen van grote stappen. Oog voor de context en echt luisteren is belangrijker dan goed bedoelde adviezen.'

'Niet meer op de weegschaal'

CEPHIR

December 2024
www.cephir.nl

CEPHIR

GGD
zhz

ZonMw

ersterking
kennisinfrastructuur

jong Jgz
groeit met je mee.