

Evaluatie Centrale Zorgverlener in Zaanstreek-Waterland

1 Juli 2019 tot 1 juli 2022

Sinds 2017 voert de gemeente Zaanstad samen met GGD Zaanstreek-Waterland een proef uit met de inzet van centrale zorgverleners. Hiervoor sloot Zaanstad aan bij de landelijke proeftuin Ketenaanpak voor kinderen met (ernstig) overgewicht. De ketenaanpak heeft geleid tot stedelijke werkafspraken en verwijfsafspraken voor jeugdartsen, huisartsen en kinderartsen.

In de Zaanse focuswijken zijn dankzij subsidie van FNO 'Zorg voor kansen' gezondheidsnetwerken opgezet om de ketenaanpak vorm te geven en de rol van de centrale zorgverleners (CZV) te concretiseren. De CZV zijn het aanspreekpunt voor gezin en professionals in de integrale aanpak. Onder de naam 'Bruggen naar gezond gewicht' in 2019 en later onder de naam 'Gezond opgroeien in Zaanstreek-Waterland' is de aanpak uitgerold in 5 gemeenten in Zaanstreek-Waterland: Zaanstad, Edam-Volendam, Landsmeer, Oostzaan en Wormerland.

1. Voor de evaluatie van de CZV zijn in 2019 binnen het digitale dossier van JGZ in Zaanstreek-Waterland aanpassingen gemaakt om registratie per kind en verslaglegging op groepsniveau mogelijk te maken. Onderstaande verantwoording komt uit dit JGZ-systeem.

1.1. Aanvragen, intakes en afrondingen

Kinderen kunnen naar een Centrale Zorgverlener (CZV) worden doorverwezen door bijvoorbeeld een kinderarts, JGZ (jeugdarts of jeugdverpleegkundige), jeugdteam of school.

Aanvraag: dit contactmoment is administratief, aangemaakt door de planner op het moment dat er iemand een kind aanmeldt voor een CZV.

Intake: dit is het eerste gesprek van de CZV met het kind/gezin waarop het verdere plan wordt gebaseerd.

Afronden: laatste contact van de CZV met het kind. Dit kan zijn doordat het traject is afgerond, het kind/gezin tussentijds afhaakt, of er na een aanvraag/intake door de ouder wordt afgezien van ondersteuning.

Tabel 1 en figuur 1 geven op verschillende manieren het aantal contactmomenten aangaande aanvragen, intakes en afrondingen weer die hebben plaatsgevonden (de cliënt is "verschenen") tussen 1 juli 2019 en 1 juli 2022. Tijdens deze periode zijn er **257 aanvragen** geweest voor 239 kinderen (voor sommige kinderen staan meerdere aanvragen geregistreerd). **285 kinderen hebben een intake gehad**. Sommige kinderen hebben meerdere intakegesprekken gehad waardoor er in totaal **346 intake-contactmomenten** hebben plaatsgevonden.

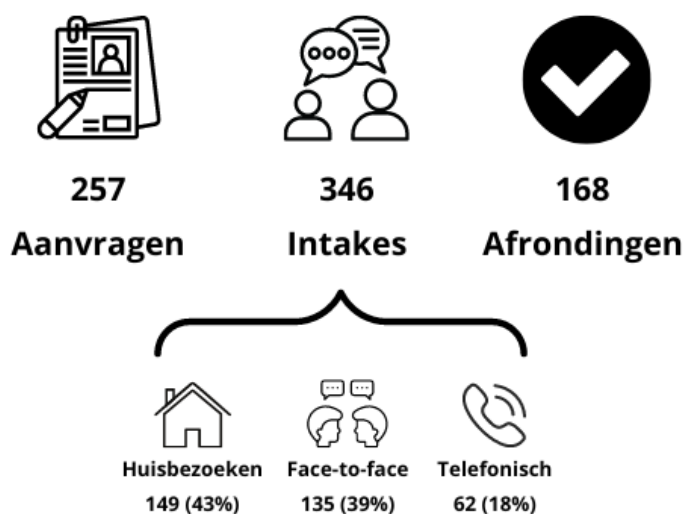
Er zijn **164 kinderen waarvan het traject is afgerond** op in totaal **168 afrondings-contactmomenten**. Bij 85 van deze kinderen is er tussen 1 juli 2019 en 1 juli 2022 ook een intakegesprek geweest. Bij de overige 79 kinderen zou dus vóór deze periode een intake moeten hebben plaatsgevonden.

Op 1 juli 2022 waren er 200 kinderen die tussen 1 juli 2019 en 1 juli 2022 een intakegesprek hebben gehad, maar waarvan het traject nog niet is afgerond.

Tabel 1. Het aantal contactmomenten aangaande de aanvraag, intakes en afrondingen van een CZV-traject tussen 1 juli 2019 en 1 juli 2022.

	CZV Aanvraag	Intakes				Afronden
		Huisbezoek	Face-to-face	Telefonisch	Totaal	
ZAANSTAD	220	120 (49%)	89 (36%)	37 (15%)	246	146
EDAM- VOLENDAM	20	11 (39%)	12 (43%)	5 (18%)	28	9
WORMERLAND	8	8 (23%)	19 (54%)	8 (23%)	35	5
OOSTZAAN	9	2 (14%)	8 (57%)	4 (29%)	14	7
LANDSMEER	0	8 (35%)	7 (30%)	8 (35%)	23	1
Regio totaal	257	149 (43%)	135 (39%)	62 (18%)	346	168

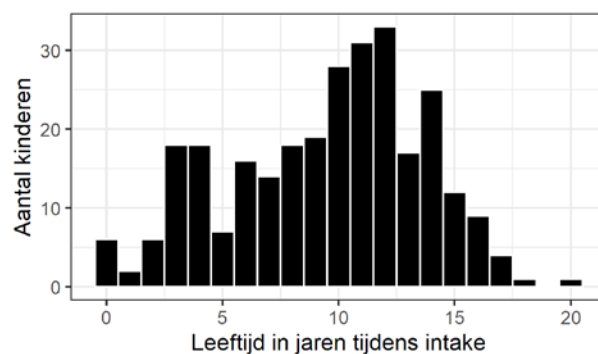
Figuur 1. Weergave van alle aanvraag-, intake- en afrondingscontactmomenten tussen juli 2019 en juli 2022. Kinderen kunnen meer aanvraag-, meer intake- en meer afrondingsgesprekken hebben gehad.



1.2. Leeftijdsverdeling tijdens intake

De leeftijd van kinderen tijdens een intakegesprek was veelal tussen de 3 en 15 jaar. De gemiddelde leeftijd van de kinderen (n = 285) tijdens de intake gesprekken was **9,5 jaar**.

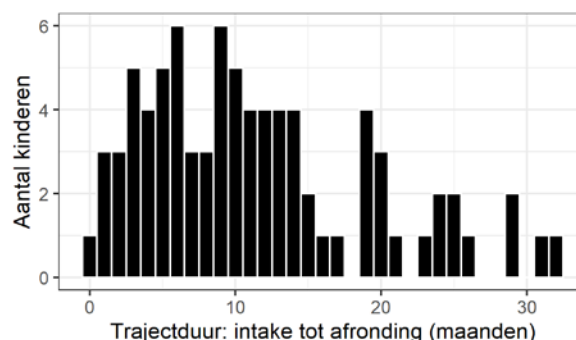
Statistieken leeftijd bij intake:	
Minimale leeftijd:	0 jaar
Mediaan:	10 jaar
Gemiddelde:	9,5 jaar
Maximale leeftijd:	20 jaar



1.3. Trajectduur

Van **81** kinderen kan de trajectduur bepaald worden op basis van hun leeftijd tijdens de intake en tijdens afronding. De gemiddelde duur van een CZV-traject is **12 maanden**. De duur van het trajecten kent echter een brede spreiding. Bij 9% van de kinderen duurt het traject langer dan 24 maanden. Bij 31% van de kinderen duurt het traject korter dan 6 maanden.

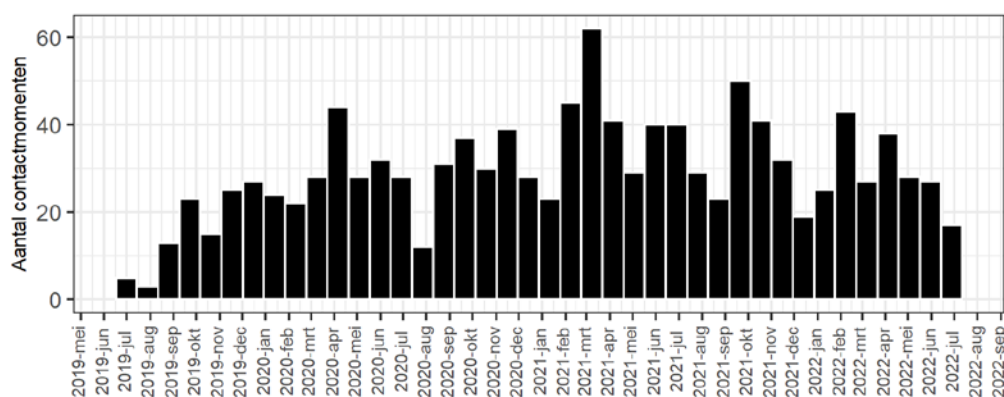
Statistieken Trajectduur	
Minimale duur:	0,5 maanden
Mediaan:	10 maanden
Gemiddelde:	12 maanden
Maximale duur:	32 maanden



1.4. Aantal contactmomenten tijdens traject

Tussen 1 juli 2019 en 1 juli 2022 zijn er in **totaal 1173 contactmomenten** geweest tussen een CZV en de kinderen. De aanvraag, het intakegesprek, en de afronding zijn hierbij niet meegenomen.

Juli 2019 – 2020:	111 contactmomenten
2020 – 2021:	383 contactmomenten
2021 – 2022:	475 contactmomenten
Jan 2022 – juli 2022:	204 contactmomenten

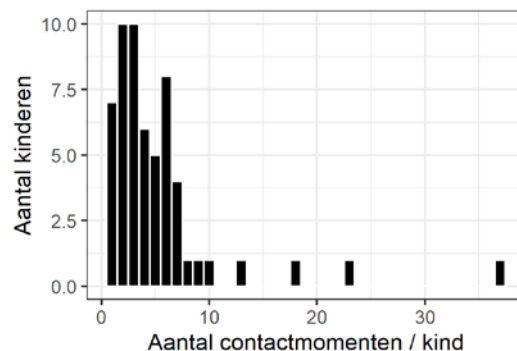


Tabel 1. Tussen 1 juli 2019 en 1 juli 2022, per gemeente, het aantal contactmomenten tussen intake en afronding het aantal kinderen en het gemiddeld aantal contactmomenten (los van de intake en de afronding).

	Aantal contactmomenten	Aantal kinderen	Gemiddeld aantal contacten per kind
ZAANSTAD	991	160	6.2
EDAM-VOLENDAM	100	23	4.4
WORMERLAND	40	11	3
OOSTZAAN	21	7	3.6
LANDSMEER	21	7	3
Regio totaal	1173	208	5.6

Van de 85 kinderen die tussen 1 juli 2019 en 1 juli 2022 een Intake + Afronding hebben gehad, hebben er 57 (67%) ook minimaal één ander contact heeft gehad met een CZV. Gemiddeld hebben deze kinderen tijdens hun traject 5 contactmomenten gehad met een CZV, los van de intake en afronding. Er zijn een aantal uitschieters: 7% van de kinderen heeft meer dan 10 contactmomenten gehad tijdens hun traject.

<u>Statistieken aantal contacten binnen afgerond traject</u>	
Minimaal aantal:	1 contact
Mediaan:	4 contacten
Gemiddelde:	5 contacten
Maximaal aantal:	37 contacten



1.5. Afgeronde Dossiers

Er zijn 164 kinderen met een afgerond traject geregistreerd. Bij **87 van deze kinderen** is bekend wat de reden van afronding is. Bij 52% van de kinderen (n = 45) wordt het traject afgerond omdat de gestelde doelen zijn behaald. Overige redenen om het dossier af te ronden zijn dat de ouders afzien van (verdere) begeleiding (14%), of dat het kind afhaakt/onbereikbaar is (26%).

Tabel 2. Redenen om het CZV-traject af te ronden.

Reden van afronding	
Doelen behaald	45 (52%)
Ouder ziet af van begeleiding	12 (14%)
Onbereikbaar/afgehaakt	23 (26%)
Anders (bijv. verhuizing of ander traject)	7 (8%)

1.6. Samenvatting van de evaluatie vanuit de dd JGZ van 1 juli 2019 tot 1 juli 2022:

- Met het huidige dd JGZ is het niet goed mogelijk om kinderen goed te volgen tijdens een behandeltraject. Het systeem is hier niet op ingericht. De werkwijze van het registratie proces moet ook beter. Het registratie-proces vraagt om nauwgezette en arbeidsintensieve bewaking met en regelmatige uitdraaien uit het systeem zijn nodig om de CZV feedback te geven, afspraken met elkaar te maken en gedrag bij te stellen waar nodig. Nu raken kinderen zoek in het proces, waardoor het hele proces van aanvraag > intake > begeleiding > afronding > doelen wel/ niet behaald niet goed inzichtelijk is te maken.
- Veruit de meeste contactmomenten aangaande de aanvraag, intakes en afrondingen van een CZV-traject tussen 1 juli 2019 en 1 juli 2022 vinden plaats in Zaanstad.
- Er zijn 346 intakes gedaan bij 285 kinderen van gemiddeld 9,5 jaar. De leeftijd ligt veelal tussen de 3 en 15 jaar. 85 kinderen hebben het hele traject van intake tot en met afronding doorlopen.
- De gemiddelde duur van een CZV-traject is 12 maanden. De duur van het traject kent echter een brede spreiding. Bij ongeveer 1/3 van de kinderen < 6 maanden tot 24 maanden bij ongeveer 9%.
- Er zijn naast de intake en de afronding in totaal 1173 contactmomenten geweest gericht op begeleiding. De 85 kinderen die het traject van intake t/m afronding hebben doorlopen hebben gemiddeld 5 contactmomenten gehad met een CZV tussen intake en afronding. Er zijn een aantal uitschieters: 7% van de kinderen heeft meer dan 10 contactmomenten gehad tijdens hun traject.

- Er zijn 164 kinderen met een afgerond traject geregistreerd. Bij 87 van deze kinderen is bekend wat de reden van afronding is. Bij 45 van hen (52%) wordt het traject afgerond omdat de gestelde doelen zijn behaald. Overige redenen om het dossier af te ronden zijn dat de ouders afzien van (verdere) begeleiding (14%), of dat het kind afhaakt/onbereikbaar is (26%).

2. Intra-individuele BMI verschillen in de tijd

Eén van de doelen van begeleiding door de centrale zorgverlener is stabilisatie of afname van de BMI over de tijd. Om een indicatie te krijgen of begeleiding door de centrale zorgverlener hier effectief in is, hebben we het BMI-verloop van kinderen die begeleid werden door een centrale zorgverlener bekeken (de interventiegroep). Dit verloop hebben we vervolgens vergeleken met het BMI-verloop van kinderen die alleen reguliere JGZ-zorg ontvingen (de controlegroep).

Vergeleken groepen

Omdat er wat beperkingen waren in de registratie en beschikbaarheid van de benodigde gegevens wijkt de gebruikte onderzoekspopulatie af van de onderzoekspopulatie die in Hoofdstuk 1 beschreven is. Zowel de kinderen uit de interventiegroep als de kinderen uit de controlegroep waren tussen de 2 en 18 jaar oud en afkomstig uit een aantal wijken in de gemeente Zaanstad (zie **Tabel 1** voor de wijken). Allen hadden overgewicht of obesitas ten tijde van de startmeting. Alleen kinderen met een start- en een eindmeting in de periode van januari 2016 t/m september 2020 zijn meegenomen in dit onderzoek. Voor de interventiegroep is de startmeting bij de intake en de eindmeting bij de afronding. Voor de controlegroep zijn hiervoor de eerst en laatst beschikbare meting genomen.

Tabel 1 geeft algemene kenmerken van de interventie- en controlegroep. De interventiegroep bestond uit 52 kinderen. De controlegroep bestond uit 1726 kinderen. De mediane leeftijd bij de startmeting was 9.2 jaar in de interventiegroep en 8.8 jaar in de controlegroep. Ouders van kinderen in de interventiegroep waren significant vaker laagopgeleid vergeleken met ouders van kinderen uit de controlegroep. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij beide groepen voor ten minste de helft van de ouders het opleidingsniveau niet bekend was. De overige kenmerken verschilden niet statistisch significant tussen de interventie en controlegroep.

Tabel 1. Algemene kenmerken van de interventie- en controlegroep

	Interventiegroep (n=52)	Controlegroep (n=1726)
Geslacht, n (%)		
Jongen	26 (50.0)	1013 (48.1)
Meisje	26 (50.0)	1095 (51.9)
Gebied Zaanstad ^a , n (%)		
Gebied 1	12 (23.1)	534 (25.3)
Gebied 2	20 (38.5)	661 (31.4)
Gebied 3	7 (13.5)	486 (23.1)
Gebied 4	13 (25.0)	427 (20.3)
Geboorteland, n (%)		
Nederland	46 (88.5)	1902 (90.2)
Overig	5 (9.6)	191 (9.1)
Onbekend	1 (1.9)	15 (0.7)
Geboorteland ouders, n (%)		
Nederland	18 (34.6)	954 (45.3)
Overig	34 (65.4)	1154 (54.7)
Opleidingsniveau ouders ^b , n (%)		
Laag	17 (32.7)	144 (6.8)
Midden	8 (15.4)	300 (14.2)
Hoog	1 (1.9)	255 (12.1)
Onbekend	26 (50.0)	1409 (66.8)
Leeftijd bij startmeting (jaar), mediaan (IQR)	9.2 (6.1-11.4)	8.8 (3.2-11.3)
Leeftijd bij eindmeting (jaar), mediaan (IQR)	11.3 (8.2-12.7)	10.9 (5.5-13.6)

a Gebied 1: Kogerveldwijk, Nieuw West, Oude Haven, Zaandam Noord, Zaandam West; Gebied 2: Hoornseveld, Peldersveld, Poelenburg; Gebied 3: Assendelft Noord, Assendelft Zuid, Oud Koog aan de Zaan, Westzaan; Gebied 4: Krommenie Oost, Krommenie West. Oud Zaandijk, Wormerveer.

b Significant verschillend tussen interventie- en controlegroep ($p < 0.001$, chi kwadraat toets)

IQR= Interquartilerange (interkwartielafstand)

BMI-verschillen tussen begin- en eindmeting

Om het BMI-verloop tussen de begin- en eindmeting te kunnen bepalen hebben we voor elk kind de BMI SD-score berekend ten tijde van de begin- en eindmeting (1). Deze SD scores geven aan hoeveel standaarddeviaties de BMI van het kind afwijkt van het gemiddelde BMI voor die leeftijd en geslacht. Om het verloop te bepalen hebben we per kind het verschil berekend tussen de SD-score voor BMI bij de eindmeting en de SD score voor BMI bij de startmeting. Een positief verschil geeft aan dat de afwijking van de BMI ten opzichte van gemiddeld is toegenomen (verder genoemd: BMI toegenomen). Bij geen verschil is dit gelijk gebleven en bij een negatief verschil is dit afgenomen (verder genoemd: BMI afgenomen of gelijk gebleven).

Achtergrondinformatie: BMI bij kinderen

BMI (Body Mass Index) wordt berekend als $\text{gewicht}/(\text{lengte})^2$ en geeft daarmee de verhouding tussen lengte en gewicht. Wat een gezonde verhouding tussen lengte en gewicht is bij kinderen is afhankelijk van de leeftijd en het geslacht. Dit komt doordat kinderen in de groei zijn en de lichaamssamenstelling verandert naarmate de kinderen ouder worden en verschilt tussen jongens en meisjes. Wat een gezond of een gemiddeld BMI is, is vastgelegd in zogeheten groeicurves. Op basis van deze groeicurves is het mogelijk om te bepalen hoeveel standaarddeviaties het BMI van een kind afwijkt van wat voor een kind van zijn of haar leeftijd en geslacht een normaal BMI is (SD scores). Omdat de kinderen in de studiepopulatie verschillen in leeftijd en geslacht kunnen we niet zomaar de BMI en de verandering hierin met elkaar vergelijken. Daarvoor hebben we gebruik gemaakt van SD scores. SD scores zijn onafhankelijk van/ gecorrigeerd voor de leeftijd en het geslacht van het kind en kunnen daarom wel met elkaar vergeleken worden.

Tabel 2 geeft voor zowel de interventiegroep als de controlegroep de mediane BMI SD score bij de start en eindmeting, de mediane leeftijd van deze metingen en de verschillen hiertussen. De mediane BMI SD bij de

start en eindmeting was statistisch significant hoger in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep ($p < 0.001$). Hierbij moet worden opgemerkt dat de vergeleken groepen verschillen bij de startmeting. Dit kan worden verklaard doordat gezinnen met ernstigere problematiek meer kans hebben om doorverwezen te worden naar een CZV en daarmee in de interventiegroep te belanden. Dit is van invloed op de betrouwbaarheid van de resultaten.

Tabel 2. Beschrijving van de BMI-status

	Interventiegroep (n=52)	Controlegroep (n=1726)
Startmeting		
Leeftijd (jaar), mediaan (IQR)	9.2 (6.1-11.4)	8.8 (3.2-11.3)
BMI (SDS), mediaan (IQR) ^a	3.1 (2.6-3.8)	2.1 (1.8-2.6)
Eindmeting		
Leeftijd (jaar), mediaan (IQR)	11.3 (8.2-12.7)	10.9 (5.5-13.6)
BMI (SDS), mediaan (IQR) ^a	2.9 (2.3-3.6)	2.1 (1.6-2.8)
Tussen metingen		
Tijd tussen begin en eindmeting (maanden), gemiddelde (SD) ^a	18.0 (10.7)	21.9 (12.1)
Vershil in BMI SDS (eind-start) ^a	-0.27 (0.5)	-0.06 (0.6)

^a Significant verschillend tussen interventie- en controlegroep ($p < 0.001$, Mann-Whitney U toets)

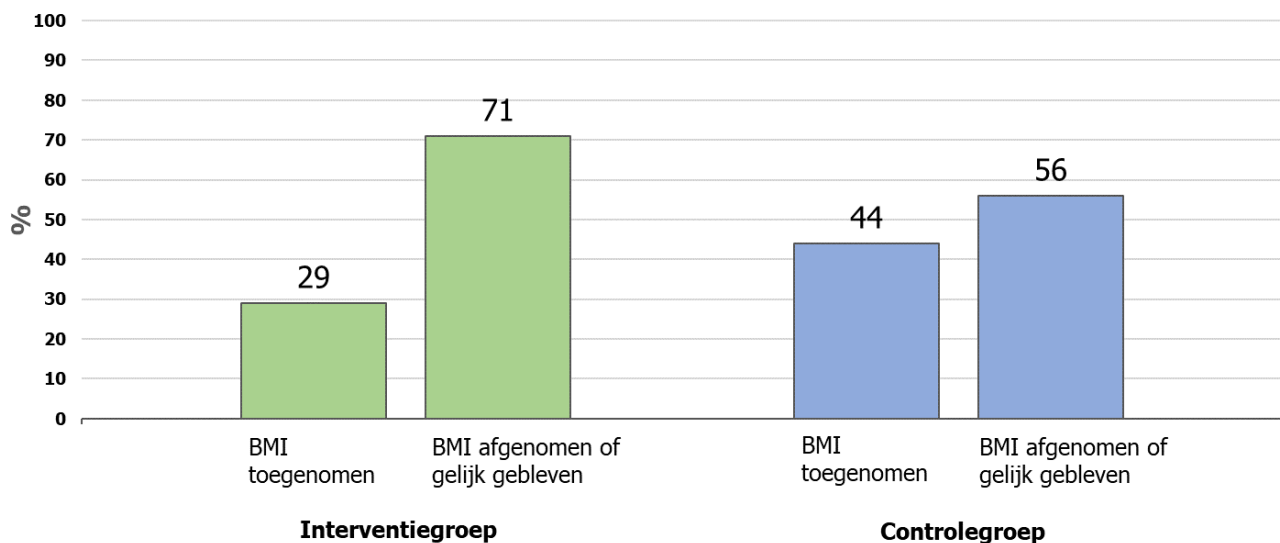
IQR= Interquartilerange (interwartielafstand)

SD= Standaard deviatie

SDS= Standard deviation score

Figuur 1 toont voor de interventiegroep en de controlegroep het percentage kinderen waarvan de BMI is afgenomen of gelijk gebleven en het percentage kinderen waarbij de BMI is toegenomen tussen de start en eindmeting. In de interventiegroep is bij 15 kinderen (28.8%) de BMI toegenomen en bij 37 kinderen (71.2%) de BMI gelijk gebleven of afgenomen. Voor de controlegroep zijn dit respectievelijk 934 kinderen (44.3%) en 1174 kinderen (55.7%).

Figuur 1. Verschillen in BMI tussen begin- en eindmeting



Associatie tussen begeleiding door de centrale zorgverlener en BMI verschillen in de tijd

Om te bepalen of er een associatie is tussen begeleiding door een centrale zorgverlener en het afnemen of gelijk blijven van de BMI hebben we een logistische regressie gerund. **Tabel 3** geeft hier de resultaten van. Begeleiding door de centrale zorgverlener was geassocieerd met een twee keer zo hoge odds ("kans") op het gelijk blijven of afnemen van de BMI (Ruw model, OR (95% BI); 2.0 (1.1-3.6)). De duur van de trajecten zijn echter niet voor elk kind gelijk, wat invloed kan hebben op het gemeten BMI verloop. Als we rekening houden met de tijd tussen de metingen bleef de kans op het gelijk blijven of afnemen van de BMI ook ongeveer twee keer zo groot bij begeleiding door een centrale zorgverlener (OR (95% BI): 1.9 (1.1-3.6)).

Tabel 3. Associaties begeleiding centrale zorgverlener met BMI verschil tussen start- en eindmeting.

Model	n	OR (95% BI)
Ruw model	2160	2.0 (1.1-3.6)
Ruw model + tijd tussen metingen	2160	1.9 (1.1-3.6)

OR= Odds Ratio

BI= Betrouwbaarheidsinterval

Kanttekeningen

Bij bovenstaande resultaten moet het volgende worden opgemerkt: door beperkingen in de registratie en beschikbaarheid van de data is deze analyse beperkt tot kinderen afkomstig uit Zaandam, terwijl er centrale zorgverleners in meer gemeenten in de regio actief zijn. Ook was de interventiegroep klein en was er weinig informatie beschikbaar over sociaal demografische kenmerken. Deze kenmerken waren ofwel in zijn geheel afwezig of beschikbaar voor een klein aantal kinderen (bijvoorbeeld het opleidingsniveau van de ouders). Daarnaast waren de interventiegroep en controlegroep niet gelijk bij de startmeting. Kinderen in de interventiegroep hadden hogere BMI SD scores bij de startmeting vergeleken met kinderen in de controlegroep. Kinderen met ernstigere problematiek hebben meer kans om te worden doorverwezen voor begeleiding door een centrale zorgverlener en dus in de interventiegroep te belanden. Er kan niet worden uitgesloten dat deze beperkingen hebben geleid tot een vertekening van de resultaten. De resultaten van deze analyses moet daarom als indicatief beschouwd worden. Voor een meer valide onderzoek naar deze vraagstelling is een zorgvuldig ontworpen interventiestudie benodigd.

Conclusie

Begeleiding door de centrale zorgverlener is geassocieerd met stabilisatie of afname van de BMI. Omdat er beperkingen zijn in de beschikbaarheid van data en de samenstelling van de vergeleken groepen moeten deze resultaten als indicatief worden beschouwd.

3. Aanvullend aan bovenstaande beschrijving vanuit het digitale dossier van JGZ, beschrijven we hieronder vier onderwerpen op basis van de mening van zes centrale zorgverleners die al enige tijd in Zaanstreek-Waterland werken.

1. Wie verwijst naar de centrale zorgverleners?

Meeste verwijzingen via Jeugdgezondheid

Volgens de centrale zorgverleners zijn de meeste gezinnen binnengekomen via de Jeugdgezondheid (JGZ) van de GGD. Daarna gevolgd door de kinderarts, het jeugdteam, school en tot slot ZaansFit. Daarnaast zijn er andere verwijzingen genoemd zoals de diëtist en de fysiotherapeut. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de top 5 van het jaar 2019, het enige verschil is dat gezinnen nu vaker via school binnenkomen en minder via ZaansFit.

Top 5

1	JGZ
2	Kinderarts
3	Jeugdteam
4	School
5	ZaansFit

2. Naar wie verwijzen centrale zorgverleners de gezinnen door?

Doorverwijzingen naar andere professionals en sport

De meeste centrale zorgverleners geven in 2022 aan dat ze naar sportactiviteiten doorverwijzen. Ook geven ze aan dat ze vaak naar de kinderarts doorverwijzen. De kinderarts kan onderzoeken of er onderliggende medische of genetische oorzaken zijn en of er sprake is van meetbare gezondheidsrisico's zoals leververvetting of hoge bloeddruk. Daarnaast geven de zorgverleners aan dat ze ook vaak doorverwijzen naar een diëtist die een passend eetschema kan voorstellen. Tenslotte wordt er in 2022 naast overige instanties doorverwezen naar het jeugdteam, de fysiotherapeut en ZaansFit.

Top 5

1	Sport
2	Kinderarts en diëtist
3	Jeugdteam
4	Fysiotherapeut
5	ZaansFit

3. Effect van ondersteuning door centrale zorgverleners

Doel van de ondersteuning van gezinnen is een betere kwaliteit van leven van kinderen en op de lange termijn stabilisatie of afname in gewicht. Elk gezin formuleert een eigen doel op basis waarvan het actieplan wordt ontwikkeld. In deze evaluatie kan nog geen uitspraak worden gedaan over de behaalde resultaten op kwaliteit van leven en gewicht. Wel is bekend welke doelen het meest worden opgesteld samen met de centrale zorgverlener. Doelen die het meest worden gesteld aan het begin van het traject zijn: fitter worden, (in clubverband) gaan sporten, gezonde keuzes kunnen maken, meer zelfvertrouwen krijgen en gewicht stabiel houden. Naast deze doelen zijn er ook andere doelen genoemd door de centrale zorgverleners zoals gezond kunnen koken, lekker in je vel zitten en meer vrienden maken.

Top 5

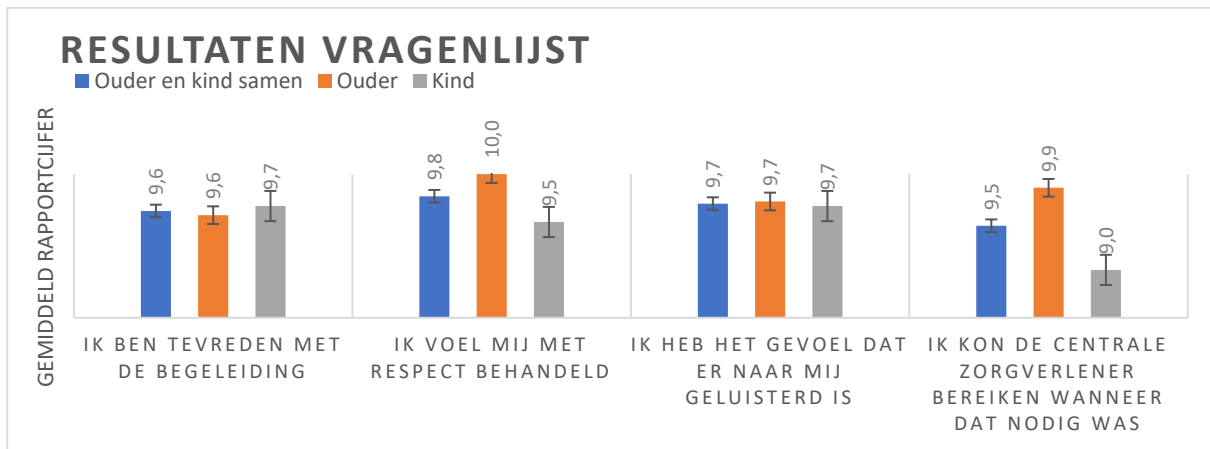
1	Fitter worden
2	(In clubverband) gaan sporten
3	Gezonde keuzes kunnen maken
4	Meer zelfvertrouwen krijgen
5	Gewicht stabiel houden

Uit eerdere evaluatie uit 2020 bleek dat 83% van de gezinnen hun doelen behaalt en dat bijna de helft aangeeft dat hun situatie sterk verbeterd is (GGD Zaanstreek-Waterland, 2020, Evaluatie Centrale Zorgverlener Zaanstad. Klik [hier](#) voor de PDF.

4. Tevredenheid van ouders over begeleiding door centrale zorgverleners

Resultaten vragenlijst tevredenheid met begeleiding

In de periode juni 2022 tot en met oktober 2022 vroegen centrale zorgverleners (CZV) bij de afronding van het traject kinderen en ouders om een digitale vragenlijst in te vullen over hun tevredenheid met de begeleiding. In totaal vulden 7 ouders en 6 kinderen (11 jaar en ouder) de vragenlijst in. In tabel 1 zijn de resultaten van de vragenlijst te zien voor ouders, kinderen en de gemiddelde score van ouders en kinderen samen.



Tabel 1: Resultaten vragenlijst

Ouders en kinderen geven een 9,6 voor hun tevredenheid met de begeleiding. Ook voelen zij zich met respect behandeld (9,8), hebben zij het gevoel dat er naar hen geluisterd is (9,7) en dat zij de CZV konden bereiken wanneer dat nodig was (9,5). Ouders en kinderen gaven niet lager dan een 7 voor de onderdelen.

In het open veld van de vragenlijst waren ouders zeer positief over de begeleiding. Ouders spraken over 'een perfect traject', 'grote steun' en 'fantastische begeleiding'. Zij gaven aan het fijn te vinden dat het hele gezin betrokken werd en dat de centrale zorgverlener 'geduldig, zorgzaam en meedenkend' was. Één van de ouders noemt zichzelf 'gesterkt in eigen kwaliteiten' en 'heeft inzicht, vertrouwen gekregen in eigen kunnen.' Verbeterpunten zijn meer informatie op papier verstrekken en met school in gesprek te gaan over de regels aldaar.

Resultaten interviews tevredenheid met begeleiding

In 2022 zijn ouderen en kinderen uit de regio geïnterviewd over hun ervaring met de begeleiding door de CZV. Als het gaat om hulp en ondersteuning van de centrale zorgverleners zijn ouders volgens de centrale zorgverleners over het algemeen tevreden. Volgens de centrale zorgverleners zijn de ouders met name tevreden met het soort hulp of ondersteuning dat aangeboden wordt. Ten eerste vinden ouders het fijn dat ze ondersteund worden in de vorm van informatievoorziening. Zo geven ouders aan dat ze uitleg die gegeven wordt over het ontstaan van overgewicht, factoren die invloed hebben op overgewicht, informatie over gezonde voeding en beweging heel fijn vinden. Ten tweede vinden de ouders het belangrijk dat er met ze mee gedacht

wordt in oplossingen en om samen een plan te bedenken. Hierin worden vaak haalbare doelen gesteld die in kleine stapjes worden nagestreefd. Doordat deze doelen haalbaar zijn, worden de kinderen vaak gemotiveerd om hieraan mee te werken. Ook wordt er meegedacht over doorverwijzingen in samenspraak met de ouders en het kind. Ten derde vinden ouders het fijn dat het contact met de centrale zorgverlener laagdrempelig is. Zo vinden de ouders dat de centrale zorgverlener goed bereikbaar is. Tenslotte vinden de ouders het fijn dat ze gehoord worden. Ouders vinden dat ze echt gezien worden door de centrale zorgverlener en dat ze nergens op geoordeeld worden. Dit geeft ouders een prettig gevoel.

Conclusie

De voorlopige resultaten laten zien dat gezinnen zeer tevreden zijn met de begeleiding. Vanwege het lage aantal deelnemers kan geen uitspraak worden gedaan over de tevredenheid van de gehele groep gezinnen die begeleid zijn door de CZV. In de toekomst komen meer resultaten en kunnen sterkere conclusies getrokken worden.