

Eindrapport evaluatie



Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inleiding	3
Aanpak en doelstellingen	3
Doelgroep	3
Meetdoel 1: evaluatie ter optimalisatie van de applicaties	4
Zorgverleners applicatie	4
Data schoning	4
Aantal en type zorgverleners	4
Gebruik van de zorgverlener applicatie	6
Aantal cases en patiënten	8
Gebruik van functionaliteiten binnen de applicatie	9
Gebruik van push berichten	9
Applicatie kind/ouder	9
Kids2Go2	9
Sociale kaart	11
Conclusie	12
Meetdoel 2: procesevaluatie	13
Methode	13
Samenvatting resultaten	13
Conclusie en advies	18
Meetdoel 3: evaluatie van de impact en opbrengst	20
Inleiding	20
Evaluatie onder zorgverleners	20
Doelstellingen	20
Werving deelnemers	20
Uitkomsten	21
Conclusie en advies	24
Evaluatie onder ouders/kinderen	25
Doelstellingen	25
Werving deelnemers en informed consent	25
Uitkomsten	25
Conclusie en advies	26

Samenvatting

Het Be-My-Coach (BMC) project heeft een belangrijke basis gelegd voor het ondersteunen van kinderen met overgewicht, hun gezinnen en zorgverleners. Het project resulteerde in de ontwikkeling van applicaties die kinderen en ouders helpen bij het vergroten van hun kennis over voeding, beweging en ontspanning. Tegelijkertijd biedt de zorgverlenersapplicatie tools voor betere samenwerking en efficiëntere begeleiding binnen de zorgketen.

Een van de sterke punten van het project was de samenwerking tussen diverse partners, waaronder zorgprofessionals, technische ontwikkelaars en de kinderadviesraad (Kids2Go2). Dankzij deze brede samenwerking en de flexibele agile werkwijze konden twee functionerende applicaties en een sociale kaart worden opgeleverd, ondanks de complexiteit van het project. De input van kinderen uit de kinderadviesraad heeft bovendien bijgedragen aan een applicatie die beter aansluit bij de behoeften van de doelgroep.

De eerste resultaten laten zien dat gebruikers baat hebben bij de applicaties, wat zich uit in een verhoogde kennis en verbeterde leefstijl. De structuur van BMC ondersteunt bovendien het principe van Samen Beslissen, waardoor gezinnen meer regie krijgen over hun eigen behandeling. Zorgverleners waarderen de geboden ondersteuning, hoewel er nog ruimte is voor bredere adoptie en verbetering in gebruiksgemak.

Het project heeft potentie om impact te maken in de aanpak van overgewicht bij kinderen. Met verdere optimalisatie van de applicaties, intensievere betrokkenheid van gebruikers en bredere implementatie kan BMC uitgroeien tot een krachtig hulpmiddel voor zowel zorgverleners als gezinnen. De positieve samenwerking en de reeds behaalde resultaten vormen een stevige basis voor verdere opschaling en verduurzaming van het project.

Inleiding

Dit eindrapport is opgesteld om inzicht te geven in de uitkomsten van de evaluatie van project Be-My-Coach (BMC). Het rapport is onderdeel van de verantwoordingsdocumentatie. Voor meer informatie over de aanleiding en doelstellingen van project BMC verwijzen wij naar het [verantwoordingsdocument](#).

Aanpak en doelstellingen

De evaluatie van BMC is onderverdeeld in 3 verschillende onderdelen, elk met hun eigen doelstellingen en aanpak.

Meetdoel 1: evaluatie ter optimalisatie van de applicaties

Het is belangrijk de applicaties te evalueren, zowel tijdens als na de livegang, zodat de functionaliteiten, het gebruik, de inhoud en de 'look and feel' zo goed mogelijk aansluiten bij de wensen van de gebruikers.

Meetdoel 2: procesevaluatie

Doel is om inzicht te krijgen in de totstandkoming van BMC. Hiermee maken we kenbaar onder welke condities zowel de implementatie als uitvoering van BMC succesvol is. We krijgen inzicht in de randvoorwaarden, succes- en faalfactoren en de werkzame elementen.

Meetdoel 3: evaluatie van de impact en opbrengst

Doel is om inzicht te krijgen in diverse uitkomsten wat betreft opbrengst/effect en impact van BMC, zowel onder ouders/kinderen als onder zorgverleners. Dit is overeenkomstig met de te behalen doelstellingen en resultaten op projectniveau. Hierbij richten we ons dus op het gebruik en de ervaringen met Be-My-Coach;

- Ervaren ondersteuning bij beslismomenten bij kind/gezin en professional (is de informatie toereikend en draagt dit bij aan Samen Beslissen);
- Ervaren zelfstandigheid en eigen regie van kinderen (en gezin);
- Ervaringen van (zorg)professionals;

Doelgroep

De evaluatie van BMC vindt plaats bij vier doelgroepen:

1. *Kind (de gebruiker)* - Kinderen in de leeftijdsgroep van 8-13 jaar met overgewicht/obesitas. Kinderen van 13 jaar die nog op de basisschool zitten worden ook geïnccludeerd vanwege de vergelijkbare belevingswereld van deze kinderen.
2. *Gezin (de gebruiker)* - Ouders/verzorgers van kinderen in de basisschoolleeftijd (8 t/m 12-13) met overgewicht/obesitas.
3. *Zorgprofessional (de gebruiker)*
 - a. Medisch domein: kinderarts, huisarts, jeugdarts/-verpleegkundige en Centrale Zorgverlener volgens het landelijk model ketenaanpak.
 - b. Paramedisch domein: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, leefstijlcoaches / kinder gezondheidscoaches.
 - c. Sociaal domein: centrum voor jeugd- en gezin, sociaal wijkteam en kinderpsychologie.
4. *Samenwerkingspartners van BMC (de ontwikkelaar)* – Projectleiders, deelnemers aan deelprojectgroepen, deelnemers aan adviesraad en stuurgroep

Meetdoel 1: evaluatie ter optimalisatie van de applicaties

Dit onderdeel is bedoeld om inzicht te krijgen in de gebruikersdata van de verschillende applicaties (zorgverleners applicatie, de kind/ouder applicatie en de sociale kaart) binnen Be-My-Coach. Na de livegang van de applicaties eind mei 2024, zijn wij een pilot gestart onder 23 geworven zorgverleners (onder wie 4 jeugdverpleegkundigen, 3 kinderartsen en 16 huisartsen). Inmiddels (peildatum 1-9-2024) hebben er 41 zorgverleners een account voor de zorgverleners applicatie: 4 jeugdverpleegkundigen, 15 kinderartsen, 1 kinderarts in opleiding, 5 diëtisten, en 16 huisartsen.

Meetdoel 1 heeft als doel het *optimaliseren van de applicaties*. Door het meten van het gebruik door zorgverleners en kinderen/ouders, kunnen we achterhalen welke functionaliteiten, inhoudelijke aspecten en/of vormgeving van de applicaties het meest/minst gebruikt worden. Deze analyse geeft inzicht en bepaalt de aandachtspunten voor verdere ontwikkeling.

In dit hoofdstuk proberen we antwoord te geven op het gebruik van de zorgverleners applicatie, de kind/ouder applicatie en de sociale kaart.

Zorgverleners applicatie

Data schoning

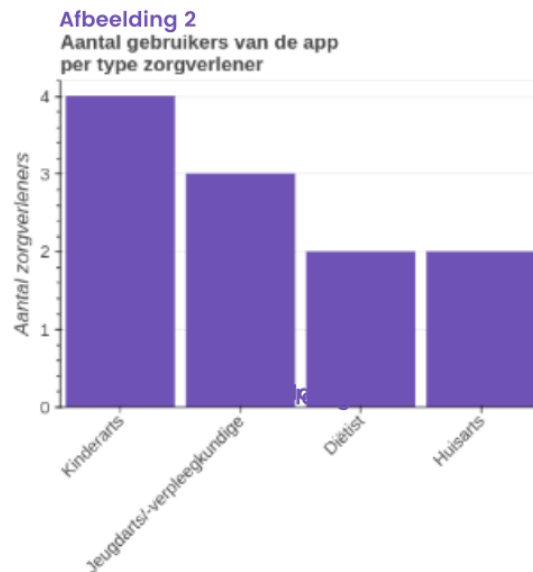
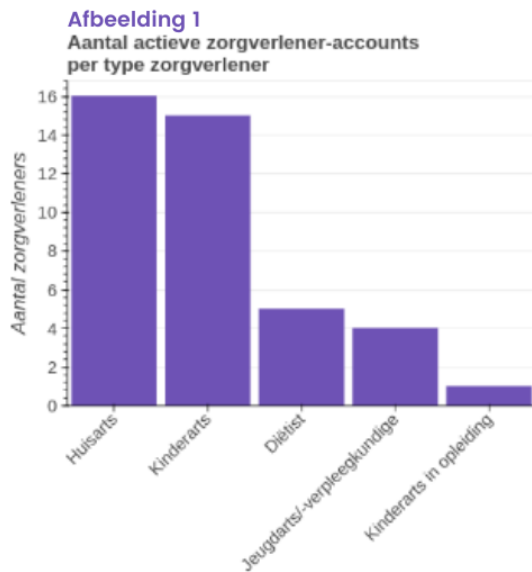
De aangemaakte cases door beheerders die betrokken zijn bij Be-My-Coach niet meegenomen, om geen vertekend beeld te krijgen van de totale aantallen cases. Wel is de verwachting dat bij elke case een beheerder betrokken is (in tabel *case_carer* gekoppeld), aangezien in de applicatie wordt gevraagd ALTIJD de beheerder toe te voegen aan de case voor administratieve doeleinden. Dit was helaas niet te automatiseren in de applicatie, waardoor dit een handmatige actie van de betrokken zorgverlener vereiste.

Aantal en type zorgverleners

In totaal is er voor 41 verschillende zorgverleners een account aangemaakt binnen de applicatie. Echter, de meerderheid van deze zorgverleners heeft de applicatie nooit gebruikt. 8 zorgverleners hebben de applicatie eenmalig gebruikt om in te loggen en hun notificatie-instellingen aan te passen. Zij hebben alleen het startscherm gezien. 3 zorgverleners hebben de applicatie actief gebruikt. Zij hebben een of meerdere cases aangemaakt en waren bij andere cases betrokken als extra zorgverlener. Zij hebben de fases van het zorgpad voor verschillende cases vastgelegd, en vragenlijsten ingepland.

- Aantal unieke zorgverleners totaal aangemaakte accounts (actief en inactief): 41
- Aantal unieke actieve accounts: 41
- Aantal organisaties waarvan zorgverleners bekend zijn in de applicatie: 4
- Aantal unieke zorgverleners die de applicatie daadwerkelijk hebben gebruikt: 11
- Aantal zorgverleners dat zelf een of meerdere cases hebben aangemaakt en van die cases hoofd zorgverlener zijn: 3

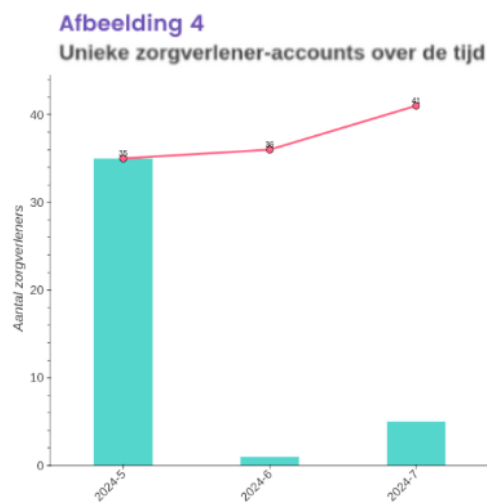
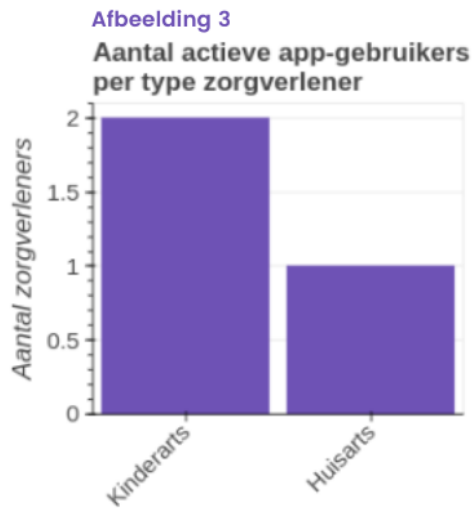
Als we deze aantallen onderverdelen in type zorgverleners, geeft dat het volgende beeld.



In afbeelding 1 is de onderverdeling van verschillende type zorgverlener accounts te zien, waarbij het overgrote deel huisartsen en kinderartsen betreft. Dit beeld zegt nog niets over het daadwerkelijke gebruik, maar over het aantal actieve accounts.

In afbeelding 2 is een onderverdeling te zien van het gebruik van de applicatie. Hier gaat het dus om het aantal zorgverleners die de app hebben geactiveerd en tenminste één keer hebben geopend. Van de in totaal 11 zorgverleners die de applicatie hebben geactiveerd, is dit voornamelijk gedaan door kinderartsen en jeugdverpleegkundigen. Dit beeld maakt inzichtelijk dat hoewel het overgrote deel van de accounts is aangemaakt voor huisartsen, er nog maar 2 van de 16 huisartsen de applicatie hebben gebruikt (verschillende redenen liggen hieraan ten grondslag, die we in dit stuk niet verder zullen behandelen). Daarmee zien we dat de applicatie onder de huisartsen nog niet voldoende is geborgd, en we dat als focuspunt mogen meenemen in de verdere implementatie.

Afbeelding 3 laat het actieve gebruik zien, waarbij duidelijk wordt dat 2 kinderartsen en 1 huisarts actief gebruik hebben gemaakt van de applicatie. Hier valt nog veel winst te behalen.

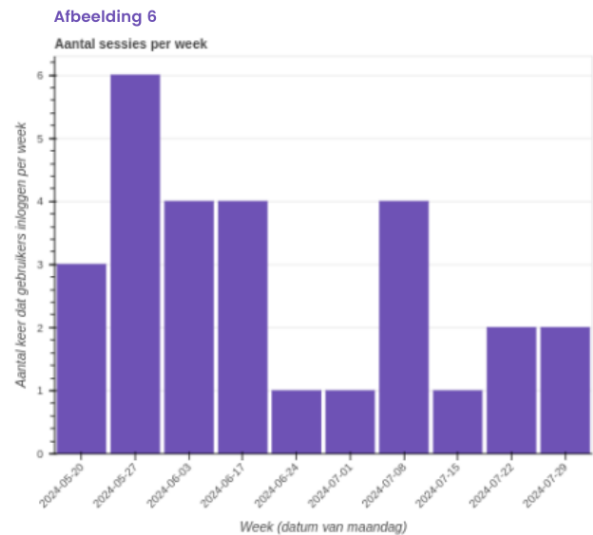
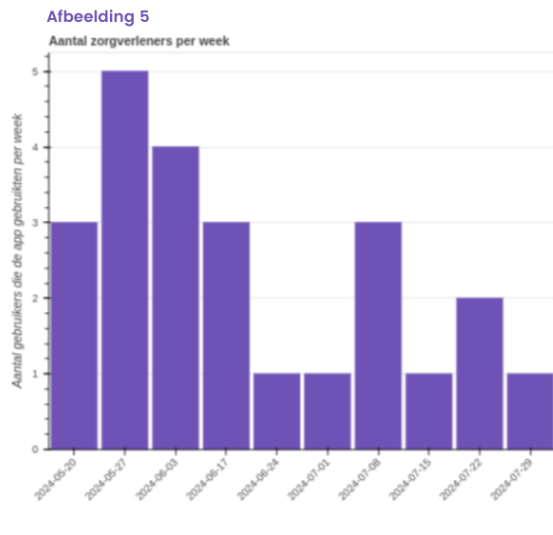


Afbeelding 4 toont het aantal unieke zorgverleneraccounts over de tijd. Hierbij geeft de groene balk het aantal nieuwe accounts weer per maand, en de rode lijn de cumulatieve accounts. In de cumulatieve lijn wordt geen rekening gehouden met zorgverleners die zich na aanmelden ook weer afmelden. Het telt dus alle mensen die op enig moment een account hebben in de app en houdt niet bij of deze mensen de app nog steeds gebruiken. Deze grafiek laat zien dat er in mei een hoop accounts zijn aangemaakt, en dat het aantal nieuwe accounts in de daaropvolgende maanden is afgenomen. Dit beeld was naar verwachting, waaruit we kunnen concluderen dat het gebruik nog minimaal is (voornamelijk nu de mensen die meedoen aan de pilot) en er vanuit het projectteam acties nodig zijn om de applicaties te laten landen in de regio.

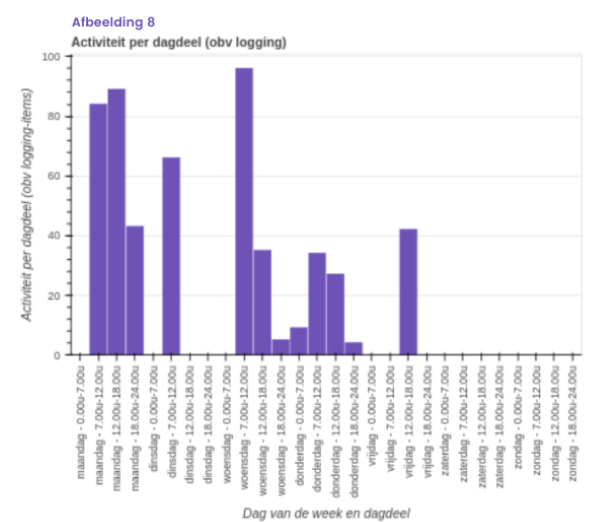
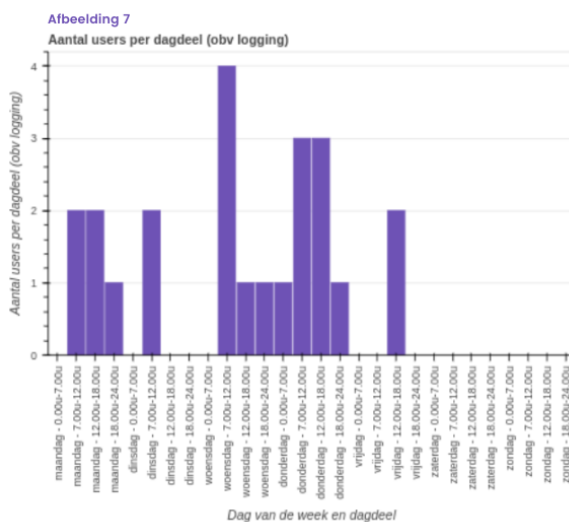
Gebruik van de zorgverlener applicatie

Voor de 11 zorgverleners die de app minstens 1 keer hebben geopend, hebben we gekeken op welke momenten zij de app hebben geopend. Afbeelding 5 laat hierin zien hoeveel zorgverleners de app hebben gebruikt per week, en afbeelding 6 het aantal sessies per week. Wat we hierin zien is dat de app voornamelijk in de beginweken het meest is gebruikt, wat overeenkomt met het aantal nieuwe accounts in mei, ten opzichte van juni en juli.

Vanwege de korte periode en het beperkt aantal gebruikers zijn hier nog geen patronen zichtbaar die we nu zouden kunnen gebruiken bij de communicatie en/of doorontwikkeling van de app.



Ook afbeeldingen 7 en 8 met gebruik per dagdeel geven nog geen bruikbare informatie vanwege het beperkte gebruik. Nu zien we dat de meeste sessies plaatsvinden in de ochtend van werkdagen. Dit is conform onze verwachting dat zorgverleners de app vóór hun diensten hebben bekeken (niet tijdens een consult). Idealiter zouden we het gebruik door de dag heen willen zien. Dit zou ons laten zien dat de applicatie tijdens consults wordt gebruikt en het in samenspraak wordt gebruikt met kind en ouder.

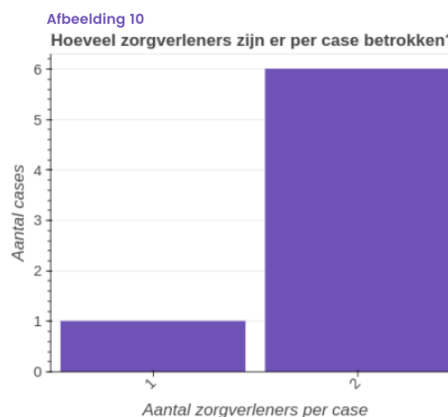
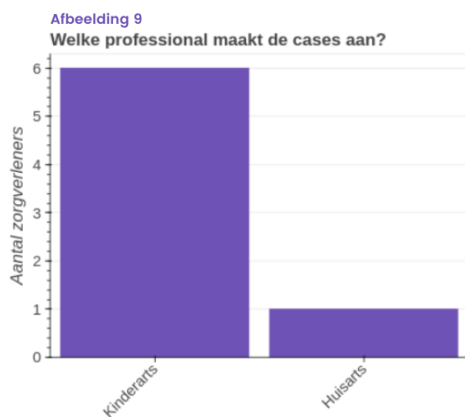


Aantal cases en patiënten

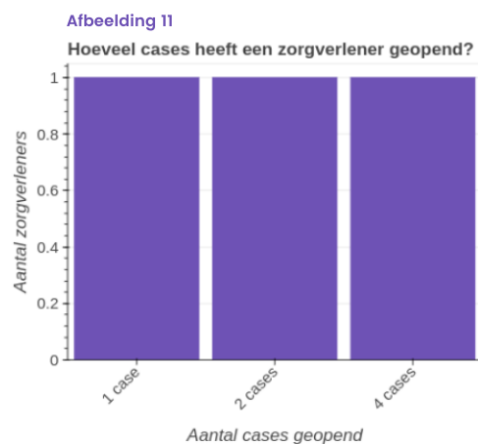
Het aantal unieke cases en het aantal patiënten is hieronder zichtbaar. Van deze patiënten zijn geen patiëntkenmerken zoals geslacht en leeftijd bekend. Daarvoor hebben we een koppeling nodig met de data vanuit de kind- en ouder applicatie van Viduet. Die koppeling is er (nog) niet.

- Aantal unieke cases, gesloten en open: 7
- Aantal unieke patiënten, gesloten en open cases: 7
- Aantal unieke actieve cases: 7
- Aantal unieke patiënten binnen actieve cases: 7

In de periode mei - augustus zijn er in totaal voor 7 kinderen een case aangemaakt. Van de 7 cases, zijn 6 cases aangemaakt door een kinderarts, 1 door een huisarts (zie afbeelding 9). Meestal wordt door een zorgverlener die een case aanmaakt, 1 andere zorgverlener bij de case betrokken (zie afbeelding 10). Daarnaast wordt tot nu toe in alle gevallen ook de beheerder toegevoegd als betrokken persoon.



In totaal maakten 3 zorgverleners een of meerdere cases aan. 1 zorgverlener (een huisarts) maakte 1 case aan, 1 zorgverlener (kinderarts) maakte 2 cases aan en 1 zorgverlener (kinderarts) maakte 3 cases aan (afbeelding 11). Vervolgens hebben we gekeken naar het (her)gebruik van de cases. Afbeelding 12 laat zien dat in twee gevallen een zorgverlener 4-5 keer dezelfde case bekeken heeft. Vaker komt het voor dat een zorgverlener 2 of 3 keer dezelfde case opent in de app of slechts 1 keer met de case aan de slag is gegaan in de app.



Gebruik van functionaliteiten binnen de applicatie

De *events tabel* geeft inzicht in het gebruik van de verschillende onderdelen van de applicatie. Tot nu toe zien we de volgende patronen (deels ook veroorzaakt door de voorwaarden van de applicatie). Per case activeert alleen de hoofd-zorgverlener events voor de case. Alle hoofd-zorgverleners volgen het volgende patroon:

- Vaststellen wat er speelt (diagnostische fase)
- Aanmaken patiënt account
- Diagnostiek naar onderliggende aandoeningen, comorbiditeit en psychosociale- en leefstijl verkenning (diagnostische fase)
- Opstellen behandelplan
- Behandeling

Voor 1 case is ook na het starten van de behandeling nog diagnostiek uitgevoerd, namelijk '*Bepalen mate overgewicht (BMI) & co-morbiditeit*'.

Gebruik van push berichten

Vanuit de zorgverleners applicatie is het mogelijk om berichten te sturen naar de kind/ouder applicatie. Dit omvat berichten met de vraag om bepaalde vragenlijsten in te vullen en/of het attenderen om naar bepaalde content te kijken om meer informatie te krijgen over een gezonde levensstijl.

Er zijn drie verschillende zorgverleners die van een of meer cases hoofd-zorgverlener zijn. We zien hen als actieve gebruikers. Alle drie hebben zij gebruikgemaakt van de mogelijkheid om berichten te verzenden naar de kind en ouder applicatie. In totaal werd 5 keer een bericht verzonden, 4 keer met betrekking tot dezelfde case, 1 keer in het kader van een andere case. Twee zorgverleners deden dit in hun rol als hoofd-zorgverlener, 1 deed dit als betrokken zorgverlener bij een case die door iemand anders was aangemaakt.

Applicatie kind/ouder

Helaas zijn er nog niet genoeg kinderen geïncorporeerd in de applicatie van kind/ouder om hier een analyse op uit te kunnen voeren. In totaal zijn er voor 4 kinderen een account aangemaakt in de zorgverleners applicatie, waarvan 3 kinderen hun account hebben geactiveerd. Echter zien we dat nog geen enkel kind gebruik heeft gemaakt van de applicatie; er zijn nog geen vragenlijsten ingevuld en er is ook nog niet naar de content gekeken. Het gebruik van de applicatie kind/ouder geeft op dit moment geen verdere inzichten.

Kids2Go2

Bij de kinderen van de kinderadviesraad (Kids2Go2), hebben we getoetst hoe zij de applicatie ervaren. Daarbij hebben we zelf door de applicatie genavigeerd en hun mening gevraagd over alle functionaliteiten/aspecten van de applicatie. Dit heeft ons inzichten gegeven die we meenemen in de verdere ontwikkeling van de applicatie.

Startscherm vragenlijst

- Werd als een 'beetje saai' ervaren (niet configureerbaar in Viduet)

- Mag meer kleur krijgen volgens de kinderen (niet configureerbaar in Viduet)
- Grotere vakjes (blokken) per vragenlijst zodat de pagina wat meer gevuld is (niet configureerbaar in Viduet)

Vragenlijst

- Het is duidelijk wat de bedoeling is en wat ze moeten doen (het bericht erbij is helder)
Bij antwoordmogelijkheden eventueel ook een open antwoord optie, zodat ze meer tekst kunnen typen en uitleggen wat ze ervaren
- De kinderen vinden 24 vragen best veel, maar kan wel

Berichtencentrum

- Plaatje bij de tekst zetten, dit maakt het leuker (niet configureerbaar in Viduet)
- De vetgedrukte tekst mag in een andere kleur (niet configureerbaar in Viduet)
- De kleur van de bovenbalk is 'saai' (niet configureerbaar in Viduet)
- Taalgebruik is duidelijk en helder voor deze leeftijdsgroep

Leercentrum

- De naam 'leercentrum' is voor kinderen niet aansprekend, klinkt als 'school' (niet configureerbaar in Viduet)
- Plaatje is wel leuk, zonder de afstudeer hoed (wederom gelinkt aan school) (niet configureerbaar in Viduet)
- Het inloggen in het leercentrum snapt iedereen (moeten ze op school ook)
- De plaatjes op de startpagina passen niet zo goed bij elkaar, bijvoorbeeld meer dezelfde stijl en/of kleur creëren. De plaatjes van de modules 'bewegen' en 'voeding' wel goed. Plaatje met robot (praten over overgewicht) snappen ze niet
- De naam 'cursus' klinkt als school, maar kan wel. Niet echt andere suggesties kunnen bedenken: misschien hoofdstuk of thema? (niet configureerbaar in Viduet)
- Overgewicht is niet leuk, dus liever niet benadrukken. Breng het positief, kinderen doen vaak al heel goed hun best. Het moet niet frustrerend zijn
- Keuze tussen zelf lezen of luisteren per module, dat is fijn voor kinderen die meer moeite hebben met lezen.

Cursus bewegen (doorheen gelopen samen)

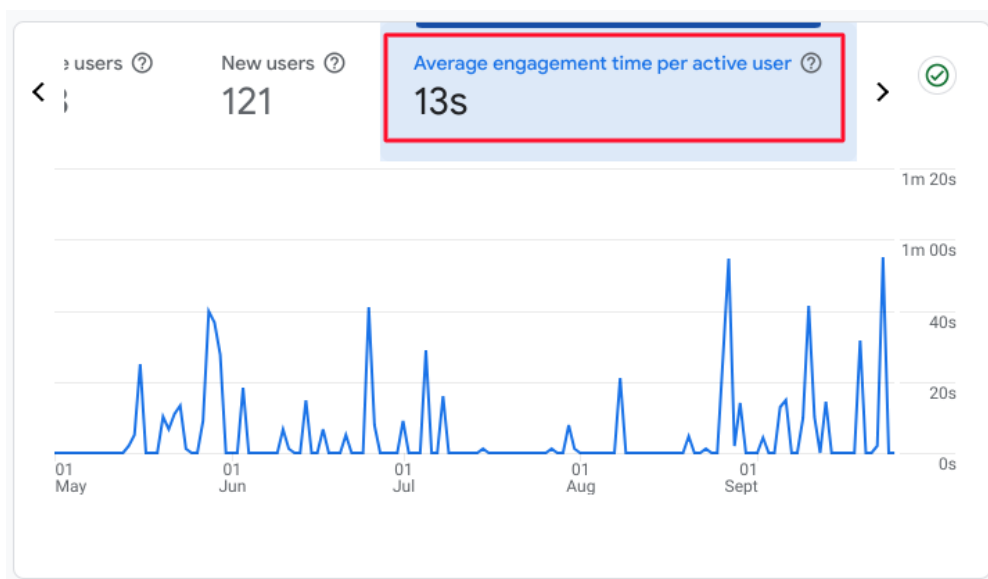
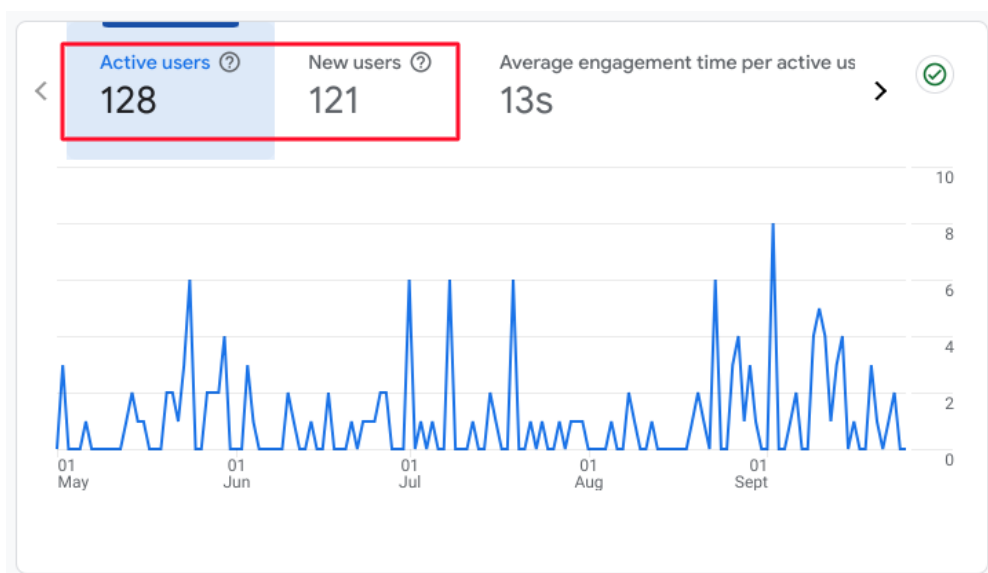
- Kleur van de achtergrond startscherm bovenaan saai
- Wel duidelijk waar je moet klikken (het doorklikken naar de volgende sectie)
- Zwarte letters op gele achtergrond: grotere letters/meer contrast
- Bij plaatjes die omdraaien bij klik: niet duidelijk. Zet het er groter/opvallender boven dat ze op de kaartjes moeten klikken (zouden ze nu niet doen)
- Veel scrollen en niet altijd duidelijk dat je nog door naar beneden kan (minder wit regels)
- Filmpjes zijn leuk, die zouden ze zeker bekijken
- Vraag tussendoor is ook leuk, maar niet teveel
- Experiment is leuk, maar moet niet te lang duren (hele week is te lang), beter bijvoorbeeld een dag, anders wordt het niet afgemaakt
- Simpele tips: klik op bolletjes ivm klik op afbeelding. Ook hier de instructie groter/vet/opvallender

Algemeen

- Onderin app een tabblad waarin je rechtstreeks naar leercentrum gaat (niet alleen via links in berichten) zou wenselijk zijn
- Ja, deze app/leercentrum zou kunnen helpen voor kinderen met overgewicht denken ze
- App moet wel bekendheid krijgen om te zorgen dat kinderen het gaan gebruiken, tiktok of instagram hiervoor gebruiken. Posters/flyers minder voor kinderen
- App op telefoon spreekt meer aan dan leercentrum, als de app wat vrolijker / meer kleur krijgt

Sociale kaart

De sociale kaart is in de periode mei - september 2024 door 128 gebruikers gebruikt, waarvan 121 unieke gebruikers (die de applicatie voor het eerst hebben geopend).



Op dit moment zien we een gemiddeld gebruik van 13 seconden per sessie, wat aan de lage kant is. Dit kan betekenen dat veel gebruikers de applicatie openen en weer meteen sluiten. Andere gebruikers gebruiken de applicatie tot 1 minuut, wat het gemiddelde trekt naar 13 seconden. Dit zien we ook terug in het gebruik van de applicatie in de tabel hieronder. Veel gebruikers starten enkel een sessie en bekijken / scrollen de pagina. Bij 'user engagement' zien we de aantallen al naar beneden gaan, maar nog steeds zijn er 65 gebruikers die 'iets' doen met de applicatie. Als we dan kijken naar het aantal 'clicks' zien we dat maar 7 gebruikers iets in de applicatie hebben aangeklikt en gebruik hebben gemaakt van de functionaliteiten.

	Event name		↓ Event count	Total users
	Total		681 100% of total	128 100% of total
	1 session_start		163	127
	2 page_view		158	127
	3 scroll		144	117
	4 first_visit		121	121
	5 user_engagement		65	44
	6 mq_bmc_filter		20	12
	7 click		7	6
	8 form_start		2	2
	9 form_submit		1	1

Conclusie

In de periode van mei tot augustus 2024 werd de Be-My-Coach-applicatie getest door kinderartsen, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en huisartsen in de regio Gelderse Vallei. Hoewel er waardevolle inzichten zijn verkregen, blijkt dat er momenteel nog onvoldoende gebruikerservaringen zijn verzameld om een volledige analyse te kunnen uitvoeren. Hierdoor zijn de opgehaalde inzichten over het gebruik tot nog toe beperkt.

De pilot wordt mede daarom verlengd tot december 2024 om meer gebruikers te includeren en aanvullende gegevens te verzamelen. Deze verlenging biedt niet alleen meer tijd voor evaluatie, maar versterkt ook de samenwerking tussen zorgverleners in de regio, wat bijdraagt aan een meer geïntegreerde en efficiënte zorg voor kinderen met overgewicht.

Meetdoel 2: procesevaluatie

Het doel is om inzicht te krijgen in de totstandkoming van BMC. Hiermee maken we kenbaar onder welke condities zowel de implementatie als uitvoering van BMC succesvol is. We krijgen inzicht in de randvoorwaarden, succes- en faalfactoren en de werkzame elementen.

Methode

Data en informatie voor de procesevaluatie is als volgt verzameld:

1. Focusgroepen Kids2go2 (kinderadviesraad) (kinderadviesraad)
Tijdens deze bijeenkomsten worden gestructureerde discussies gevoerd (aan de hand van een gespreksleidraad) over vooraf bepaalde onderwerpen.
2. Vragenlijst en focusgroep samenwerkingspartners:
 - a. Met project- en stuurgroep
 - b. Met ontwikkelaars
3. Notulen en verslagen
Gedurende de ontwikkeling en evaluatie van BMC staan we in de diverse werkgroepen stil bij procesvraagstukken (hoe gaat de voortgang, welke verbeterpunten of aanpassingen zijn er, wat gaat er goed?). De deelprojectleiders maken verslagen van de door hen georganiseerde bijeenkomsten (notulen). Deze verslagen, waarin op hoofdlijnen de besluiten zichtbaar zijn en de beweegreden of discussiepunten uitgewerkt staan, zijn de basis voor de dataverzameling rondom het proces. Deze documentatie is de basis voor het procesvraagstuk.

Samenvatting resultaten

De belangrijkste resultaten per onderdeel uit de procesevaluatie:

1. Algemene beoordeling van het proces: Het proces van de totstandkoming van Be-My-Coach wordt over het algemeen positief beoordeeld, met een gemiddeld cijfer van 7,2. Er waren echter gemengde gevoelens. Het eerste jaar verliep rommelig met onduidelijkheden over doelen, rollen en verwachtingen. Dit kwam onder andere doordat de subsidieaanvraag werd gedaan voordat de inhoudelijke discussies over het project plaatsvonden. Daarnaast bleek er in de loop van de ontwikkeling een scheve verdeling van beschikbare middelen (uren) versus de benodigde inhoudelijke expertise. Door een tekort aan mankracht met medisch inhoudelijke achtergrond (artsen), duurde het langer voordat het zorgpad gedefinieerd was, konden aanpassingen n.a.v. overleggen met technische partners niet altijd snel geleverd worden, en werd de content voor ouder/kind pas in de laatste fase van het project gerealiseerd. Voldoende medische kennis/achtergrond is noodzakelijk om een iteratief ontwikkelproces te faciliteren. In het tweede jaar werd er beter samengewerkt, maar de complexiteit nam toe door de technische ontwikkeling. Ondanks de uitdagingen waren deelnemers trots op de samenwerking tussen de verschillende partijen en de flexibiliteit die de agile werkwijze bood.

2. Realisatie van de doelen: Hoewel de hoofddoelen grotendeels zijn behaald, zoals het opzetten van twee communicerende applicaties en het ontwikkelen van een sociale kaart en toolbox voor Samen Beslissen, was het proces uitdagend. De implementatie was complexer dan verwacht, en het gebruiksgemak van de producten blijft een punt van aandacht. Er was in de ontwikkelfase te weinig tijd en ruimte voor iteraties en de implementatie kwam laat op gang, wat leidde tot een beperkte bewijslast en aantoonbare effecten. Kleinere, haalbaardere doelen hadden mogelijk eerder resultaat opgeleverd.

3. Uitvoering van activiteiten: De meeste activiteiten zijn uitgevoerd zoals gepland, maar sommige waren aanvankelijk vaag geformuleerd, wat leidde tot verschuivingen in de planning. De inrichting van het zorgpad via de metromap bleek complexer dan verwacht. De koppelingen met HIS, ZIS en dossier van GGD zijn vooralsnog niet gerealiseerd.

4. Betrokkenheid van kinderen en gezinnen Het betrekken van kinderen en gezinnen bij de ontwikkeling van Be-My-Coach was een belangrijk aandachtspunt. Dit verliep moeizaam, mede vanwege de gevoeligheid van het onderwerp obesitas. De focus bij de start van het project lag vooral op de professionals. Het opzetten van een adviesgroep voor kinderen (Kids2Go2) is later tot stand gebracht dan gewenst, maar leverde wel waardevolle input op.

5. Betrokkenheid van professionals: De betrokkenheid van zorgprofessionals was redelijk, maar kon beter. Vooral enkele individuen leverden veel waardevolle input, idealiter had echter een bredere groep betrokken moeten zijn, zoals meer jeugdverpleegkundigen, om aan te sluiten op gebruikersbehoeften en een bredere implementatie te bevorderen.

6. Ervaring van technische partners: De technische partners ervoeren het project als complex. De technische ontwikkeling startte pas in het tweede jaar, omdat het vaststellen van de functionele eisen veel tijd in beslag nam, waardoor pas in een latere fase gekozen kon worden over de best passende technische partner. Het was moeilijk om de wensen van het project en de technische mogelijkheden op elkaar af te stemmen. De technische partners merkten dat een meer iteratief proces en eerdere betrokkenheid mogelijk betere resultaten had kunnen opleveren.

7. Succesfactoren: De sterke betrokkenheid van projectleden, hun energie en toewijding werden genoemd als belangrijke succesfactoren. Ook de samenwerking met externe partners zoals Uplearning, Viduet en Phoqus droeg bij aan de positieve resultaten. Het werken volgens de agile-methode zorgde voor flexibiliteit en snellere besluitvorming. De herstructurering van het projectteam in oktober 2023 verbeterde de samenwerking, al leidde dit tot minder externe betrokkenheid.

8. Barrières en tegenvallers: Het eerste jaar duurde te lang door onduidelijke doelen en rollen, wat leidde tot tijdverlies. Ook personele wisselingen en de beperkte betrokkenheid van belangrijke partijen, zoals gemeenten en huisartsen, vertraagden het proces. Technische uitdagingen en het moeilijk bereiken van de doelgroep (kinderen met overgewicht) belemmerden de implementatie van Be-My-Coach. De koppelingen met bestaande systemen (HIS, ZIS, EPD) bleven uit, waardoor het project als een standalone applicatie werd ervaren.

Het project kende de volgende uitdagingen en risico's, met bijbehorende maatregelen:

Risico's en knelpunten	Beoogde maatregelen vooraf	Realisatie en Conclusie
Onvoldoende betrokkenheid van en aansluiting bij doelgroep (kind en gezin)	• Vanaf het begin betrekken we de gedefinieerde doelgroep, en evalueren met hen de resultaten en bepalen we verdere invulling en prioriteiten. • Toegang tot de juiste doelgroep is geregeld door het betrekken van kinderen (en ouders) die in zorg zijn binnen het netwerk. Daarnaast is Stichting Over Gewicht volledig betrokken bij de inrichting van een KinderAdviesRaad. • Actief best-practices zoeken bij deze doelgroep. • We betrekken experts in communicatie met doelgroep.	• Kids2Go2 is ingericht en betrokken • Stichting Over Gewicht was uitgenodigd om deel te nemen aan de projectgroep inhoud en adviesraad met een vrijwilliger; structurele betrokkenheid bestuurlijk in de stuurgroep is niet gerealiseerd ivm wisselingen bij de stichting. • Met andere projecten in de subsidieronde is actief overleg geweest over best-practices. • Twee experts in communicatie met kinderen zijn betrokken geweest bij de content voor de kinderapplicatie.
Belangen van (zorg)professionals lopen uit elkaar/onvoldoende draagvlak	• Vanuit alle betrokken partners/(zorg)professionals is de urgentie onderschreven en aangegeven dat men actief wil bijdragen aan het slagen van dit project. • Er is betrokkenheid vanuit bestuur en management. • De focus ligt op impact voor kind en een efficiënter zorgproces. Dit verbindt. • Er wordt aangesloten bij al bestaande samenwerkingsverbanden binnen regio Gelderse Vallei en actief gewerkt aan netwerkvorming en binding tussen deelnemende (zorg)professionals. • We bieden actieve scholing en ondersteuning bij de nieuwe werkwijze tijdens implementatie.	• Er was een actieve Adviesraad met regionale partners. • Er is actief gezocht naar aansluiting bij het regioplan en de nieuwe coalitie Vitale Gelderse Vallei. • Dit gebeurde met name op bestuurlijk, beleids- en managementniveau, betrokkenheid van uitvoerende professionals (buiten deelnemers aan de projectgroepen) was beperkt. • Een meer centrale rol voor de GGD / gemeente, als regisseurs in de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht, bijvoorbeeld in de stuurgroep was wenselijk geweest. • Scholing en ondersteuning is in de pilotfase geboden door teambijeenkomsten, webinars en een helpdesk.

Bij de verdere detaillering van op te leveren technische omgeving en applicaties komen nieuwe wensen naar boven.	● Partners zijn gecommitteerd om binnen het beschikbare budget tot een invulling van de benodigde componenten te komen. ● Functionele eisen worden ingedeeld in “must-haves” en “nice-to-have” en geprioriteerd zodat onderdelen die de meeste waarde toevoegen gerealiseerd worden.	● Er is een programma van eisen opgesteld, meerdere offertes zijn opgevraagd en er zijn verschillende gesprekken voorafgaand aan de contractering gesteld. ● Het contracteringsproces heeft hierdoor langer geduurd dan vooraf verwacht, ook omdat uiteindelijk twee aanbieders (in plaats van een) nodig waren om de gewenste functionaliteiten te kunnen leveren. ● Leveranciers hebben een actieve eigen bijdrage geleverd (ook financieel) aan de ontwikkeling van dit maatschappelijke product. ● Er was uitgebreide afstemming en overleg nodig om het gedefinieerde zorgpad in te richten binnen de kaders van de Prysma-applicatie en binnen de kaders van de MDR. ● Koppelingen zijn nog niet allemaal tot stand gekomen, dit was wel een wens, maar geen harde eis in de contracten en hier bleek geen ruimte voor.
Doorlooptijden lopen achter doordat bijvoorbeeld de Ketenafspraken over de behandeling van overgewicht/obesitas in de regio nog niet definitief zijn vastgesteld of leveranciers de afgesproken deadlines niet halen. De kosten vallen tegen en dreigen het beschikbare budget te overschrijden.	● De scope is goed afgebakend en betrokken partijen en leveranciers hebben zich gecommitteerd tijdig te leveren. Met hen maken we bindende financiële afspraken via offertes. ● Met alle betrokken zorgpartijen worden in de, bij aanvang van het project op te stellen, samenwerkingsovereenkomst afspraken gemaakt over het maximale beschikbare budget en verwachte inspanning. ● Zorgvuldige monitoring en focus op tijdig bijsturen binnen het project. Waar nodig wordt afgestemd met ZIN.	● Er was in de regio geen prioriteit bij het opzetten van regionale ketenafspraken voor de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht en de rol van de Centrale Zorgverlener. Dit betekende voor het project dat er geen gebruik kon worden gemaakt van regionale afspraken en ontwikkelingen. Onder andere de ontwikkeling van de Metro Map kostte hierdoor meer tijd en heeft het project in de opstart vertraagd. ● Ook heeft de vertraging in de regionale ketenafspraken ertoe geleid dat er nog geen duurzame afspraken over borging van BMC binnen de regio konden worden gemaakt. ● Met de technische leveranciers zijn financiële afspraken via offertes gemaakt. Het functionele pakket van eisen had vooraf duidelijker geformuleerd kunnen worden, zodat wederzijdse verwachtingen en afspraken helderder waren. ● Met alle betrokken zorgpartijen is in een samenwerkingsovereenkomst afspraken gemaakt over het maximaal beschikbare budget en de verwachte inspanning.

Onzekerheid over financiering: Onduidelijkheid over financiering na 2024.	● Actief zoeken naar aanvullende financiering via lokale en regionale partners, zoals SPUK-IZA, GALA-gelden of STOZ-subsidie.	● Er is nog geen zekerheid over financiering na 2024; verdere inspanningen zijn nodig om duurzame financiering te waarborgen.
Gebrek aan duidelijk eigenaarschap: Zonder een vastgelegde eigenaar voor de lange termijn blijft de organisatie kwetsbaar.	● Definieer duidelijk eigenaarschap en verantwoordelijke partijen voor de lange termijn.	● Het eigenaarschap is nog niet vastgelegd, wat een risico vormt voor de continuïteit en besluitvorming van het project.
Focus op regionale implementatie (Gelderse Vallei) kan opschalingsmogelijkheden naar andere regio's beperken als de aanpak niet voldoende flexibel is.	● Ontwikkel een flexibel implementatieplan dat kan worden aangepast aan andere regio's na de regionale pilot.	● De focus blijft op de Gelderse Vallei, wat opschaling kan beperken; flexibiliteit in het plan moet verder worden ontwikkeld.
Succesvolle opschaling hangt af van medewerking en samenwerking met externe partijen, wat extra coördinatie en middelen vereist.	● Proactief samenwerken met externe partners en duidelijke afspraken maken over verantwoordelijkheden en middelen.	● Er is enige samenwerking in de regio tot stand gekomen, maar de afhankelijkheid blijft een uitdaging; verdere coördinatie is vereist. ● De motivatie van externe partijen om de applicatie in de dagelijkse praktijk te gebruiken, wordt beïnvloed door de gebruiksvriendelijkheid. Om te voldoen aan juridische en technische eisen, zijn er concessies gemaakt in het gebruiksgemak.

9. Borging en opschaling: Er zijn zowel kansen als uitdagingen voor de borging en opschaling van Be-My-Coach. Financiering is een groot punt van zorg, evenals de beperkte betrokkenheid van gebruikers. Het enthousiasme onder zorgverleners biedt kansen, maar er is behoefte aan sterkere regionale steun, koppelingen met EPD's en een duidelijk beleid voor integratie in het reguliere werkproces. Daarnaast zijn verbeteringen nodig in de productontwikkeling, vooral op het gebied van gebruiksvriendelijkheid en integratie in de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht.

10. Samenwerking binnen en buiten de regio: De samenwerking binnen de stuurgroep en projectgroepen werd over het algemeen als prettig ervaren, met open communicatie en gedeelde verantwoordelijkheden. De samenwerking met andere regionale partijen was wisselend. Hoewel de samenwerking met de GGD, diëtisten en leefstijlcoaches goed verliep in de ontwikkelfase, was de betrokkenheid van huisartsen beperkt bij de ontwikkeling.

Conclusie en advies

De procesevaluatie van Be-My-Coach toont dat het project een waardevolle leerervaring is geweest. De algemene tevredenheid van de betrokkenen wordt weerspiegeld in een gemiddelde score van 7,2, met positieve punten rond samenwerking, toewijding, en het opleveren van een product met potentie. Het eerste jaar waren doelen en rollen soms nog onvoldoende duidelijk en de samenwerking moest groeien. Het tweede jaar verliep soepeler, met een betere samenwerking en meer concrete resultaten. Toch blijven er knelpunten zoals het gebrek aan iteratief werken, de beperkte betrokkenheid van kinderen en zorgprofessionals, en technische uitdagingen bij de implementatie van koppelingen met bestaande zorgsystemen (HIS, ZIS). Bovendien is de businesscase nog onvoldoende uitgewerkt, wat zorgt voor onzekerheid over de borging en opschaling van het project.

Ondanks de moeilijkheden zijn de deelnemers trots op de ontwikkeling van twee goed werkende applicaties en de samenwerking tussen diverse partijen. Er is echter meer tijd en middelen nodig om het project verder te ontwikkelen en structureel te implementeren in de zorgpraktijk.

Op basis van de evaluatie kunnen een aantal concrete adviezen voor het vervolg van Be-My-Coach worden geformuleerd:

- 1. Iteratief ontwikkelproces en vroegtijdige betrokkenheid:** Het iteratieve ontwikkelproces moet vanaf het begin sterker worden omarmd. Dit betekent dat er vroegtijdig en continu kleinere tussenproducten moeten worden opgeleverd om sneller feedback te krijgen van zowel zorgverleners als de doelgroep (kinderen en ouders). Door zorgverleners en de doelgroep beter te betrekken in elke fase van de ontwikkeling, kan de aansluiting op hun behoeften worden vergroot en kan eigenaarschap worden bevorderd. Een gezamenlijk beeld van Samen Beslissen met kinderen met overgewicht en wat daarvoor nodig is, is een belangrijk startpunt voordat de ontwikkeling van start gaat; besteedt hier voldoende aandacht aan, omdat dit veel later in het traject voorkomt.
- 2. Betere betrokkenheid van kinderen, gezinnen en zorgprofessionals:** Kinderen betrekken in je project vereist veel aandacht en tijd. Start vroegtijdig met het samenstellen van een panel en denk na hoe je kinderen blijft betrekken. Hetzelfde geldt voor het betrekken van een bredere groep zorgprofessionals, zoals jeugdverpleegkundigen. Om dit te bereiken, is een concreet plan nodig voor co-creatie en feedback, waarbij ook barrières zoals de gevoeligheid van het thema overgewicht worden erkend en aangepakt.

3. **Duidelijke rolverdeling en verwachtingen:** Het is essentieel om vanaf de start duidelijke afspraken te maken over rollen, verantwoordelijkheden en doelen. Alle betrokken partijen moeten zich committeren aan hun bijdrage aan het project, en er moet ruimte zijn om deze rollen flexibel aan te passen wanneer nodig. Dit voorkomt verwarring en vertragingen, zoals die in de beginfase van het project zijn opgetreden.
4. **Technische integratie en verbetering van producten:** De koppeling met bestaande zorgsystemen (zoals HIS, ZIS, EPD) moet prioriteit krijgen om dubbele registraties voor zorgverleners te vermijden en de adoptie van de apps te bevorderen. Ook de gebruiksvriendelijkheid van zowel de zorgverlenersapplicatie als de app voor kinderen/gezinnen moet verder worden geoptimaliseerd om het gebruik ervan aantrekkelijker en efficiënter te maken.
5. **Duurzame financiering en business case:** Het is noodzakelijk om een goed onderbouwde businesscase te ontwikkelen om structurele financiering voor Be-My-Coach veilig te stellen. Bij een ontwikkelproject zoals Be-My-Coach - waar je vóór het vervolg al tijdig met regionale en landelijke partijen aan tafel moet om borging en inbedding te realiseren - is het lastig om de vraag te beantwoorden 'wat levert het op?' als het product nog in ontwikkeling is. Focus daarom niet alleen op kwantitatieve (effect)metingen, maar juist ook op (kwalitatieve) ervaringen, inspelen op behoeften en procesinformatie.
6. **Opschaling en regionale implementatie:** Besteed tijdig aandacht aan contextuele factoren die van invloed zijn op de voortgang en inbedding, zoals de verbinding met het IZA-regioplan en de lokale en regionale ontwikkeling van de GALA ketenaanpak Kind naar Gezond Gewicht. Gemeenten, zorgverzekeraars en andere stakeholders moeten hierin een actieve rol hebben. Ook moet er een duidelijk beleid worden ontwikkeld voor integratie in de standaard zorgprocessen. Voor succesvolle opschaling is het cruciaal om Be-My-Coach te verankeren in de regio, waarbij het onderdeel wordt van het reguliere zorgproces. Dit vraagt om intensieve begeleiding van zorgverleners bij de implementatie en het vergroten van hun bewustzijn en vaardigheden rondom het gebruik van de app.

Door deze adviezen te volgen, kan Be-My-Coach groeien van een veelbelovende pilot naar een duurzaam en breed toegepast hulpmiddel voor zorgverleners, kinderen en gezinnen in de aanpak van overgewicht en obesitas.

Meetdoel 3: evaluatie van de impact en opbrengst

Inleiding

Er werd een evaluatie verricht naar de effectiviteit (opbrengst en impact) van BMC onder twee groepen deelnemers: zorgverleners en ouder/kind (zie doelgroepomschrijving in de inleiding van dit rapport).

Evaluatie onder zorgverleners

Doelstellingen

Thema 1: Evalueren van de informatievoorziening naar zorgverleners (kennis / bronnen / richtlijnen) en het eventuele verschil voor en na introductie van BMC.	Thema 2: Evalueren van de samenwerking tussen zorgverleners onderling en het eventuele verschil voor en na introductie van BMC.	Thema 3: Evalueren van de rol van zorgverleners in Samen Beslissen en het eventuele verschil voor en na introductie van BMC.
1. Is er bij zorgverleners duidelijkheid over de eigen taken en rollen? Welke verantwoordelijkheden hebben artsen, t.a.v. diagnostiek, behandeling en follow-up? 2. Welke richtlijnen gebruiken artsen, t.a.v. diagnostiek, behandeling en follow-up? En worden deze richtlijnen ook gevolgd? 3. Is er bij zorgverleners duidelijkheid over verwijsindicaties en wie betrokken zijn bij de zorg voor een kind met overgewicht? 4. Zijn zorgverleners zich bewust van de communicatiemethoden voor kinderen met overgewicht/obesitas? 5. Is er na introductie van BMC meer duidelijkheid bij zorgverleners m.b.t. bovenstaande subvragen 1 t/m 4?	1. Hoe verloopt de samenwerking tussen het sociaal en het zorgdomein? 2. Zijn zorgverleners op de hoogte van de mogelijkheden voor behandeling in de regio (sociale kaart) en worden deze benut? 3. Zijn zorgverleners op de hoogte van de landelijke ketenaanpak? Is de rol van de centraal zorgverlener duidelijk? 4. Hoe ervaren zorgverleners hun mogelijkheden tot communicatie met andere zorgverleners? 5. Ervaren zorgverleners na introductie van BMC een betere samenwerking?	1. Hoe ervaren artsen hun rol in Samen Beslissen? 2. Welke ondersteuning gebruiken zij hierbij en wordt deze als bijdragend ervaren? 3. Ervaren zorgverleners na introductie van BMC een grotere rol van ouder/kind bij beslismomenten?

Werving deelnemers

Zorgverleners binnen de regio Gelderse Vallei werden gericht benaderd door de onderzoekers voor deelname aan BMC en de bijbehorende evaluatie. De evaluatie werd verricht door middel van vragenlijsten (nulmeting en eindmeting, waarbij de inhoud van de vragenlijsten gelijk was). Tussen de evaluatiemomenten hadden zorgverleners de mogelijkheid gebruik te maken van de applicatie (gemiddeld 2-3 maanden).

53 zorgverleners vanuit de nulde, eerste en tweede lijn hebben deelgenomen aan de nulmeting. Op het moment van schrijven van deze eindrapportage hebben 2 zorgverleners bijgedragen aan de eindmeting.

Deelnemende zorgverleners (totaal: 53)		
Disciplines	jeugdartsen / jeugdverpleegkundigen huisartsen kinderartsen	4 41 8
Geslacht	man vrouw anders	12 40 1
Aantal jaren werkzaam in huidige functie	0-5 jaar 5-10 jaar 10-15 jaar 15-20 jaar langer dan 20 jaar	2 4 25 7 15
Aantal kinderen met overgewicht per maand	0-1 kinderen 2-5 kinderen 5-10 kinderen meer dan 10 kinderen	8 35 6 4

Uitkomsten

We geven hier de belangrijkste en meest opvallende resultaten uit de **nulmeting**:

INLEIDENDE VRAGEN	
Welke richtlijnen worden door zorgverleners gebruikt?	13 zorgverleners (25%) geven aan geen enkele richtlijn te gebruiken. 23 zorgverleners (43%) gebruiken de richtlijn Overgewicht van het Nederlands Huisartsen Genootschap (uit 2010). 3 zorgverleners (6%) gebruiken de (recent ontwikkelde) multidisciplinaire richtlijn waarin het Landelijk Model Ketenaanpak verwerkt is.
Zijn zorgverleners bekend met het Landelijk Model Ketenaanpak?	4 zorgverleners (8%) zijn hier bekend mee. 1 van de 4 zorgverleners geeft een adequate omschrijving van wat deze netwerkaanpak en de rol van de centraal zorgverlener inhoudt.
Hebben zorgverleners het gevoel bekwaam te zijn in de zorg voor kinderen met overgewicht?	34 zorgverleners (64%) geven aan zich niet bekwaam te voelen als het gaat om de zorg voor kinderen met overgewicht. Redenen hiervoor zijn: - Moeilijk om overgewicht bespreekbaar te maken - Onduidelijkheid over waar de zorg het beste kan plaatsvinden (JZOJP: Juiste Zorg Op de Juiste Plek) - Weinig kennis / ervaring m.b.t. de behandelopties

JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK	
Zijn zorgverleners op de hoogte van de gradering (indeling o.b.v. ernst) van overgewicht?	29 zorgverleners (55%) zijn bekend met de indeling van overgewicht o.b.v. ernst: overgewicht t/m obesitas graad 3. Hiervan geven echter 5 zorgverleners aan deze gradering in de praktijk niet toe te passen als het gaat om keuzes over het vervolgbeleid.
Vragen zorgverleners risicofactoren uit? (om de diagnostiek of behandeling daarop bij te stellen)	29 zorgverleners (55%) stemmen het vervolgbeleid (wat betreft diagnostiek en behandeling) af op bepaalde risicofactoren. Deze risicofactoren kunnen betrekkingen hebben op: - Familieanamnese of voorgeschiedenis - Leefstijlfactoren - Omgevingsfactoren (sociale aspecten) - Psychische aspecten
Weten zorgverleners welke groep kinderen bij hen onder behandeling hoort te zijn?	18 zorgverleners (34%) geven aan geen idee te hebben. Daarnaast hebben 8 zorgverleners (15%) geen antwoord gegeven op deze vraag; we gaan ervan uit dat een groot deel hiervan ook niet bekend is met de onderverdeling qua locatie van zorg.
Hoe zien zorgverleners hun rol in de begeleiding van kinderen met overgewicht?	11 zorgverleners (21%) zien zichzelf in een actieve rol van begeleiding en motivatie. 9 zorgverleners (17%) geven aan alleen te verwijzen. 7 zorgverleners (13%) zien puur een rol in het monitoren van het gewicht. De overige zorgverleners (49%) zien weinig tot geen rol voor zichzelf in begeleiding, monitoring of verwijzing.
PRATEN OVER GEWICHT	
Welk cijfer geven zorgverleners zichzelf als het gaat om praten met kinderen over hun gewicht?	Zorgverleners geven zichzelf gemiddeld een rapportcijfer 6,2, wat betreft hun vaardigheden om overgewicht bespreekbaar te maken. 11 zorgverleners (21%) gaven zichzelf een onvoldoende rapportcijfer (5 of lager). Genoemde redenen hiervoor zijn: - Stigma / vooroordelen - Weinig ervaring mee of gevoel weinig handvatten te hebben - Schaamte ervaren om over het onderwerp te spreken - Woordkeuze / angst een negatief zelfbeeld aan te praten
Zijn zorgverleners bekend met de methodiek 'motiverende gespreksvoering'?	48 zorgverleners (91%) zijn bekend met 'motiverende gespreksvoering'. 41 zorgverleners (77%) gebruiken deze methodiek ook in de dagelijkse praktijk.
Zijn zorgverleners bekend met de methodiek 'oplossingsgericht werken'?	41 zorgverleners (77%) zijn bekend met 'oplossingsgericht werken'. 34 zorgverleners (64%) gebruiken deze methodiek ook in de dagelijkse praktijk.

SOCIALE KAART	
Hoe beoordelen zorgverleners hun kennis m.b.t. de sociale kaart van de regio?	Zorgverleners geven zichzelf gemiddeld een rapportcijfer 6,2 als het gaat om kennis van de sociale kaart. 40 zorgverleners (75%) zijn niet tevreden met het rapportcijfer dat ze zichzelf hebben gegeven. Deze zorgverleners geven met name aan dat ze te weinig mogelijkheden in de regio kennen om kinderen uit deze doelgroep naar te verwijzen.
Naar welke zorgverleners worden kinderen met overgewicht verwezen?	36 zorgverleners (70%) verwijzen kinderen naar een diëtist. 15 zorgverleners (28%) verwijzen kinderen naar een fysio- of oefentherapeut. 11 zorgverleners (21%) verwijzen kinderen naar het Centrum voor Jeugd en Gezin of een sociaal wijkteam. 8 zorgverleners (15%) verwijzen kinderen naar een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) of beweegprogramma. 5 zorgverleners (9%) verwijzen kinderen naar een psycholoog of praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts.
SAMEN BESLISSEN	
Welke aspecten van Samen Beslissen worden door zorgverleners benoemd?	Samen Beslissen in de zorg voor kinderen met overgewicht draait in grote lijnen om: - Luisteren naar de wensen en doelen van de patiënt: 13 zorgverleners (25%) benoemen dit. - Verschillende opties bespreken: 16 zorgverleners (30%) benoemen dit. - De patiënt betrekken bij de uiteindelijke besluitvorming: 6 zorgverleners (11%) benoemen dit. Een deel van de zorgverleners benoemden in hun antwoord meerdere van de bovenstaande aspecten. 21 zorgverleners (40%) wisten niet wat Samen Beslissen inhoudt / gaven een onduidelijk antwoord / gaven geen antwoord.
Hoe beoordelen zorgverleners hun vaardigheden wat betreft Samen Beslissen?	Zorgverleners beoordelen zichzelf gemiddeld met een rapportcijfer 6,0 . De verschillende aspecten van Samen Beslissen werden als volgt gewaardeerd: - Informatie geven over verschillende behandelopties: rapportcijfer 6,0. - Informatie geven over de voor-/nadelen en eventuele risico's van de behandelopties: rapportcijfer 5,7. - Vermijden van medisch jargon: rapportcijfer 6,9. - De patiënt tijd geven om een beslissing te nemen: rapportcijfer 6,5. - Een open houding aannemen m.b.t. de verschillende opties: rapportcijfer 7,0.

Samenvattend komt uit deze resultaten dus naar voren dat

- er onvoldoende gebruik en kennis van richtlijnen is: 25% gebruikt geen enkele richtlijn.
- het Landelijk Model Ketenaanpak niet bekend is in de regio en slechts 6% van de zorgverleners gebruik maakt van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn.
- zorgverleners gebrek aan bekwaamheid ervaren: 64% van de zorgverleners voelt zich niet bekwaam in de zorg voor kinderen met overgewicht, mede door onzekerheid over behandelopties, waar de zorg plaatsvindt, en hoe overgewicht bespreekbaar te maken.

- **er beperkte kennis is over regionale samenwerking:** Zorgverleners geven hun kennis over de sociale kaart een gemiddelde score van 6,2. 75% is hier niet tevreden over. Dit beperkt de effectiviteit van samenwerking en benutting van regionale behandelopties.
- **zorgverleners onvoldoende vaardigheden in 'Samen Beslissen' ervaren:** Zorgverleners beoordelen hun vaardigheden in 'Samen Beslissen' gemiddeld met een 6,0. 40% weet niet goed wat deze methode inhoudt, wat wijst op een behoefte aan meer training.
- **beschikbare kennis over gespreksmethodieken onvoldoende wordt ingezet:** Hoewel veel zorgverleners bekend zijn met motiverende en oplossingsgerichte gespreksvoering, wordt deze niet altijd consistent toegepast, wat duidt op de noodzaak voor verdere ontwikkeling en ondersteuning.

Deze conclusies onderstrepen de behoefte aan gerichte scholing, duidelijke richtlijnen, en verbeterde samenwerking om de zorg voor kinderen met overgewicht te optimaliseren.

In de **eindmeting** kwamen de volgende aspecten naar voren:

- zorgverleners die deelnamen aan BMC geven aan zich bekwaam te voelen als er een kind met overgewicht of obesitas bij hen op het spreekuur komt.
- zorgverleners geven aan gebruik te maken van de gradering (indeling o.b.v. ernst) van overgewicht en geven ook aan risicofactoren uit te vragen.
- voor huisartsen is de rol in de behandeling en follow up nog onvoldoende duidelijk. Daarnaast ervaren huisartsen nog onvoldoende kennis m.b.t. het verwijzen naar andere zorgverleners (zowel in het medisch als in het sociaal domein).
- zorgverleners waarderen hun bekwaamheid om met kinderen te praten met een gemiddeld rapportcijfer van 6,5.
 - de methodiek 'motiverende gespreksvoering' was bij alle zorgverleners bekend.
 - de methodiek 'oplossingsgericht werken' was nog niet bij alle zorgverleners bekend.
- nog niet alle zorgverleners zijn bekend met het Landelijk Model Ketenaanpak. Met name onder huisartsen is de rol van een Centraal Zorgverlener nog onvoldoende duidelijk.
- zorgverleners waarderen hun vaardigheden op het gebied van Samen Beslissen met een rapportcijfer 7. Twee voorwaarden voor Samen Beslissen vallen hierin bijzonder op:
 - het vermijden van medisch jargon: gemiddeld rapportcijfer 8,5. Het belang van aansluiten bij het niveau van het kind werd hierin bewust benoemd.
 - het aannemen van een open houding m.b.t. verschillende opties: rapportcijfer 7,5. Zorgverleners benadrukken het belang van het betrekken bij ouder en kind bij alle opties die op tafel liggen.

De resultaten van de eindmeting hebben nauw verband met de ervaren mate van gebruiksgemak door zorgverleners. Voor de resultaten op dit gebied, verwijzen we naar meetdoel 1 in dit document. Vanwege het beperkte gebruik van de applicaties en de daarmee samenhangende beperkte eindmeting, is het nog niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken. Toch kunnen we waardevolle lessen halen uit de eerste ervaringen.

Conclusie en advies

Het gebruik van BMC lijkt zorgverleners een handvat te bieden in de zorg voor kinderen met overgewicht. Het Landelijke Model Ketenaanpak is met name bij huisartsen onbekend terrein. Het dient aanbeveling hier meer bekendheid aan te geven. Dit kan door bijvoorbeeld scholing. Daarnaast is het wenselijk om de BMC applicatie gebruiksvriendelijker te maken waardoor de drempel om de applicatie te gebruiken verlaagd wordt.

Evaluatie onder ouders/kinderen

Doelstellingen

Thema 3: Evalueren van de rol van ouder/kind in Samen Beslissen (inclusief informatievoorziening) en het eventuele verschil voor en na introductie van BMC.

1. Wat is de huidige kennis van ouder/kind over overgewicht? Zijn ouder/kind op de hoogte van de behandelmogelijkheden?
2. Welke informatie hebben ouder/kind nodig om te kunnen beslissen over de behandeling? Hoe vergaren ouder/kind deze informatie m.b.t. overgewicht en gezonde leefstijl?
3. Voelen ouder/kind zich na introductie van BMC beter geïnformeerd en beïnvloedt deze informatie hun behandelwensen?
4. Voelen ouder/kind zich betrokken bij de keuzes rondom behandeling en zijn zij in staat mee te beslissen?

Werving deelnemers en informed consent

Kinderen met overgewicht of obesitas van 8 tot 13 jaar kwamen in aanmerking voor het gebruik van de applicatie. Ouders en kinderen binnen de regio Gelderse Vallei werden hiervoor gericht benaderd door hun zorgverleners bij het Centrum voor Jeugd en Gezin of Ziekenhuis Gelderse Vallei. Er werden semi-gestructureerde diepte interviews afgenomen met kinderen en ouders afzonderlijk van elkaar, voordat zij de mogelijkheid kregen gebruik te maken van de applicatie. Na 2-3 maanden werd een vergelijkbaar interview met ouders en kinderen afgenomen, waarna de uitkomsten met elkaar vergeleken werden.

3 kinderen en 3 ouders hebben deelgenomen aan de nulmeting. 4 van de 6 deelnemers hebben tevens deelgenomen aan de eindmeting.

Er is een informed consent verklaring opgesteld volgens het format van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO). Van iedere deelnemer werden de volgende informed consent verklaringen ondertekend voorafgaand aan de nulmeting:

- De ouder geeft toestemming voor zijn/haar eigen deelname.
- Kinderen tot 12 jaar: De gezaghebbende ouder(s) geven toestemming voor deelname van hun kind.
- Kinderen tussen 12 en 16 jaar: Het kind & de gezaghebbende geven beide toestemming voor de deelname van het kind.

Uitkomsten

We geven hier de belangrijkste en meest opvallende resultaten uit de **nulmeting**:

- Een van de drie ouder/kind-paren geeft aan dat zij geen informatie opzoeken over gewicht en leefstijl (bijvoorbeeld op het internet of in folders/bladen).
- Twee van de drie ouder/kind-paren heeft weleens informatie opgezocht, met name op het internet. Zij geven echter aan dat er op het moment van interview onvoldoende betrouwbare informatie over gewicht en leefstijl voor hen beschikbaar is.
- Kinderen waarderen hun kennis over de verschillende thema's als volgende:
 - Voeding: gemiddeld rapportcijfer 4,2
 - Beweging: gemiddeld rapportcijfer 5
 - Slaap en ontspanning: gemiddeld rapportcijfer 4,7
- Ouders waarderen hun kennis over de verschillende thema's als volgende:
 - Voeding: gemiddeld rapportcijfer 7

- Beweging: gemiddeld rapportcijfer 7,3
- Slaap en ontspanning: gemiddeld rapportcijfer 6
- Alle ouders geven aan dat ze globaal wel weten welke aspecten horen bij een gezonde leefstijl (dan wordt voeding en beweging genoemd), maar kunnen hier weinig/geen concrete voorbeelden van noemen. Zij ervaren hun kennis over wat gezond is voor hun kind als onvoldoende.
- Alle ouders ervaren voldoende betrokkenheid bij de behandeling (Samen Beslissen). Zij geven aan dat er voldoende opties aan hen zijn voorgelegd waarin er een open sfeer was om een juiste keuze te maken, passend bij het gezin. Ook gaven zij aan dat er voldoende tijd was om een keuze te maken en dat de zorgverlener gemakkelijk taalgebruik gebruikte.

In de **eindmeting** kwam het volgende naar voren:

- Een van de deelnemende kinderen geeft aan alle informatie in de app gezien/gelezen te hebben. Uit het interview kwam naar voren dat er veel motivatie was om informatie op te zoeken in de applicatie.
 - Hiermee ging de (zelf gewaardeerde) kennis op het gebied van voeding omhoog van een rapportcijfer 4 naar een rapportcijfer 8. Op het gebied van bewegen ging het cijfer van een 6 naar een 7, en op het gebied van rust & ontspanning van een 5 naar een 9. Op het gebied van zelfbeeld was er geen verandering in rapportcijfer, omdat dit onderwerp voor deze respondent minder relevant bleek.
 - Deze respondent kon veel concrete veranderingen in leefstijl / gedachtegoed opnoemen, welke dankzij de app teweeggebracht waren, met name op het gebied van voeding en slaap.
 - Ook de bijhorende ouder gaf aan veel baat te hebben gehad bij de informatie in de app in het maken van leefstijlveranderingen. Met name de les dat veel kleine stapjes uiteindelijk een groot verschil kunnen maken, was hierin bijdragend in de ervaren motivatie.
- Een van de deelnemende ouder/kind-paren heeft weinig gebruikgemaakt van de applicatie vanwege onvoldoende motivatie/tijd en het ervaren gebruiksgemak, waarbij met name de hoeveelheid tekst voor het kind een beperkende factor was. Er was bij dit paar dus geen verschil in kennis m.b.t. de verschillende leefstijlaspecten.
- Een van de deelnemende kinderen (en bijhorende ouder) is uitgevallen vanwege persoonlijke omstandigheden/ factoren niet mogelijk was om gebruik te maken van de applicatie.
- Aangezien de ervaren mate van betrokkenheid bij de behandelkeuzes bij de nulmeting al als voldoende ervaren werd, hebben wij hier geen verschillen in gezien bij de eindmeting.

De resultaten van de eindmeting hebben nauw verband met de ervaren mate van gebruiksgemak door ouders en kinderen. Voor de resultaten op dit gebied, verwijs ik naar meetdoel 1 in dit document. Door het beperkte gebruik van de applicatie, kunnen wij slechts voorzichtige conclusies trekken.

Conclusie en advies

Als kind en ouder gemotiveerd zijn, kan de app bijdragen aan het vergroten van kennis over voeding, beweging en rust en ontspanning. Het is belangrijk om de app breder onder de aandacht te brengen bij kinderen met overgewicht en hun ouders. Daarnaast wordt aanbevolen om de gebruiksvriendelijkheid van de app te verbeteren.