

How youth nurses support healthy eating practices for low SES families: a qualitative research study

by

E. (Eline) Barneveld

Student number: 2852837

28-08-2024

Master thesis

Health Sciences

Faculty of Science and Technology

University of Twente

Supervision by

Dr. T (Tessa) Dekkers

L. (Lea) Hohendorf

Abstract

Background. The prevalence of childhood overweight and obesity has increased significantly in the last decade. Social economic status or position (SES or SEP) is considered a significant factor in the chance of getting overweight or obese. Healthy eating practices are crucial in preventing obesity, but families with low SES often encounter limitations and lack of nutritional knowledge, resulting in poorer eating practice. The GGD (Gemeentelijke Gezondheids Dienst / Municipal health service) and the CHC's (Children's Health Clinics) are essential in promoting healthy eating practices among families with young children. CHC's offer education and support to parents. Further research is necessary to gain insight into the challenges healthcare professionals face in assisting low SES families and the methods healthcare professionals use to provide support to these families regarding healthy eating practices.

Methodology. A literature review was performed to learn more about the perspectives of healthcare professionals working with young children in nutrition and weight related settings on different methods, experiences and approaches to the subjects and their effectiveness. Desk research was conducted to learn about the publicly available information on the GGD websites and the GGD's use of social media regarding promotion of healthy eating practices. To investigate current methods and tools used by the CHC, semi structured interviews were held with two youth nurses and two trainee youth nurses at different CHC locations. Questions related to the current situation, barriers and facilitators, low SES families and the differences in support with higher SES families, opportunities regarding improvement, and education of the CHC's youth nurses.

Results. The literature review conducted in June 2024, resulted in the screening of initially 108 papers, which led to two papers being included in the review. Findings included how the Confident Body Confident Child (CBCC) and Eat Healthy Stay Active (EHSA) training were perceived positively by increasing awareness of one's practices and gaining a better understanding of the low SES population. Desk research established online information wasn't targeted to specific needs from different group, for example there wasn't supporting visual material available to make information easier to understand for those who might struggle with reading health-related information. Social media posts weren't used to reach the low SES population specific. Interviews resulted in finding barriers, facilitators, methodologies, materials and other tools used to provide support to low SES families regarding healthy eating practices. Youth nurses expressed perceptions on how to improve provision of this support.

Conclusion.

The study underscores the challenges and opportunities healthcare professionals face in promoting healthy eating among low SES families. It highlights the need for tailored communication strategies, such as using simplified language, visual aids, and culturally inclusive methods to overcome barriers like knowledge gaps and cultural differences. The research emphasizes the importance of experiential learning for healthcare providers to build empathy and understanding and enhance the effectiveness of provided support. Key tools identified include motivational interviewing, guided questioning, and the CBCC program's resources. Engaging community leaders is seen as a promising strategy for connecting with low SES families. However, the study notes that digital tools like social media and websites are underutilized for this purpose. The study recommends further research to refine these strategies, involve more perspectives, and explore the potential of digital platforms in reaching underserved populations.

Table of content

Abstract	2
Methods	8
Study design and setting	8
Literature review	8
Eligibility criteria.....	8
Sources and search strategy.....	9
Data collection and selection of data items.....	9
Analysis.....	10
Desk research	10
Materials	10
Procedure	11
Analysis.....	11
Interviews.....	12
Participants.....	12
Materials	12
Procedure	12
Analysis.....	13
Results	13
Literature review	13
Summary of included studies	13
Tools described in included studies	14
Barriers described in included studies	14
Facilitators described in included studies	14
Recommendations	15
Desk research	15
Healthy eating practices.....	15
Tools used on GGD websites	16
Interventions	21
Social media	22
Interviews.....	25
Methods and tools	26
Perceived barriers	27
Potential facilitators	28
Recommendations	30

Discussion.....	30
Limitations.....	33
Research implications	34
Conclusion	35
Acknowledgements.....	35
References	37
Appendixes.....	41
Appendix A, search strategy.....	41
Appendix B, list of websites of every GGD.....	42
Appendix C, Flyer	43
Appendix D, interview scheme	44
Appendix E, interview themes, sub-themes and codes/quotes	47

Introduction

Research into health, weight, and healthy eating practices is becoming increasingly important, particularly among children. Being overweight or obese is more prevalent than ever before. According to the CBS (Centraal Bureau Statistiek), over the years 2019, 2020 and 2021 on average 14 percent of children between 2 and 12 were overweight of which 11 percent were moderately overweight and 3 percent were severely overweight (obese) [1]. Identifying strategies to prevent this number from rising is crucial. Healthy eating practices are an important part. While there are multiple definitions of healthy eating practices, in this paper the definition of Voedingscentrum will be used: “eating healthy means taking foods that reduce your risk of chronic disease, and ensuring you get enough nutrients and not too much energy [2]”. Most important in healthy eating practices, is a variety of foods, vitamins and minerals. This means a high intake of fruit and vegetables, intake of grains and healthy fats, dairy, and enough liquids.[3] Currently, among the ages 1 to 12 years old, 45% of children eat enough fruits, 50% eat enough vegetables and 52% eat enough fish in a week. [1] As these percentages show, there is a lack of healthy food (fruit, vegetables, fish) in most weekly family diets.

Increasing grocery cost may explain the limited intake of healthy foods by families. In the last years it became harder to afford a healthy diet. For example, in 2022 fruits became 5,4 percent more expensive, fish 9,2 percent and vegetables 10,1 percent [4]. Pricing of healthy food is relevant, as childhood obesity is regrettably related to socioeconomic status (SES). The SES is calculated based on different indicators, mainly income, highest achieved education, and occupation. There are contextual indicators which pertain to the social and economic characteristics of the environment in which the individual resides, like geographical areas or postal code [5]. In 2022 the CBS (Centraal Bureau Statistiek) stated children from higher educated parents are less likely to be overweight, suffer from obesity or being exposed to tobacco smoke. Of children under the age of 12 from low-educated households, 70 percent had at least one overweight parent, contrasting with 59 percent of children from highly educated households. [5] The RIVM also examined the determinants of an unhealthy diet in 2022. They found that SES is closely linked to health outcomes, influencing an individual's or group's access to essential resources needed to achieve and maintain good health. [6]. In other words, the social economic status of a family can be considered a determinant of the families' healthy eating practices.

There are various factors influencing low SES families' dietary choices. One reason being that families may have a lower income and less money to spend on a healthy diet. Food with lower nutritional value or processed foods is cheaper and therefore families with limited food budgets don't often opt for whole foods or more expensive meats, fish, vegetables, and fruits.[6] A second reason why SES may play a role in nutrition is that lower educated families may be less health conscious. Knowledge about nutritional value and nutrition relate to the capability to consciously make healthier choices when it comes to snacks and meals. [7] The latter being one of the reasons why every family gets some guidance on nutrition in the first four years of the child's life, offered by the GGD (Gemeentelijke GezondheidsDienst or municipal health services).

GGD

Education on nutrition to the public is arranged largely by the GGD. The GGD has the function of providing youth health care (child health clinic and 'school doctor'), medical environmental science, infectious disease control, health monitoring, and health education to all residents of the Netherlands [8]. Next to monitoring public health, the GGD promotes a

healthy lifestyle through interventions and preventative measures, for example, through the schooling system [9]. The GGD takes an active role in helping schools build a healthy environment for their students, like the healthy school approach (in Dutch: “Gezonde School”) in which schools are advised by the local GGD's on how to become healthier schools and support students in a healthy lifestyle [10].

Next to the schooling system, the GGD also conveys information directly to families. Two sub-organizations under the GGD, The Jeugd Gezondheids Zorg (JGZ) and the Children’s Health Clinics (CHC) bear this responsibility. The role of the CHC in the first four years of life is to identify any medical conditions, provide vaccinations according to the Dutch National immunization Program, and help parents create a safe, healthy, and loving environment. Just two weeks after birth a youth physician comes over to meet the new parents and the baby to perform a heel prick and conduct a hearing test. When the baby gets older, there are several consultations where the parent(s) come to the clinic with their baby to weigh and measure, vaccinate, and perform tests, but also to see how the baby develops. [11] Most of the appointments will be with the youth nurse, who gives advice about supporting development, healthy eating practices, a healthy environment and supporting a family in the first four years. [12] As such, these healthcare professionals especially, have an important role in supporting families in adopting early healthy eating practices.

This education about early healthy eating practices is fundamental. According to the World Health Organization, “Correct feeding in the first three years of life is particularly important due to its role in lowering morbidity and mortality, reducing the risk of chronic disease throughout their life span, and promoting regular mental and physical development [13].” The youth nurses from the children’s health clinic don’t just advise and educate the parents on what healthy choices are, but also on helping the child develop healthy eating practices turning into habits, which will contribute to better health in later life. [14,15]. Yet, a study from 2021 shows that families rely more on nutritional advice from family or friends than advice from professionals [16].

There are multiple reasons why parents may not consult professionals for early eating advice. A study on barriers and facilitators to implement practices on preventing childhood obesity in primary care conducted in 2022, stated parents’ lack of familiarity with childhood obesity, providers’ lack of skills (communication, counselling) or providers’ lack of knowledge identifying risks and attitudes. [17] Another study from Sweden from 2013 states that obesity or overweight is a sensitive topic for parents as well as professionals. Overweight parents might feel criticized about their own weight and ‘normal’ weight parents might feel like their parenting skills are criticized. [18]. Together, these reasons may form barriers to the CHC in advocating for and educating about healthy eating practices. The mentioned lack of certain skills or insecurities among professionals should be addressed to enable the professionals to support (low SES) families with implementing healthy eating practices, as well as with the thoughts and insecurities parents could have regarding change and how to implement the given advice, or what parents can do themselves to gain more health-related knowledge.

A method to obtain nutritional advice without consulting a professional is to seek information through the internet. Publicly available information is, according to Wangberg SC [19], not equally accessible for every social economic group in society. The paper states that people from lower SES use the internet less to gain knowledge about health-related subjects. This could be because information is too complicated or not visualized enough to understand, since low health literacy is more common among low SES than higher SES individuals [20].

Since people do search for health-related information online, it is important to provide accurate information which is understandable for everybody. The GGD offers health related information online as well. How that information is designed and if SES is considered when creating posts or websites, is unknown. The different types of interventions (digital, non-digital or blended) could be designed to fit different wants and needs. Some examples of digital interventions are games on an app or website to learn about nutrition, online courses for parents, apps to track nutrition or anything else conveyed via the internet or a digital device. Examples of non-digital interventions are flyers, posters, information on paper, physical educational events, the consults at the CHC, or other physical materials. A combination of digital and non-digital is called blended intervention. According to van Lotringen C, a blended intervention is a combination of the digital interventions and the traditional face-to-face or physical techniques [21].

Therefore, the current study aims to examine the way healthcare professionals provide support in healthy eating practices, and to identify potential barriers. A literature review will be conducted to research how healthcare professionals worldwide provide support regarding healthy eating practices to low SES families. The information available online regarding (the support of) healthy eating practices is researched through desk research. Desk research is the non-systematic collection of material that helps the development team to learn as much as possible about the context [22]. How support is provided by the Dutch healthcare professionals of the CHC is investigated during interviews with youth nurses who advise the families on healthy eating practices. This information may help improve methods to support low-SES families in practicing healthy eating. Healthy eating practices could then help prevent certain diseases and diagnosis.

This study is part of the MetaHealth project [23]. This project aims for every child to have healthy teeth and a healthy weight. Research has already been conducted on how dentists provide preventative dental care to parents of children under three points out dentists perceive several barriers regarding low SES families, mainly a lack of knowledge and awareness in relation to dental care. Dentists try to diminish these barriers by using simple language and making information more accessible through visualisation and simplification. [24] Insights and methodologies of the already performed study will be used in this study.

Research question

How do youth nurses support healthy eating practices in low Social Economic Status families?

1. What tools do healthcare professionals (youth nurses) use to provide support in healthy eating practices for low SES families?
 - What information is publicly available on webpages from the GGD regarding healthy eating practices and to what extent is this information tailored to low SES families?
2. Which barriers and facilitators do healthcare professionals (youth nurses) perceive when supporting low SES families in healthy eating practices?
 - What are sensitive topics and how are they approached now or how should they be addressed?
 - How do healthcare professionals (youth nurses) recommend to improve support in healthy eating practices?

Methods

Study design and setting

The study was an explorative, mixed-methods study involving a systematic literature review, desk research and semi-structured interviews. A literature review was performed to learn about the methods used globally to support families regarding healthy eating practices used. To answer the question about the availability of information on healthy eating practices to the public, desk research was executed among the websites of the 25 GGD's. To gather information about the current methods and the perceived barriers and facilitators by the professionals of the CHC to support families in practicing healthy eating, 4 semi-structured interviews with youth nurses from the CHC were conducted. The interview scheme was approved by the ethical approval committee with number 240429.

Literature review

To conduct the systematic literature review, the PRISMA checklist was used [25].

Eligibility criteria

The papers used in this review meet a few criteria to ensure focus on this study. There are inclusion and exclusion criteria.

	Inclusion	Exclusion
Population	Youth nurses, youth physicians or other professionals working in Children's Health Clinics or other similar institutions who provide support on healthy eating practices to families (including parents and caregivers) with low SES with children under four or to children under four directly.	(Non)professionals who are not related to healthcare (e.g. social media influencers, sports coaches, teachers). Nurses or physicians who provide support in healthy eating practices to adults only.
Intervention	Training programs or other learning methods or techniques related to conveying information about healthy eating practices, healthy lifestyle or weight related subjects. Focused on improving education of the population.	Interventions directly targeting healthy eating practices of children or through parents, without interaction with youth nurse/youth physician/healthcare professional.
Outcome	Papers which report on the attitudes, conceptions and perceptions of the intervention or the learning experience or process evaluation. (Status quo or by intervention). If the results contain information that could be applied within the CHC setting healthcare professional	Papers which report on the health outcomes of the intervention, unless paired with process evaluation.

	providing support to families regarding healthy eating practices.	
Study design	The review will include qualitative papers which explore perceptions and/or experiences, quantitative papers that measure effectiveness of the implemented strategies, tools, programs or other interventions and mixed-method papers. Systematic reviews and meta-analysis addressing the same subjects, or a similar question will also be included, as will peer-review articles.	Non-peer-reviewed articles, statement papers, opinion pieces and commentaries.
Language	All the papers will be in English	
Timeframe	Papers are published within the last 10 years*.	
Availability		Papers or part of papers unavailable through the University library or public access

Table 1. Inclusion and exclusion criteria literature review

Sources and search strategy

The sources used for this review were found through PubMed and Scopus, which were searched in June of 2024. A set of keywords was used to search the databases, as shown in [Appendix A](#), search strategy. A combination of the constructs ‘healthcare provider’, AND ‘perception’, ‘child’, AND ‘healthy eating’, AND ‘socioeconomic position’, AND NOT ‘other diseases’, AND NOT ‘economic’ were used to search the databases.

Data collection and selection of data items

When searching the databases, the keywords above were entered to find papers meeting the criteria. The filters used for Scopus were Article title/Abstract/Keywords and a timeframe of ten years. The filters used for PubMed were Title/Abstract and a timeframe of 10 years. The reviewer of all the papers in full text was the writer of the thesis, who used the program Covidence to screen the selection of the data items. The program automatically removed 8 duplicates, which left 108 papers to screen. For the title/abstract screening, the second reviewer (Lea Hohendorf) reviewed 10% of the papers to prevent bias. The Kappa score was 0,81. A score above between 0.61 and 0.79 was considered moderate, a score over 0.80 (meaning 63% agreement) was preferred [26]. A Kappa score of 0.81 was achieved, which was considered strong.

After the first screening of title and abstract, 85 articles were deemed irrelevant, which left 23 articles eligible for full text screening. Of those 23 articles, 2 were included in the actual review and 21 were dismissed due to wrong setting (n=13), wrong population (n= 5) and wrong outcomes (n= 3). The 2 articles left met the inclusion criteria and became part of the review. The figure below shows a flow diagram of the identification process.

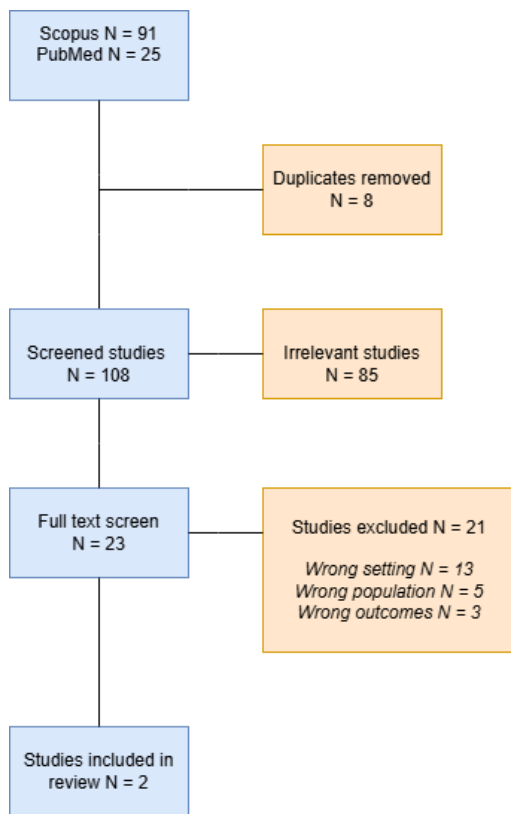


Figure 1. Flow diagram selection process literature review

Analysis

Due to the qualitative nature of the outcomes of the literature review, the method chosen to analyze the data was narrative summarization [27]. This method enables capturing key themes and insights from the studies' findings. The qualitative information is described and organized coherently, allowing a more in-depth understanding of the results. During the synthesis, study findings were copied verbatim to an excel spreadsheet with different categories. E.g. 'Article general information', 'Study information', and 'Outcomes'. Conclusion, discussion and limitations were included in the spreadsheet. To analyze, these were read several times by the researcher and important quotes and sections of text were highlighted. These quotes and sections then were summarized and categorized under different themes.

Desk research

Desk research was conducted among the websites and the social media channels of each of the separate GGD's.

Materials

Websites used for the desk research were found via the website of GGD GHOR landelijk [28]. This is the national webpage of the GGD, from which all separate websites were linked.

URL's can be found in . Considering Facebook, YouTube and Instagram are the three biggest social media platforms globally, when comparing monthly users [29], these platforms were selected for the analysis. Social media pages were found through the link on the website of the specific GGD (in 88% of cases) or a Google search. 25 websites were included in the desk research and 72 social media pages from each GGD. GGD Twente didn't use Instagram and both GGD Limburg-Noord and Zuid-Limburg didn't use YouTube, which adds to 72 channels instead of 75.

Procedure

All the 25 different GGD websites had the headings 'my child' (mijn kind) and 'lifestyle' (leefstijl), which are subjects related to healthy eating practices and children. These pages were checked for any information related to healthy eating practices, a healthy lifestyle, eating and children. Pages were excluded if linked to a webpage from another website (e.g. opvoeden.nl / voedingscentrum.nl / 24baby.nl etc.). The information available related to the subjects, was checked on containing the following subjects:

- Was information available on the website about healthy eating practices or how to support healthy eating practices in the children?
- Are examples available of a healthy day/week of eating or healthy snacks/bites?
- Is a video or graphic example or approach available?
- What interventions are available (digital, non-digital and blended) from the GGD to support kids and parents in a healthy eating and learning environment?
- To what organizations does the GGD refer for more information about healthy eating practices?

Analysis

After reading the relevant content on all the websites, this was summarized and if information stood out, this was noted. Also, if there was no information on a subject, it was noted. Since every GGD provided information in a different way, the researcher couldn't compare the websites other than on present or missing information or outstanding sections, based on the questions described in the procedure section above. The available graphic content was looked at and, if present, stated in table 1 and some examples of the available graphic content were given. Interventions were put into different categories, digital, non-digital and blended. The referrals for each website were all noted. The information described can be seen in Table 1, Results of desk research.

For analysis of social media channels, the website from InsTrack [30] was used to extract statistical information about engagement on Instagram. For Facebook, the website Keyhole was used to extract statistical information about engagement [31]. The social media channels of each of the GGD's were hand counted on the number of posts in the last 12 months, related to practicing healthy eating, the number of followers and the engagement rate. According to Mikolajczyk, the current engagement rate in health and wellness related pages on Facebook is 1.17%. For Instagram this rate is 1.7%. [32]

Interviews

The interviews were held with youth nurses and trainee youth nurses from different CHC's to gather information about the currently used methods, and perceived barriers and facilitators regarding providing support in healthy eating practices to the families.

Participants

The inclusion criteria for the interviewees required that they were employees of the GGD and were 18 years of age or older. No exclusions were made based on work experience. The participants were found by approaching different GGD's with an email, phone call and/or flyer ([Appendix C](#)), and through friends or family with a contact within the GGD. Eleven people were approached for an interview, four people responded being available and wanting to participate. The reason for declining an interview was mainly the lack of time of the people approached during the period of data collection. The most important characteristics of the interviewed were; they all provided support to families and advice regarding healthy eating practices within the age group 0-4 years old, work at GGD Utrecht, GGD Deventer and GGD IJsselland, were all female and two of them were interns and two were youth nurses. The interns both had five months of experience, the youth nurses had 12 and 5.5 years of experience.

Materials

The interview scheme was based on an interview scheme created by Marielle de Haan in the previously mentioned prior study on dentists' experiencing with educating low SEP families about oral health. The existing scheme was edited to fit the aims of this study. The interview scheme used to interview the youth nurses focussed on 5 topics: 1) Current methods of preventative education and the tools used, for example, "Can you describe in what ways you currently provide information and/or education to families with children under 4 about healthy eating and lifestyle?". 2) Clients' involvement, for example "Can you give examples of approach methods and/or education programs you use to provide information and/or education to families with children under age 4 about healthy eating and preventive measures related to healthy lifestyles later in life?". 3) Barriers and challenges, for example "Are there differences in barriers and/or challenges among families with lower socioeconomic status (SES) compared to other families?". 4) Technology or e-health and how this can support their work, for example "In what ways do you think technology can be used to better reach and support families with a low socioeconomic status in promoting healthy eating and lifestyles in young children?". 5) The care network, for example "What other professionals are involved that may influence healthy eating or healthy lifestyles in the family?" For the full interview, see [Appendix D](#), interview scheme.

Procedure

The interviews were conducted online. Before the interview, participants received important information and signed an informed consent form. At the beginning of the interview, recording started and questions about personal information were asked. These were anonymised when the data was analysed. After the interview there was time to comment, bring up subjects the interviewee wanted to discuss, or ask questions. The interviews took 47-60 minutes. After the interview, the recording was transcribed using the transcription option from Microsoft Teams or Goodtape [33], and the interview was then analysed.

Analysis

Interviews were transcribed and then coded by the researcher. The answers on the questions were copied verbatim to Excel. To code the data gathered during the interviews, the researcher followed the three phases of the coding process as described in the book *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. [34]

Inductive coding was used to categorize the information into several themes. The first phase of the analysis is open coding. After the data collection process was complete, quotes that were relevant and important fragments of text were extracted from the full answers to the questions. These text fragments and quotes were then labelled with a short sentence or a few words which highlighted to most important information.

The second phase was axial coding. In this phase, the open coded labels were compared to each other and given a more general label to group the quotes and text fragments together in sub themes.

In the third phase, or selected coding, the sub themes were categorised in themes. When analysing the sub themes, ones that matched with each other, were placed in the same theme. These themes were methods, tools, barriers, facilitators and recommendations.

Results

Literature review

Two studies met the inclusion criteria and described health care professionals' experiences with educating low SEP families about healthy eating practices. The included studies were Norton LN and colleagues, a study qualitative descriptive study about Child health nurse perceptions of using confident body, confident child in community health [35] and Williams AS and colleagues, a study about Community-Based Medical Student Nutrition Counseling Training for Low-Income Families. [36]

Summary of included studies

Norton LN, et. Al explores Child Health Nurses perspectives on the Confident Body, Confident Child (CBCC) program in community health settings, originally designed for use with parents of children 2-6 years old. CBCC is designed to promote positive body image and healthy eating practices among children. The study aims to gain insight into the experiences and perceptions of the CHNs on the CBCC program and the effectiveness and usefulness in practice. In this study 11 Child Health Nurses (CHN) were interviewed, all female and between the ages 35-68 years old, with an average of 16.8 years of experience.

Key findings were CHNs had a very positive perspective of the CBCC training, CHNs thought of CBCC as a valuable resource that aligned well with the needs related to CBCC practices and existing health promotion practices. The study was performed in Queensland. This state has 8 major regions and according to the Australian bureau of Statistics, the socio-economic index (1 being most disadvantaged and 5 being most advantaged) is spread almost equally across the state [37].

Williams AS, et. Al investigates a community-based program aimed at enhancing the skills of medical students in providing nutrition counselling to low-income families. The Eat Healthy Stay Active (EHSA) program addresses the gap in nutrition education within the medical

curriculum and aims to equip future youth physicians with practical skills to support the disadvantaged communities. In this study 20 students completed a survey and a subgroup of 5 students from these 20 participated in a focus group session. Four of these students were female and one was male and all between the age of 20-30 years old. Key findings were the students reporting increased confidence and competence in delivering nutrition counselling after receiving the hands-on experience through direct interaction with low-income families focused on nutrition education and counselling, training on dietary guidelines, meal planning and behaviour change strategies the program offers.

Tools described in included studies

The CBCC training provided multiple resources. The three key CBCC topics, body image, healthy weight and healthful eating patterns, were addressed in a day-long training session. Recourses to cover these topics included presentations, group discussions, activities, leaflets, posters, (e)books, websites and videos. CHNs found these tools user-friendly and adaptable, which facilitated their integration into daily practice. Not only CHNs used these tools, but parents also took materials home (e.g. the parenting book) to discuss the, sometimes sensitive, CBCC topics with their child(ren). The EHSA program provided nutritional knowledge and hands-on experience with low-SES families. The students learned, through direct contact with the community, about the barriers low-SES families faced and the decisions the families make regarding nutrition, based on their situation. Newly learned nutritional knowledge through the EHSA program was also perceived by the students as a valuable resource.

Barriers described in included studies

Barriers perceived by the CHNs were mostly related to the difficulty of broaching body image, weight and nutrition-related subjects to parents. The CHN's stated experiencing hesitance in addressing CBCC topics with parents who have a high body weight themselves, parents the CHN's lacked report with or never met before, parents with strong beliefs regarding diet (e.g. keto or vegan) or parents who had body image issues themselves. The feeling of needing reassurance from colleagues that the CHN's were doing the right thing arose in these situations. Another barrier was time. The CHN's desired to have more in-depth conversations about topics with parents but falling short on time to do within a counselling session or with every parent and child. The students who followed the EHSA program perceived the lack of community-based knowledge within the curriculum at medical school as the greatest barrier. The students stated having an unfavourable perception of the low-SES families/community before EHSA. A barrier that the students encountered was their own lack of knowledge regarding nutrition decisions made in low-SES families or their own lack of understanding about the nutritional knowledge these families possess. Students perceived this as a consequence of the lack of community-based knowledge through university.

Facilitators described in included studies

The CBCC training recognizes, according to the CHN's, the difficulty of discussing sensitive topics with parents. The CHN's perceived CBCC aligned with their core business, needs and roles as community health professionals. Gaining knowledge and skills and feeling better equipped with new resources, to deliver messages surrounding CBCC subjects to the families. Confidence in identifying and addressing body image issues increased. Increased awareness of the influence of language surrounding subjects such as body image, eating and weight made the CHN's motivated to change their own use of language regarding CBCC

topics. CHN's noticed an improvement of the quality and efficiency in practice, which was dedicated to the CBCC training. The EHSA program was perceived very positively. Students reported the hands-on experience with the target population was essential for learning how to provide nutritional advice to families with low SES "...we don't fully realize how big of a gap there is sometimes, and how things that we know are healthy, or know that aren't healthy, people have no clue, and that's just what they know. Which is fine, but it charges us with more of a responsibility to make sure that when we check our box of "Oh, yeah, I covered nutrition," did we actually assess what they know and how functional they are in making healthy choices, because I think that we don't always appreciate that as much as we should [36]" Students stated gaining self-confidence addressing nutrition, with an increase of 80% in confidence when looked at communicating about obesity. This increase in confidence is, according to the students, to be attributed to the practical skills learned through the EHSA training and the knowledge gained about communicating with low-income or disadvantaged families.

Recommendations

CHN's expressed a desire for more training after following the CBCC training, especially about raising sensitive issues with parents and examples of relevant successful scenarios. Having open discussions with other CHN's or healthcare professionals on strategies for approaching conversations was also mentioned. The CHN's involved in this study provided care to children from a wider age range than 2-6 years old. Although CBCC was originally intended for pre-schoolers 2-6 years old, CHN's believe CBCC was applicable to parents of children of all ages and felt a broader use across different age groups would be appropriate. After following EHSA, students preferred learning experiential and perceived EHSA overall as positive and found they missed this experience in their curriculum at medical school. Students felt like the program equipped them to support disadvantaged families within the community and that hands-on experience with the community should be a bigger part of the medical school curriculum.

Desk research

Results of the desk research conducted on the websites and social media channels of the GGD's.

Healthy eating practices

The findings from the desk research can be found in Table 1. All webpages of the GGD's (N=25) illustrate what a healthy lifestyle should roughly look like. According to the GGDs' online information, a healthy lifestyle includes the incorporation of vegetables, fruits, meats and fish in the diet of children. They also advise parents to monitor children's liquid intake, which is preferably water, sugar free lemonade or milk. More than half of the pages (56%) gave examples of a day of healthy eating practices for young children and some pages (24%) provided examples of what can be given to babies who start with solid food. For instance, many GGD's link to a page of Voedingscentrum filled with recipes, daily menus (e.g. figure 2), examples of healthy snacks or how to make meals more nutritious. Most of the visuals and graphics were related to healthy eating practices. Typically, these are videos or visualizations of a daily menu, snacks or recipes. A few pages (8%) provided information on how to deal with picky eaters. For example, GGD Haaglanden advised parents to cook together with their child, make it cozy at the dinner table, watch videos (together) on learning how to taste food, how to prevent rewarding or punishing children with food and more. Voedingscentrum was

identified as a central online partner to the GGDs, as 88% of the GGD's refer to Voedingscentrum for nutrition information or questions.



Figure 2. Example of visualization of a healthy menu, provided by GGD Haaglanden. Source: Voedingscentrum

Tools used on GGD websites

The information gathered regarding the websites is displayed in Table 1. The columns refer to the different subjects; GGD, numbers corresponding to the GGD's in the table in appendix A. Each row represents a different GGD. *Healthy eating practices age 0-4* portrays information found on the websites related to this subject. *Graphic clarification* describes the available visuals on the websites. *Interventions* list the interventions the GGD's offered, categorized by digital, non-digital and blended. *Referrals* list the websites of third parties the GGD referred to for further information.

Table 1, Results on desk research of GGD websites

GGD	Healthy eating practices age 0-4	Graphic clarification	Interventions	Referrals
1	Games to get kids to try different flavors and textures. 'Traktatiebrief' to make healthy birthday snacks. Workshop dietician. The danger of PFAS** in breastmilk.	Examples of a healthy lunchbox Praatplaat, examples on how to talk about healthy eating practices or weight with kids	Sterrenmeter Gezonde kinderopvang Gezonde School (kantine) Kind naar gezond gewicht	Voedingscentrum Kansrijke start Trommel zonder rommel
2	Proposal on how to help vulnerable families with a 'kansrijke start' specified to the municipality Amsterdam.	Very graphic proposal, step by step.	Own take on kansrijke start. Two-day training for daycare workers on healthy start. Gezonde School Sarphati Cohort: study on healthy living ages 0-18. AIMS	Voedingscentrum Kansrijke start Dream support

	No information on breastfeeding		Workshop healthy buying, healthy cooking for parents.	
3	No information on the website regarding breastfeeding, but referral to a video on YouTube and a theme night is organized about breastfeeding which parents can attend.	Video on breastfeeding	Triple-P lifestyle; program for parents and their overweight children. Moeders informeren Moeders Videohometraining Groeigids	Voedingscentrum Opvoed informatie
4	No information on breastfeeding or on healthy eating practices on their own website, just referrals	Videos on YouTube. A graphic display of GIZ.	GIZ: Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte Gezonde School Webinar 'starten met oefenhapjes' Gezond leven in Drenthe Kansrijke start Groeigids	Voedingscentrum Kansrijke start De gezonde generatie
5	Information about the Schijf van Vijf, referrals to website and for healthy recipes. Some tips on healthier eating/choices for adults	Video of voedingscentrum about healthy and sustainable eating in general	Avonturen van Glansje and Tom (app to promote a fun way of learning about nutrition and dental care) Week van Snoep Goed	Voedingscentrum GGDAppstore
6	The Stevig Ouderschap intervention helps parents with a difficult situation or low SES who are struggling. Some information on the importance of healthy eating practices	No graphics or video's	Friese preventie aanpak Kind naar gezond Gewicht Gezonde School Fryslan Stevig ouderschap Groeigids	Voedingscentrum JouwGGD Gezonde School Fryslan
7	Schijf van Vijf and some additional webpages from voedingscentrum. Referral on allergies and how to deal with them, what if breastfeeding doesn't work, healthy first bites.	Recipes for healthy and affordable cooking.	Stevig Ouderschap Groeigids	Voedingscentrum Opvoeden.nl
8	How to store breastmilk.	Several videos and leaflets on health,	Stevig Ouderschap Groeigids Triple P – positief opvoeden	Voedingscentrum Groterworden

	Help with breastfeeding/ formula feeding. Healthy eating practices and drinking for toddlers. Help with picky eaters	breast/formula feeding / first healthy bites/ healthy meals and picky eating	Mamacafé Huizen (place where mothers can meet, attend speaking events and share experiences)	Opvoedinformatie Nederland RIVM
9	Information on breastfeeding and if it won't work what mothers can do or where to go. Information about the first bites. Food 1-3 years old Food 4-12 years snacks	No graphics	Podcast 'een goud begin' about sleeping, eating, breastfeeding and more. GroeiGids Gezonde School	Voedingscentrum RIVM
10	Recipes for healthy snacks. Tips for picky eaters. What foods are good for babies/first bites. Information on where to get help for families with low income of other situations	Meal plan one day for children 1-3 years. Graphics on good foods for babies/first bites. Meal plan one day for babies of 10 months	Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG) Loket voor jonge moeders	Voedingscentrum Centrum Jeugd&Gezin Den Haag
11	Some information on a healthy eating practices and the importance. Information on practice bites for 4-11 months. Information on transitioning from breastmilk to formula	Video on sugar in drinks Video on healthy and sustainable eating. Graphic representation of practice bites and meals	Kind naar Gezond Gewicht Webinars and courses GroeiGids	Voedingscentrum JouwGGD GGDAppstore
12	Information on breastfeeding and formula feeding and tips. Tips on healthy eating practices, the importance of a healthy diet for young children and how to teach children about food.	Meal plans one day for 6 months to 3 years old. Video on healthy living with young children	Ouderportaal Ouders.nl , Forums on different topics on which parents can post their questions anonymously. Alliantie Positieve Gezondheid	Voedingscentrum Kenniscentrum borstvoeding La Leche League
13	Information on Schijf van Vijf and referral to different sites on a healthy eating practices. Referral	No graphics	Positieve gezondheid Kind naar gezond gewicht Gezonde School GroeiGids	Voedingscentrum JOGG

	website on breastfeeding		Information evening on breastfeeding Positief opvoeden	
14	No specific information on healthy eating practices, breastfeeding or what to do if the family struggles	No graphics	GroeiGids Peuterworkshops CenteringParenting Positieve Gezondheid	GGDAppstore
15	Advice in other languages. Downloads to leaflets about breastfeeding, allergies, healthy eating practices/snacks.	Referral to videos on raising babies, toddlers, and parenthood en a healthy life.	GroeiGids Stevig Ouderschap Webinars GGD Kennemerland voor gezonde inwoners in de regio	Voedingscentrum Opvoeden.nl
16	Very little information available on the website on healthy eating practices, most is in the parent portal	No graphics	Positieve gezondheid Gezonde School JOGG – Gezonde Jeugd Gezonde Toekomst CenteringParenting GroeiGids	Voedingscentrum
17	No information on the website of the GGD, but refers to other websites of different CHC's where there is information on breastfeeding, healthy eating practices, and lifestyle and more	Videos and graphics on healthy lifestyle	Preventie Platform Jeugd Webinars GroeiGids	Voedingscentrum
18	Information for a healthy lifestyle but not for children, just adults	Videos from Fiona on a healthy life	GroeiGids Stevig Ouderschap	Voedingscentrum GGDAppstore Fiona over opvoeden, opgroeien en gezondheid (YouTube)
19	Information about feeding a baby/breastfeeding and formula. How to approach the first bites. Information on how to prevent overweight toddlers,	Leaflets on breastfeeding with graphics and on a healthy eating practice. Video on first bites. Leaflets on healthy snacking	Facebook group for parents Home-Start Kansrijke Start GroeiGids	Voedingscentrum Actiz Pharos RIVM

	what to feed in between meals	and food for healthy kids		
20	Information about the importance of healthy eating practices, some examples of food swaps. Almost all topics link to the website of voedingscentrum when searching for healthy eating practices and breastfeeding/formula.	No graphics	Positieve gezondheid	Voedingscentrum
21	Some information on the importance of balanced diet and a possible online meeting when questions about breastfeeding and diet arise.	No Graphics	GroeiGids Positieve gezondheid	Voedingscentrum
22	The possibility to ask online questions about raising a child, diet and the period after birth. Not much information on healthy eating practices	No graphics	Positieve gezondheid GroeiGids Gezonde School	Voedingscentrum JouwGGD
23	No information directly on the website of the GGD regarding healthy eating practices, breastfeeding, or food for young children	No graphics	Gezonde School Positieve Gezondheid	Opvoeden.nl
24	There is no information given, they urge parents to make an appointment to come by to be able to help the best. So almost no information is publicly available.	No graphics	VoorZorg Stevig Ouderschap Kansrijke Start KeiGezond Limburg GroeiGids	JouwGGD Opvoedinformatie
25	Some general information on raising children healthy, no specifics.	No graphics	GroeiGids Vragenlijn 0-4 jaar Group meetings on request. VoorZorg Kansrijke Start	Voedingscentrum

			Stevig Ouderschap	
--	--	--	-------------------	--

Table 1. Results desk research GGD websites

Legend for table 1

Interventions: The **red** interventions are digital. The **blue** interventions are non-digital. The **purple** interventions are blended. Interventions are programs or other tools that the GGD uses to help support people with a healthy life.

Interventions

Digital

Out of all the GGD's, 72% are actively using and promoting the use of Groeigids on their webpages. Groeigids is a digital app-based and web-based program to provide reliable information about development, parenting and health. The app and website are categorized in age groups (baby 0-1 y/o, peuter 1-4 y/o, basisschoolkind 4-12 y/o, puber 12-18 y/o), pregnancy and parenthood. Parents or parents-to-be choose the category which fits their question and find the information to help them. Besides, they can use the Ouderchat on the app to ask their questions to the available youth nurses. A few GGD's (16%) regularly organise webinars on different topics like healthy eating practices or child development. GGD Zuid-Holland Zuid invented the Sterrenmeter, a digital tool that provides insight into how topics related to healthy lifestyle are currently incorporated within the children's daycare facility. Depending on how the facility scores, rated by professionals, on the different topics, three, four or five stars can be earned. This information is publicly accessible, to support parents in choosing a child daycare that fits their lifestyle. 12% of GGD's provide an online platform (e.g. Facebook forum/group, forum, webpage) where parents can discuss topics on which they want advice or to ask questions. The whole community can read and search through these topics for information or advice.

Non-digital

The number of non-digital interventions, next to the normal consultation at the CHC, is low (9 different in total). 8% of GGD's actively promote the VoorZorg program, an intensive home visitation program for struggling families who need more thorough support. Five GGD's (20%) created their own non-digital interventions. The Mama Cafe, Moeders informeren Moeders, a workshop in healthy buying, healthy cooking, Peuterworkshop, a two-day training for daycare workers on a healthy start for babies and toddlers and an information evening for parents (to-be) on breastfeeding. Another 8% of GGD's promoted the program CenteringParenting, a program from the organization CenteringZorg. Their goal is to organise meetings with parents who delivered their babies around the same time, to talk about development and family situations, under guidance from a healthcare professional.

Blended

Most innovations are blended, only 20 of all the interventions aren't. The GGD's primarily promote Gezonde School (36%), Positieve gezondheid (32%), Stevig Ouderschap (28%), Kansrijke Start (20%) and Kind naar gezond gewicht (20%), all examples of blended innovations. These are all government programs to which every GGD has access and can use or promote. Most interventions have some type of digital aspect like video's, web-based games, presentations, examples and questionnaires or other information that can be read online. The non-digital aspects of these interventions are, for example, teaching materials, assignments, promotion materials, physical examples, pictures or physical games. GGD Gelderland Midden offers group meetings on request, which are physical and online at the

same time. Loket voor Jonge Moeders is a webpage where parents can search for information but are also able set a physical meeting with a healthcare professional or attend group sessions on location.

Referrals

The most used reference is the Voedingscentrum website, 88% of GGD's refer to this website. After Voedingscentrum.nl, the Groeigids website or app are the most popular to refer to from the website of the GGD's (72%). GGD Utrecht also refers to a YouTube channel "Fiona over opvoeden, opgroeien en gezondheid" which has videos on all different topics related to raising, growing up and health.

Social media

12 GGD's (48%) have more than the average numbers of followers on Facebook, 13 GGD's (52%) have more than the average number of followers on Instagram and 11 GGD's (44%) have more than the average number of followers on YouTube. The number of posts related to practicing healthy eating practices differed greatly between the GGD's. Ranging from 0 to 30 for Facebook, 0 to 19 for Instagram and 0 to 2 for YouTube. The major difference between the number of posts was if the GGD posted all the materials from GGD landelijk or just a few items or if posted materials were created by the GGD itself, for example pictures of organised activities or events.

An example of a posts on a created initiative by GGD Haaglanden



Figure 3. Post from GGD Haaglanden on intervention Haagse Aanpak Gezond Gewicht
Source: GGD Haaglanden Instagram

The engagement rate in health and wellness related pages on Facebook is 1.17%, meaning 4 Facebook pages (16%) are above average engagement rate. For Instagram this rate is 1.7%, which 20 of the GGD's (80%) don't reach [32]. Engagement rate is high for some pages (4 Facebook pages and 5 Instagram pages), but this might be due to one post going viral, like for example the post of GGD Zuid Limburg, which got over 600 likes/shares/comments on just one post, while the rest of the posts are not much interacted with.

What stood out regarding the social media channels, is posts about local activities (pictures and stories), pictures from the team, or posts about the citizens in the region who joined an activity or told their stories are more interacted with than the more formal posts or posts containing nationally used promotion materials. For instance, a post about Gezonde School from GGD national had far fewer likes than a picture of children getting to learn about vegetables in the garden or a picture of a health-related event in which the children

participate, like sports or cooking together. Altogether, subjects related to healthy eating practices aren't posted a lot. GGD Twente has zero posts related to healthy eating practices, while GGD Groningen has 19 on Instagram and 30 on Facebook in the last year. These differences are very great. There is no obvious explanation for these differences that can be found via desk research.

Table 2, Social media GGD's

GGD	Channel	Posts	Followers	Engagement rate in %
1	Facebook	5	2400	0.09
	Instagram	5	523	0.36
	YouTube	2	149	-
2	Facebook	6	386	0.45
	Instagram	0	293	0
	YouTube	0	597	-
3	Facebook	0	10.000	3.4
	Instagram	1	1843	2.06
	YouTube	1	85	-
4	Facebook	10	6300	0.39
	Instagram	0	164	0.43
	YouTube	2	144	-
5	Facebook	9	3400	0.63
	Instagram	1	653	0.57
	YouTube	0	15	-
6	Facebook	10	9400	0.94
	Instagram	6	1356	3.59
	YouTube	2	305	-
7	Facebook	5	7100	0.48
	Instagram	3	1170	2,79
	YouTube	0	235	-
8	Facebook	5	1600	0.34
	Instagram	0	409	0.26
	YouTube	0	19	-
9	Facebook	30	7700	0.49
	Instagram	19	359	0.19
	YouTube	0	109	-
10	Facebook	1	6200	0.78
	Instagram	7	1508	4
	YouTube	1	232	-
11	Facebook	6	6600	0.43
	Instagram	2	1376	0.33
	YouTube	1	326	-
12	Facebook	1	6400	0.03
		1	1123	0.31

	Instagram YouTube	1	91	
13	Facebook	11	7200	0.47
	Instagram	5	898	0.27
	YouTube	2	74	
14	Facebook	3	5900	0.16
	Instagram	4	861	0.64
	YouTube	0	901	
15	Facebook	2	5800	1.04
	Instagram	2	1218	0.33
	YouTube	0	361	
16	Facebook	4	6800	1.66
	Instagram	1	811	0.22
	YouTube	-	-	-
17	Facebook	1	9400	1.41
	Instagram	2	633	0.61
	YouTube	0	359	
18	Facebook	8	7400	1.33
	Instagram	9	1334	0.52
	YouTube	1	277	
19	Facebook	2	9700	0.76
	Instagram	1	1324	0.46
	YouTube	0	119	
20	Facebook	0	9400	0.82
	Instagram	-	-	-
	YouTube	0	372	
21	Facebook	9	5200	0.03
	Instagram	7	803	0.53
	YouTube	0	328	
22	Facebook	6	6500	0.20
	Instagram	8	976	0.25
	YouTube	0	41	
23	Facebook	5	8500	1.01
	Instagram	0	1014	0.61
	YouTube	0	88	
24	Facebook	9	10.000	1.83
	Instagram	8	1143	0.46
	YouTube	-	-	
25	Facebook	0	5900	0.77
	Instagram	2	635	1.63
	YouTube	0	144	
Mean	Facebook	5.92	6605.92	
	Instagram	3.76	897.08	
	YouTube	0.56	214.84	
Tot.		148	192.946	

Table 2. Social media use

Legend

Posts: The number of posts for the specific channel, related to healthy eating practices
Engagement rate: the average engagement compared to the number of followers, for Facebook 1.17% and Instagram 1.7% on average [32].

Interviews

Three interviews were conducted with four people. All participants were female, between the ages 21 to 57. Two of them were trainee and two are youth nurses. Three worked at GGD IJsseland, one worked at GGD Utrecht. [I1] is the first interview, [I2] the second interview, in which two people participated, and [I3] is the third interview.

Appendix E contains a table in which the themes are shown, which sub themes form a theme together and which text selections and quotes fall under the different sub themes. To learn more about the identified subthemes for each theme, this table can be viewed. An example of a few sub-themes that fall under the theme barriers are ‘cultural differences’, ‘community’, ‘hesitance or resistance’ and ‘motivation of parents’. In the sub theme cultural differences are then codes relating to cultural differences which could form a barrier to the youth nurse in providing support regarding healthy eating practices. An example of a code is ‘customs and habits in cultures (gebruiken en gewoonten in culturen)’. These codes represent text selections like: “Of course certainly in terms of culture there are differences. Yes, that is also culture-sensitive work, isn't it? That you do look at what culture, what are the customs and how? How can you have the conversation? Yes, also engage with other cultures, right?”

A short overview of the identified variables can be seen below

	Identified
Methods	Physical conversation Tailoring consults or contact moments to family situation Tailoring advice to financial situation Tailoring advice to culture Set agenda points
Tools	KindDossier Online leaflets Physical leaflets Apps that provide information Translation services Home Visits Example menu Websites or other online information Videos Newsletter or questions from schools Visuals or graphics Events or other organized sessions by the GGD Social media Key person
Barriers	Cultural differences Eating habits parents

	Sensitivity of subjects
	Differences in knowledge and education between low and higher SES
	Community
	Hesitance or resistance
	Motivation of parents
	Involvement or participation parents
	Financial situation
	Social media and internet
Potential facilitators	Discussing eating practices by weight- and growth curve
	Use of technology in a supportive function
	Involved people around families
	Knowledge of youth nurse
	Conversation techniques
	Reaching parents
Recommendations	Community figure
	Involvement of municipality
	Social media use and research into it
	Involvement of professionals regarding healthy eating practices
	Learning in groups
	Visualization to make it easier to understand

Table 3. Overview identified variables

Methods and tools

Examples of identified sub themes within methods and tools include physical conversation, tailoring advice to culture/age or development/financial situation, KindDossier, Online leaflets, Translation service, knowledge of the youth nurse and key person. More sub themes can be found in appendix E.

Coming to the CHC and having a face-to-face consultation with the parent(s), the child in question and the youth nurse or youth physician is the 'normal' setting in which the consultations proceed [I1, I2, I3]. During the COVID pandemic most of the consultations were done online if possible [I1], and that option stuck around for when parents need additional counsel or support, are very busy or for other reasons unable to come to the CHC. Contact via telephone or email is also possible when parents have a question or for a quick update regarding earlier discussed situations and advice, for example nutrition [I1]. During the consultations the weight- and growth curve are always discussed [I2, I3] and nutrition is a regular point during the consultations [I1, I2, I3]. If weight, growth and nutrition are as expected and parents don't have any questions or concerns, the point isn't always extensively discussed [I2]. If more support is needed in an area, the CHC sets up more appointments, check-ins or even home visits. This used to be a rigid number of appointments set at fixed moments related to the child's development and milestones which should be accomplished according to research. For example, at 6 months a baby starts with solids so there is an appointment, at 12 months a baby stops with breastfeeding, meaning an appointment. Nowadays, the GGD is more flexible when it comes to appointments. [I1, I2, I3]

To give more information about subjects, the youth nurse or youth physician can assign brochures, leaflets or other online reading materials to the file of the child. Parents can access this online file (KindDossier) from home and read all the additional information [I1, I2]. This information, however, is general and not tailored to the specific needs of the families [I1, I2]. Nevertheless, this still is a form of support for the parents. GGD Utrecht also offers at home video training for parents when struggling with mealtimes, which can be attached to the child's file as well [I3].

The interviewed youth nurses all said counselling is tailored to the family situation, the SES, the education level of the parents, and to the culture the family practices. When it comes to nutritional advice, the advice will fit the family's lifestyle as much as possible. The cultural differences are not the only aspect of tailored advice. All interviewed reported advice is tailored to the level of understanding of the parents. If people are illiterate, the youth nurse or youth physician will explain the advice more in words and pictures or materials instead of giving them written information to read at home. If parents are less educated, the use of medical terminology will most likely not make advice clearer. This is then avoided, and 'simpler' language is used. [I3] The parents are provided with materials like a day menu as an example of what a healthy day of eating looks like [I3], or during counselling the parents and youth nurse together make a menu or a meal [I1]. Higher educated parents are told how they can read the nutrition label on products and lower educated parents are shown some food swaps or the amounts of sugar in a product [I2]. With lower SES, parents usually raise their kids the way they were raised, for example they give their children 'pyjama papje' because that's what they received when they were children and therefore think it is fine, without knowing the nutritional value or how healthy or unhealthy something is, and trying to convince them to change is challenging [I3]. Sometimes advice is tailored to be more budget friendly, for instance when parents are feeding formula, the most chosen formula is Nutrilon. An expensive brand isn't necessarily better, therefore private label products are advised to parents who are on a budget and, in case of formula, to most families. This can save up to 50% of the costs on formula. [I2].

Perceived barriers

Examples of identified sub themes within barriers include cultural differences, sensitivity of subjects, differences low and higher SES in education and knowledge, motivation of parents, social media and internet. More sub themes can be found in appendix E.

The youth nurses stated cultural differences sometimes make it difficult to provide fitting advice. For instance, "If you look at other cultures, which is of course very different from, say, Dutch culture and habits, and you see this more and more now, it is also very good to take this into account. You then advise, for example, to offer less bread or different bread because parents of Turkish descent, for example, often eat bread with every meal and then you could say "OK, what kind of bread do you give?" so you respond to that now, so it's also culture-dependent again [I1]." Cultural differences also sometimes present barriers to communication. Language barriers are mostly diminished by using an interpreter or an interpreting app [I1, I2, I3], but "Well, one interpreter is better than the other, so it is a barrier. Because you never know exactly how the interpreter translates so yes easier if you just both speak in the same language [I3]." Also, body language is harder to read if there is a discrepancy between cultures [I1].

Talking about health-related subjects is different for every family. The interviewed don't specifically point out a subject that is very difficult to raise but underline that weight or

weight related topics can be sensitive. Interviewee 2 also stated financial topics were sometimes sensitive. “I think that finances are also quite sensitive. A kind of taboo or shame around it. Yes, it is a very private piece to talk about [I2].”

The interviewed sometimes experience parents resisting advice, when parents think they are doing fine and don't want to change their habits to support healthy eating practices. Especially with low SES parents, the understanding of the need to change can be difficult to reach. “They've heard the advice already and are not interested” [I3]. The motivation to change is perceived lower than with higher SES parents. For higher SES parents, things are more obvious, they can see the consequences more accurately than low SES parents [I3]. A lack of knowledge to understand diabetes or the understanding of the risk of knee problems when older if being overweight, is common with low SES [I2].

In general, the interviewees stated that parents with low education often have less knowledge of nutritional value and practicing healthy eating and a healthy lifestyle. Feeling lower educated parents are also less likely to do research on their own than higher educated parents. “Yes, you often notice it with those with a higher education. They actually ask more questions. They are more interested. So then you can also assume that they actually do understand. While the lower educated, on the other hand, sometimes don't dare ask. So sometimes you just give information in a different way [I1].” Explaining a nutrition label to low SES parents isn't working according to the nurses. Rather, the nurses stated that these parents need to be shown, or things need explaining in more detail.

Low SES families are sometimes more of a community that needs to change their habits to be able to change at home, according to the youth nurse. Children growing up within a tight community are likely to also get food or drinks from other members of the community and parents just have less insight into what is eaten when not at home, in the experience of interviewed 2. Then, as CHC, the target is the community instead of the child's parents. Which makes it very hard to see results in the advice given to the parents. [I2]

Stated by the interviewees, the low SES parents are harder to reach with promotion of healthy eating practices. They are less likely to attend events like webinars or seminars or information sessions, even when they would benefit from them [I2, I3]. They may be reached best via the children [I2, I3]. For example, showing videos on TV about healthy eating practices targeted at children [I3].

Potential facilitators

Examples of identified sub theme within potential facilitators include discussing eating practices by weight or by growth curve, use of technology in supportive function, involved people around families and conversation techniques. More sub themes can be found in appendix E.

To facilitate diminishing the cultural barrier, GGD IJsselland in Deventer [I2] uses a key person "sleutelpersoon" when doing home visits. This person is not only an interpreter, but also familiar with the culture of the parents and tells the youth nurse who's visiting, more about the culture, the habits and the 'non negotiables', like “We can even use a key person from our municipality. If necessary, you can go on a home visit with the key person who interprets for you and takes you along and explain the culture, so you can really build trust. Sure enough, you arrive somewhere and then the conversation is finished, I think, well, now I want to go. And then there, the key person says “No, now you must stay seated, because now

you must drink coffee. That's part of it, otherwise it's rude.” Oh yes, okay, yes, we Dutch want to leave again immediately, because we don't have that time [I2].”. The use of an interpreter or translating application can help with decreasing the language barrier. However, as stated by the youth nurse [I3], it doesn't fully take away the risk of understanding differently, since the interpreter could translate things differently or in a different context.

Talking about weight and nutrition sometimes is perceived as a barrier by the youth nurses. The easiest way to talk about weight and nutrition is when assessing the growth- and weight curves [I1, I2, I3]. However, when the child is three or four years old, they can be involved in the counselling with questions like “What do you like to eat?”, “What did you eat for breakfast this morning?” or “Which fruits do you like?” and leads to talking about nutrition, what changes to make when children are picky or how to make healthy food more accessible or appealing. [I1, I2] These ways of approaching a possibly sensitive topic can possibly lower the perceived barrier.

When supporting parents with a low SES on practicing healthy eating, advice must feel more like parents and healthcare professionals came up with the changes together, to build support to facilitate the changes and motivate parents to carry out the changes and advice and make sure the advice doesn't feel unsolicited. [I2] According to the youth nurse, this can be accomplished by asking guiding questions to the parents and making it feel more like parents gave the answer or solution themselves [I1]. With a higher SES the advice must be given in a way that doesn't make the parents feel patronized [I3]. These parents do a lot more research and ask more questions [I1, I2, I3]. If you show a low SES parent a 0% sugar drink, they often automatically assume it's a healthy option, but it doesn't say anything about the nutritional value of the product. There could be more (saturated) fat or more carbohydrates in the product, which still makes it unhealthy if taken in excess. [I2] To accomplish as much coherence as possible, the GGD uses the GIZ (Gezamenlijke Inschatting Zorg) methodology, an estimation technique the youth nurses use during the dialogue, to come to an estimation and agreement on the support and how much the family needs it. [I1]

Another potential facilitator is knowledge. Not at every GGD is the workforce gaining more knowledge in the same way. At GGD IJsselland Zwolle there is an e-learning in which the youth nurses and youth physicians can follow modules to increase their knowledge and maintain knowledge. These modules are open to everyone working at the CHC and in close or direct contact with families. They vary from subjects of communication techniques, nutrition and development to more medical related knowledge. Once every while speaking events or webinars are organized and can be attended by anyone interested or are even mandatory. The GGD IJsselland Deventer also has e-learning, but not everybody receives the same information or has access to every module. Knowledge is more specified for those who need it for their function but can be shared later. There are (mandatory) speaking events, guest speakers and webinars to attend for everybody. At GGD Utrecht an e-learning is available, but the interviewee noted everybody has their own area of focus and gains knowledge themselves to later share within the organization. Going to seminars or speaking events is more out of one's own motivation than obligated. GGD Utrecht does, however, start working with a new method soon, the Gids. This is a method in which the youth nurse or youth physician can talk with the parents about all the themes in the circle and these sub-areas each present a part of life. Using the knowledge and methods learned, the youth nurses can provide low SES families with support on healthy eating practices.

Recommendations

Examples of sub themes within recommendations include community figure, social media use and research into it, use of technology and involvement children or whole community. More sub themes can be found in appendix E.

Referring to a pediatric dietician for children with serious overweight or obesity would be valuable. The dietician is a professional when it comes to healthy and sustainable weight loss and has the most knowledge on the subject. It might be hard to refer a child to the pediatric dietician, because “You bluntly say ‘your child is fat’ against the parents.” [I1]. Referring to the pediatric dietician would be the best option in some cases; however, this isn't done most of the time. [I1] Also “wijkteams” could be an opening into encouraging parents to do something about weight related subjects regarding their children [I3].

Involving the municipality might be a great help too. To be able to say to families that there is a subsidy available to get help with money for groceries or to receive help with the process of applying to the food bank [I1], or to help the food bank to have more healthy and less processed products. Or the municipality tries to organize something like a cooking activity where, for example, a group of children from a neighborhood can come together, get groceries to make a healthy meal with a healthcare professional to guide them. Cook and eat together and learn about healthy food, so they can take this knowledge home to their parents.

There might also be opportunities when it comes to social media or the internet [I3], for example to spread health related knowledge and encourage parents to practice a healthier lifestyle via posts, videos or podcasts. However, one nurse stated that it should first be examined if low SES parents are even on social media or the internet and when they are, what they watch, and which materials attract them. Making videos parents aren't going to watch is considered useless. [I3]. GGD IJselland Deventer stated already using social media to post health related topics but couldn't tell if that really works.

Another opportunity could be to involve key people from a community, especially the communities with a lower SES and/or different culture. Reaching for example, an imam within an Islamic community, to reach parents. Or other leading figures within a community. “Go Ahead Eagles is very big here. You could use the Go Ahead Eagles players to promote healthy food. You don't have to see that very big right away, but just small steps, so the Schijf van Vijf is already too much, but suppose they start promoting that you must drink water. That all appeals to those young guys. Well, then you have achieved something[I2].”

Discussion

This qualitative research study aimed to provide insight into how healthcare professionals support healthy eating practices in low SES families. Findings on the first research question “What tools do healthcare professionals (youth nurses) use to provide support in healthy eating practices for low SES families?” identified several tools. The most important being the KindDossier, interview methodologies like GIZ, motivational interviewing and guided questions, and individualizing advice based on cultural differences, educational and knowledge levels and SES. Desk research showed the website and social media channels of the GGD weren't designed considering SES or knowledge levels, even though the CHC does use it to provide information. The second research question “Which barriers and facilitators do healthcare professionals (youth nurses) perceive when supporting low SES families in

healthy eating practices?” identified several barriers and facilitators. Barriers mainly being cultural and language differences, knowledge and understanding, resistance and motivation of the family and the sensitivity of topics related to weight and nutrition. Facilitators to diminish these barriers, could be the use of a key person who knows the language and the culture or to follow a training like the EHSA to gain knowledge about the situation of these families through experiential learning or to understand why certain nutrition related choices are made. The use of visual information and less text, the use of simple language are incorporated to give understandable advice and help the families with their nutritional knowledge. Guided questions and achieving coherence between families and the given advice help with motivation and resistance of advice. To approach sensitive topics, the hands-on experience and the skills, resources and knowledge identified in the literature review can be followed to ease the discussing of weight and nutrition related subjects.

The methods and tools identified by the interviews were mostly related to providing information during the in-person counselling. Youth nurses providing support with consideration of educational level and knowledge of the families regarding nutrition and health. By adjusting the difficulty of language, the amount of text and more visualizations, nurses attempt to tailor the provided support to the family. Asking questions and trying to create the feeling parents have influence on the advice and therefore build motivation and prevent resistance is another method. Resistance can have many causes, but the youth nurse's perception on resistance is mostly parents trying to argue they are doing fine as it is or don't want to change or feeling like their parenting skills are criticized. There is a need for better strategies and methods to help these parents and to learn more about where this resistance comes from to be able to prevent this in the future. This is confirmed by the literature review, where the students following EHSA state after the training that they are more considerate of the understanding of the family, explain nutrition in easier terms and check if the families understood, trying to create advice together with the families instead of just sending information. Trying to build a dialogue and check if parents understood the information is important to provide support, also according to the research by Pharos and KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) [38]. This confirms the need to tailor and personalize advice to support low SES families in practicing healthy eating. Next to providing information during counselling and to take home or access via the KindDossier, online information is also a tool the GGD uses. However, there are no specific sections on the website or posts on social dedicated to low SES specifically, even though according to the interviews, GGD Utrecht has an at home video training regarding mealtimes, which could be a very fitting source of information for low SES families. Unfortunately, while professionals are aware of such material, it is not directly available to parents via their website or social media. The use, or maybe even the usage in a wrong way, of these websites and social media is confirmed by the interviews, stating to be unsure about the actual influence of social media on low SES families and questioned if this group is even interested in online health information and if so, to what extend do they interact with different posts or information. This concern may be valid, as a study from 2021 states individuals with low literacy and who are less educated, indeed search less health-related information online. Social media is mentioned to be used for interactions with health experts, not specifically as an instrument to find health related information. [39]

When it comes to providing low SES families with support on healthy eating practices, several barriers are perceived by the youth nurses interviewed. The cultural differences and sometimes language barriers make it difficult to provide fitting support regarding healthy

eating practices. Language barriers are mostly decreased using in interpreter or translation app, but as stated in the interviews, is still perceived as a barrier. Similar cultural barriers are also perceived by general practitioners (GP's), according to S. Schinkel [40] who conducted research into the barriers in providing care to Turkish-Dutch patients by general practitioners (GP's) in Amsterdam. Schinkel concluded GP's should adjust their communication by using simpler language and making patients aware of health-related information. GGD Deventer uses a key person to facilitate the cultural barrier that comes with home visits. This is also promoted by Pharos, a national centre of expertise contributes to reducing major health inequalities. [40].

Next to cultural barriers, the lack of health-related knowledge and understanding, and a lower educational level of parents, make providing fitting support difficult. The interviews point out low SES families don't always understand consequences to their dietary choices or do not see a problem with how they practice healthy eating currently. This was also concluded in the research conducted among the dentists [24]. According to the interviews, possibly resulting in parents who resist advice or don't have the motivation to change their habits. According to the nurses, these parents need to feel like they influence the advice or came up with it themselves, to change. At the CHC the youth nurses try, with guided questions and motivational interviewing, to create coherence and come to an understanding with these low SES families. A study about the resistance between patients and practitioners and ideas on how to create compliance, state it is important the practitioner understands the reasoning behind the resistance. Instead of just giving advice, the practitioner should try a negotiation-based framework that works on patients' intrinsic motivation to empower them in making their own decisions [42]. This is also confirmed by the students following the EHSA training, stating they didn't understand the reasoning behind the decisions of low SES families and the hands-on experience learned them to understand and have empathy, which enabled them to provide more fitting nutritional advice that families would follow instead of ignoring the advice.

The literature review and the interviews both identified sensitivity of subjects as a barrier. The interviewees stated it was sometimes hard to talk about weight related subjects to the parents, because it could be perceived as an insult on either the child's weight or the parenting skills. This is underlined by the literature review, were the CHN's who followed the CBCC method claim the approach of body image, weight or eating related subjects felt as a barrier. Especially when parents were larger bodied or had body image issues themselves, had a very strong opinion on diet, or when the CHN's didn't know them, raising these topics was difficult. This wasn't mentioned as specific by the youth nurses during the interviews. Youth nurses also identified weight related subjects as sensitive and one youth nurse stated, "You bluntly say 'your child is fat' against the parents.", when advising to work with a paediatric dietician. However, not to the depth of the statements the CHN's gave regarding addressing weight related issues. CBCC provided the CHN's with tools, resources and skills to give them confidence in addressing these subjects. Research from 2018 about how parents would like to be approached about the weight of their child. Parents preferred the physician to lead the conversation, with a straightforward and honest approach. However, physicians should consider their words carefully and display sensitivity and avoid judgment on parenting situations [43]. This is in line with the CBCC method and what the youth nurses at the CHC's state.

This study also identified several recommendations to improve the provision of support regarding healthy eating practices. The use of social media and websites could, according to the interviews, be a valuable tool to reach the low SES families. However, according to research from 2020 [44], its effectiveness remains uncertain, particularly among low SES

populations, its reach and impact are limited by digital literacy. Stated in the article, is the importance of understanding the low SES populations media consumption habits and preferences. This echoes what was said in the interviews about properly researching what appeals to the target audience. The same goes for the website, to research to what extent low SES parents read online health information and if more visuals and less complicated texts really capture this target audience. The need for further research into how websites and social media needs to be adjusted to target specific groups and provide understandable health-related information for every family. This is further explained at the research implications section of this study.

Involving key figures from the community, such as religious leaders or local well-known persons, could be an effective strategy for reaching low SES families. Community leaders are often trusted and influential, which can be valuable to promote health messages [45]. For instance, as mentioned in the interviews, using local sports teams to promote health messages like drinking water, could impact young people and their families can be small steps to more healthy eating practices of these families.

Experiential learning as a part of the curriculum for health-related education is considered valuable by the students. The study concludes, experience with the target group made the students not only more empathic and understanding to the low SES population, but also enabled them to support this group more effectively. A study performed during the COVID pandemic stated the need for experience in working with the community or population. "It is essential to apply academic knowledge to the struggles faced by a real community, but it is disrespectful and naive to believe that academic knowledge is superior to that of the community." [46]. This statement from the article underlines the experience of the students. Their lack of understanding of the situation of low SES families gave them an unfavorable view of the population. The need for this experience within a curriculum is also underlined by the interviews. A youth nurse suggests it would be nice to receive more hands-on experience instead of role-playing situations with other students.

The CHN's following the CBCC training desired more training about raising sensitive topics. In the interviews a desire for more training concerning raising sensitive topics wasn't expressed. Also, more open discussions with colleagues about how everybody approaches sensitive subjects wasn't desired, which is in contrast with the statement of the CHN's. An explanation for this discrepancy might be that partly, exchanges are already done by the youth nurses at the CHC's through seminars, educational programs or other learning materials. This recommendation might therefore not be applicable for the Dutch CHC's. The CBCC program could be used to increase confidence to discuss weight, body image and eating related subjects with the skills, knowledge and resources the program provides. It could also be used within the full age range the CHC or even GGD works with, learning how to discuss weight related topics in a respectful and empathic manner is best for everybody involved.

Limitations

There are limitations in this study. The sample of the interview was also very small due to withdrawal of a GGD partner, making it unclear if the results would be different if there were done interviews with, for example, a youth nurse or youth physician from every GGD in the Netherlands. For example, the youth nurses didn't explicitly state having a very hard time with addressing weight related subjects, but due to the small sample, it could be that this is a very distorted view of how other youth nurses or healthcare professionals see this. Others might have trouble with this or other subjects, which now didn't come to light. Due to this small sample of interviews, a generalizability bias should be considered. However, the interviews did go into depth and valuable information was collected.

Another limitation was the comparability of the different methods in which care provided in countries other than the Netherlands. Research shows the Netherlands is the only country to use a system like this, the GGD and consultatie bureaus (child health clinics). This makes it hard to find information on methods and constructions to compare to the Dutch system.

A strength of the study was to combine three different methods and studies into one. Information was retrieved via the desk research, the interviews and the literature review, giving a broad insight into the subject of the study. The interviews gave insight into how youth nurses at the GGD work with low SES families and how the youth nurses think about barriers and ways to diminish those. The desk research told more about the use of social media regarding promoting healthy eating practices and how this isn't targeted to a low SES specific. Knowing this information can give reason to research the effectiveness of targeting online information and social media use to different audiences. The literature review provides insight into how other countries promote healthy eating practices for young children in low SES families or families in general and tells about methods used which could be interesting and valuable for the Dutch healthcare system.

Research implications

The literature review concludes the very positive perspective of the involved healthcare professionals on the CBCC and EHSA. A reasonable next step would be to investigate the effectiveness of such training in the Dutch healthcare system. The interviews underline several methodologies that are used now, but the EHSA and CBCC methods might improve the current methods used in the Netherlands. The hands-on experience from EHSA with all levels of SES could be valuable for future healthcare professionals.

Secondly, stated in the interviews are the opportunities the youth nurses and youth physicians see to improve the support in healthy eating practices. The involvement of, or the possibility to refer to, a pediatric dietician can be further researched on its effectiveness for the family and healthy eating practices. If in an early stage, the pediatric dietician is involved, more serious problems, like diabetes or obesity, at an older age could possibly be prevented. Therefore, the quality of life of the child in question could have a better outcome. The cultural differences and reaching low SES families through community key figures might be effective and relatively easy to investigate. The GGD can contact the key figures within the community through the municipality, to conduct a plan and test the introduction or stressing of healthy eating practices through the key figure of the community by e.g. organising an event with this person related to healthy eating practices. The municipality can also investigate themselves if there are funds available to aid families financially and to help the food bank offer healthier product.

Thirdly, further research is needed to assess the effectiveness of tailoring digital resources, (websites and social media channels) to meet the needs of all families. Most importantly, this research should point out if low SES populations search for health-related information on the GGD websites and social media channels. If results suggest this, or suggest some changes are needed to make this happen, then further research is needed. This research should explore whether dedicating sections on GGD websites, apps, or social media platforms to culturally relevant content and content that takes health illiteracy into account, can improve accessibility and engagement with low SES families. Investigating the types of posts, images, or videos that capture the attention of this group. As highlighted by interviewee 3, "Yes, then

of course you must look at what connects with the target audience? What kind of videos do they watch and where? What do they look for on social media and what then connects more with that? But then you first must research what they watch, and the most important thing is to talk to the target group itself about that.” Such insights could then be utilized to more effectively promote healthy eating practices, if results of the research support this approach.

Lastly, this study, as conducted now, is quite broad. It will be useful to investigate the CHC's more in depth by conducting not only more interviews to gather more information than is realised in this study, but also perform observational research of the counselling sessions with the parents and the training of the healthcare professionals at the CHC's and GGD's. Attending these consultations and learning more about communication with low SES families could be very insightful. For example, taking a deeper look at the reasons advice isn't followed or families present resistance and why they do so. Interviews provide the perception of the youth nurse alone, but observational research could also shine some light on how these situations are handled and how families react to what the youth nurse says or does. Next to observational research, interviewing the low SES families themselves gives information about their perceptions and feelings. When interviewing both the youth nurses and families, the observational research could confirm or refute what is being said in the interviews. This could be valuable input for adjusting communication and advice in the future.

Conclusion

This study highlights complex challenges and opportunities faced by healthcare professionals when supporting healthy eating practices among low SES families. Findings describe the importance of tailored communication strategies, including the use of simplified language, visual aids, and culturally including approaches to overcome barriers such as language and cultural differences. The study also expresses the value of experiential learning for healthcare professionals, which enhances their empathy and understanding of the communities they serve.

The research identified several key tools such as motivational interviewing, guided questions to achieve compliance and give effective support. Using the skills, resources and knowledge the CBCC program provides could aid in providing this support. The involvement of community leaders as effective strategy for engaging with and reaching the low SES families could lead to positive results. Yet, it also revealed gaps in the current use of digital tools like social media and websites, which may not be fully optimized to reach and resonate with this target population.

In conclusion, the study suggests that a combination of personalized, culturally aware approaches, hands-on experience within education, skills, knowledge and resources to approach sensitive topics, and the strategic use of community influencers could significantly enhance the impact of promoting healthy eating practices in low SES families. Further research is recommended to refine these strategies, gather information from more perspectives within the CHC's and explore the potential of digital platforms in reaching underserved populations.

Acknowledgements

I would like to thank the participants of the interviews firstly, for the time they took to speak to me and for sharing their knowledge and experiences. Secondly, my gratitude goes to Dr. Tessa Dekkers and Lea Hohendorf, first and second supervisors. The time invested in me and

my project, the feedback and thoughts are greatly appreciated. I couldn't have done this without their support and guidance during this period.

References

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Ervaren gezondheid, zorggebruik en leefstijl bij kinderen tot 12 jaar [Internet]. Centraal Bureau Voor De Statistiek. 2023. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83716NED?dl=71416#shortTableDescription>
2. Voedingscentrum. Hoe eet je gezond en duurzaam? [Internet]. Voedingscentrum. Available from: <https://www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf/hoe-eet-je-gezond-en-duurzaam.aspx>
3. e-Vision.nl, The Netherlands. 4. Kinderen in de leeftijd 1-4 jaar-Aanbevelingen [Internet]. Available from: <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=4&rlpag=527>
4. CBS. Hoeveel duurder werd eten? - Nederland in cijfers 2023 [Internet]. Hoeveel Duurder Werde Eten? - Nederland in Cijfers 2023 | CBS. 2023. Available from: <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2023/hoeveel-duurder-werd-eten/>
5. Sociaaleconomische status | Verantwoording | Definities [Internet]. Volksgezondheid En Zorg. Available from: [https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/verantwoording/definities#:~:text=Sociaaleconomische%20status%3A%20definities&text=Een%20latere%20definitie%20is%20dat,of%20consumenten%20\(%20Miech%20%26%20Hauser%202001](https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/verantwoording/definities#:~:text=Sociaaleconomische%20status%3A%20definities&text=Een%20latere%20definitie%20is%20dat,of%20consumenten%20(%20Miech%20%26%20Hauser%202001)
6. RIVM, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Impactvolle determinanten: ongezonde voeding [Internet]. RIVM. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2022 [cited 2023 Mar 11]. Report No.: LR_012065_131709. Available from: https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-07/LR_012065_131709_Factsheet%20ongezonde%20voeding_V5.pdf
7. McKinnon L, Giskes K, Turrell G. The contribution of three components of nutrition knowledge to socio-economic differences in food purchasing choices. *Public Health Nutrition* [Internet]. 7 augustus 2013;17(8):1814–24. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/contribution-of-three-components-of-nutrition-knowledge-to-socioeconomic-differences-in-food-purchasing-choices/B801703BE59F47A2D9B8A41311A58C6C>
8. Wat doet een GGD - GGD GHOR Nederland [Internet]. GGD GHOR Nederland. 2023. Available from: <https://ggdghor.nl/home/wat-doet-een-ggd/#:~:text=De%20GGD'en%20hebben%20een,%2C%20infectieziektebestrijding%2C%20gezondheidsmonitoren%20en%20gezondheidsvoorlichting.>
9. Gezondheidsmonitor Jeugd [Internet]. Gezondheidsmonitor. Available from: <https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jeugd>
10. Neppelenbroek SE, Ekkelboom J, De Meij J, Schönnenberger M. De GGD als spil in de Gezonde School-aanpak. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen* [Internet]. 2020 Sep 1;98(S2):82–5. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00280-w>

11. Amsterdam. Jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0 tot 4 jaar [Internet]. GGD Amsterdam. 2024. Available from: <https://www.ggd.amsterdam.nl/jeugd/jeugdgezondheidszorg-0-4-jaar/>
12. Hoe werkt het consultatiebureau? | Loes.nl [Internet]. Loes.nl. Available from: <https://www.loes.nl/tips/baby/gezondheid/hoe-werkt-het-consultatiebureau.html> (10)
13. World Health Organization: WHO. Infant nutrition [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/health-topics/infant-nutrition#tab=tab_1
14. Mollborn S, Lawrence E. Family, peer, and school influences on children's developing health lifestyles. *Journal of Health and Social Behavior* [Internet]. 2018 Jan 3;59(1):133–50. Available from: <https://doi.org/10.1177/0022146517750637>
15. Delva J, Johnston LD, O'Malley PM. The Epidemiology of overweight and related lifestyle Behaviors. *American Journal of Preventive Medicine* [Internet]. 2007 Oct 1;33(4):S178–86. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379707004345>
16. Davis AM, Befort CA, Steiger K, Simpson S, Mijares M. The nutrition needs of low-income families regarding living healthier lifestyles. *Journal Of Child Health Care* [Internet]. 16 november 2012;17(1):53–61. Available from: <https://doi.org/10.1177/1367493512446715>
17. Ray D, Sniehotta FF, McColl E, Ells L. Barriers and facilitators to implementing practices for prevention of childhood obesity in primary care: A mixed methods systematic review. *Obesity Reviews (Print)* [Internet]. 22 januari 2022;23(4). Available from: <https://doi.org/10.1111/obr.13417>
18. Regber S, Mårild S, Hanse JJ. Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing (Online)* [Internet]. 1 december 2013;12(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-27>
19. [Wangberg SC, Andreassen HK, Prokosch H u., Santana SMV, Sorensen T, Chronaki CE. Relations between Internet use, socio-economic status \(SES\), social support and subjective health. *Health Promotion International* \[Internet\]. 1 maart 2008;23\(1\):70–7. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dam039>](#)
20. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Apr 28;20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>
21. World Health Organization. WHO guideline recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. 2019. Available from Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311977/WHO-RHR-19.8-eng.pdf?ua=1>
22. eHealth Research, Theory and Development: A Multi-Disciplinary Approach by Hanneke Kip, Nienke Beerlage-de Jong, Lisette (J.E.W.C.) van Gemert-Pijnen, Robbert Sanderma and Saskia M. Kelders.
23. MetaHealth. Healthy weight and healthy teeth for children - MetaHealth [Internet]. MetaHealth. 2024. Available from: <https://nwo-metahealth.nl/>

24. de Haan M, Mondzorgverleners aan de tand gevoeld: Een kwalitatief onderzoek naar de verstrekking van preventieve mondzorg aan ouders van kinderen onder de drie jaar. 2024 January 29.
25. PRISMA statement [Internet]. PRISMA Statement. Available from: <https://www.prisma-statement.org/>
26. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic [Internet]. PubMed Central (PMC). 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900052/>
27. Narrative summary: What it is and when it works [Internet]. Available from: https://allwritealright.com/narrative-summary-what-it-is-and-when-it-works/#What_Is_Narrative_Summary
28. GGD'en - Regio-indelingen - RegioAtlas brengt regionale samenwerking in kaart [Internet]. Available from: https://www.regioatlas.nl/regioindelingen/regioindelingen_indeling/t/ggd_en
29. Statista. Most used social networks 2024, by number of users [Internet]. Statista. 2024. Available from: <https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users/>
30. Instagram Analytics – InsTrack.App [Internet]. InsTrack. Available from: <https://instrack.app/>
31. Keyhole. Keyhole | Real-Time Social Media Analytics & Reporting Tool [Internet]. Keyhole. 2023. Available from: <https://keyhole.co/>
32. Mikolajczyk K. Average Engagement Rates for 12 Industries [January 2024] [Internet]. Social Media Marketing & Management Dashboard. 2024. Available from: <https://blog.hootsuite.com/average-engagement-rate/>
33. Good Tape — Secure and automatic transcription [Internet]. Available from: <https://goodtape.io/>
34. Boeije H, Bleijenbergh I. Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen. 2019.
35. Norton LN, Hart LM, Butel FE, Roberts S. Child health nurse perceptions of using confident body, confident child in community health: a qualitative descriptive study. BMC Nursing [Internet]. 6 november 2020;19 (1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00499-7>
36. Williams AS, Patel PM, Beucke NL, Koopman RJ. Community-Based Medical Student Nutrition Counseling Training for Low-Income Families. PRiMER: Peer-review Reports in Medical Education Research [Internet]. 12 februari 2018;2. Available from: <https://doi.org/10.22454/primer.2018.809708>
37. BTON STATE AUSTRALIA: Socio-Economic Indexes for Areas (SEIFA), Australia, 2021 [Internet]. Australian Bureau Of Statistics. 2023. Available from: <https://www.abs.gov.au/statistics/people/people-and-communities/socio-economic-indexes-areas-seifa-australia/latest-release>
38. Checklist 'Communicatie op maat - gesprekken voeren' [Internet]. 2019 Feb. Available from: <https://www.knmp.nl/sites/default/files/2022-01/Checklist-Communicatie-op-maat-gesprekken-voeren-.pdf>

39. Jia X, Pang Y, Liu LS. Online Health Information Seeking Behavior: A Systematic Review. *Healthcare* [Internet]. 2021 Dec 16;9(12):1740. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare9121740>
40. Schinkel S. Understanding intercultural medical communication in general practice [Internet]. 2015. Available from: https://pure.uva.nl/ws/files/2589471/166378_DEF_PS_WhatDoYouThink_complete.pdf
41. Pharos. Sleutelpersonen - Pharos [Internet]. Pharos. 2020. Available from: <https://www.pharos.nl/sleutelpersonen/>
42. Butler C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. [Internet]. PubMed Central (PMC). 1996. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487698/>
43. Uy MJA, Pereira MA, Berge JM, Loth KA. How should we approach and discuss children's weight with parents? A qualitative analysis of recommendations from parents of Preschool-Aged children to physicians. *Clinical Pediatrics* [Internet]. 2018 Nov 15;58(2):226–37. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6461358/><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6461358/>
44. Van Iseghem T, Jacobs I, Vanden Bossche D, Delobelle P, Willems S, Masquillier C, et al. The role of community health workers in primary healthcare in the WHO-EU region: a scoping review. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. 2023 Jul 20;22(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10357780/>
45. Stelfox M, Paige SR, Chaney BH, Chaney JD. Evolving role of social media in health Promotion: Updated responsibilities for health education specialists. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Feb 12;17(4):1153. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068576/>
46. Magaña L. The importance of fieldwork experience in public health education. *Pedagogy in Health Promotion* [Internet]. 2021 Dec 1;7(1_suppl):18S-19S. Available from: <https://doi.org/10.1177/23733799211054080>
HYPERLINK "https://www.abs.gov.au/statistics/people/people-and-communities/socio-economic-indexes-areas-seifa-australia/latest-release"

Appendixes

Appendix A, search strategy

	((("pediatric nurs*" OR "healthcare provider*" OR "child health nurse" OR "children s health clinic*" OR "youth" OR "youths" OR "youth s") AND "nurse*") OR "pediatrician" OR (("child" OR "child" OR "children" OR "child s" OR "Children's" OR "childrens" OR "childs") AND "pediatric clinic*") OR "child health services" OR "physician*" OR "health care professional*")
AND	("perception*" OR "experience*" OR "attitude*" OR "conception*" OR "perspective*" OR "approach*")
AND	("child*" OR "baby" OR "babies" OR "toddler*" OR "kid" OR "kids" OR "preschool*" OR "early childhood" OR "young child")
AND	("healthy eating" OR "dietary habit*" OR "nutrition" OR "dietary behavi*" OR "eating habit*" OR "obesity" OR "overweight*" OR "body image")
AND	("socioeconomic status" OR "socioeconomic position" OR "socioeconomic disparit*" OR "socioeconomic inequalit*" OR "socio economic status" OR "socio economic position" OR "socio economic disparit*" OR "socio economic inequalit*" OR "low income" OR "low education" OR "poverty")
AND NOT	("die*" OR "pneumo*" OR "asthma*" OR "diarrh*" OR "bowel*" OR "anem*" OR "hypertens*" OR "blood*" OR "HIV" OR "AIDS" OR "COVID" OR "diab*" OR "chronic*" OR "heart disease*" OR "mental health*" OR "cancer*" OR "well-being" OR "kidney" OR "liver" OR "gastro*")
AND NOT	("economic*" OR "budget*" OR "financ*" OR "commercial*" OR "money*" OR "cash*" OR "subsid*" OR "loan*")

Table 2. Search strategy

Appendix B, list of websites of every GGD

References of every GGD website used in the literature review.

<https://www.ggd.nl/> was used to find the name of each regional GGD.

1. Dienst Gezondheid & Jeugd Zuid-Holland Zuid - https://www.ggdzhz.nl/
2. GGD Amsterdam - https://www.ggd.amsterdam.nl/
3. GGD Brabant-Zuidoost - https://www.ggdbzo.nl/
4. GGD Drenthe - https://www.ggddrenthe.nl/
5. GGD Flevoland - https://www.ggdflevoland.nl/
6. GGD Fryslân - https://www.ggdfryslan.nl/
7. GGD Gelderland-Zuid - https://jgz.ggd gelderlandzuid.nl/
8. GGD Gooi en Vechtstreek - https://www.ggdgv.nl/
9. GGD Groningen - https://ggd.groningen.nl/
10. GGD Haaglanden - https://www.ggdhaaglanden.nl/ / https://www.cjgdenhaag.nl/
11. GGD Hart voor Brabant - https://www.ggdhvb.nl/ / https://www.cjghm.nl/
12. GGD Hollands-Midden - https://www.ggdhm.nl/
13. GGD Hollands-Noorden - https://www.ggdhollandsnoorden.nl/
14. GGD IJssel land - https://www.ggdijssel land.nl/
15. GGD Kennemerland - https://www.ggd kennemerland.nl/
16. GGD Limburg-Noord - https://www.ggd limburg noord.nl/
17. GGD Noord- en Oost-Gelderland - https://www.ggd nog.nl/
18. GGD Regio Utrecht - https://ggdru.nl/
19. GGD Rotterdam-Rijnmond - https://www.ggd rotterdam rijnmond.nl/ / https://cjgrijnmond.nl/
20. GGD Twente - https://www.ggd twente.nl/
21. GGD West-Brabant - https://www.ggdwb.nl/
22. GGD Zaanstreek/Waterland - https://www.ggd zw.nl/
23. GGD Zeeland - https://www.ggd zeeland.nl/
24. GGD Zuid-Limburg - https://www.ggd zl.nl/
25. Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden - https://ggd gm.nl/

UNIVERSITY
OF TWENTE.



“Welke barrières en bevorderende factoren zien jeugdverpleegkundigen en artsen bij het ondersteunen van gezinnen met een lage SES-indicatie bij gezond eten?”

“ Welke hulpmiddelen gebruiken Jeugdverpleegkundigen en kinderartsen om gezinnen met een lage SES te ondersteunen bij gezond eten?”



Wilt u ons helpen deze vragen te beantwoorden door middel van een interview?

Jeugdverpleegkundige of kinderarts gezocht!



Tijd en plaats:

**30 minuten tot 1 uur
Online of op locatie**

Wie kunnen er mee doen?

- 18 jaar of ouder
- Werkzaam bij een consultatiebureau

Eline Bameveld
e.bameveld@student.utwente.nl
06-50905230



Appendix D, interview scheme

Interview METAHEALTH-project Onderzoeksvraag

Hoofdvraag:

Hoe geven jeugdverpleegkundigen of kinderartsen gezinnen met kinderen (<4 jaar) informeren/ (preventieve) voorlichting over een gezonde voeding en leefstijl? (En in het bijzonder gezinnen met lage sociaaleconomische status (SES).

Algemene informatie

1. Gaat u akkoord met geanonimiseerde gegevensverwerking ten behoeve van het METAHEALTH-project (WP6)?

Let op: Als u besluit het interview niet voort te willen zetten of niet wenst dat uw gegevens verder worden gebruikt, kunt u dit te allen tijde aangeven.

2. Wat is uw voor-, - en achternaam?
3. Wat is uw geslacht?
4. Wat is uw leeftijd?
5. Wat is uw burgerlijke staat?
6. Wat is uw woonplaats?
7. Wat is uw huidige beroep?
8. Hoeveel jaar bent u actief binnen uw huidige beroep?
9. In welke provincie bent u momenteel werkzaam?

Let op: De nadruk ligt op de eigen beschrijving van de deelnemer en zijn gedachten, gevoelens en handelingen in de beschreven situatie.

Deelvragen en de bijbehorende interview vragen

Thema 1: Huidige werkwijzen – Wat zijn de huidige werkwijzen/ manier van (preventieve) voorlichting? Met welke middelen (digitaal, folders, anders)?

1. Kunt u beschrijven op welke manier u momenteel informatie en/of voorlichting verstrekt aan gezinnen met kinderen onder de 4 jaar over gezonde voeding en leefstijl.
 - a. Past u uw aanpak aan op de leeftijd van het kind en het soort voeding wat bij die leeftijdsfase hoort?
2. Kunt u beschrijven op welke manier u hierbij rekening houdt met gezinnen met een lage sociaaleconomische status (SES)?

Thema 2: Betrokkenheid cliënten – Worden gezinnen actief benaderd? En hoe?

3. Benadert u gezinnen met kinderen jonger dan 4 jaar actief om informatie en/of voorlichting te verstrekken over gezonde voeding en leefstijl?
4. Kunt u voorbeelden geven van benaderingsmethoden en/of voorlichtingsprogramma's die u gebruikt om informatie en/of voorlichting te verstrekken aan gezinnen met kinderen jonger dan 4 jaar over gezonde voeding en preventieve maatregelen met betrekking tot een gezonde leefstijl op latere leeftijd?
 - a. Voorbeelden uit de review
5. Hoe houdt u uw eigen kennis bij? (Bijvoorbeeld (online) trainingen of andere technologische kanalen.)

- a. Krijgt u specifieke training over het verstrekken van informatie/voorlichting over gezonde voeding en leefstijl?
- 6. Zijn er verschillen in de benadering van gezinnen met een lagere sociaaleconomische status (SES) in vergelijking met andere gezinnen?

Thema 3: Belemmeringen & uitdagingen – Waar liggen de belemmeringen en/of uitdagingen (te kort aan kennis/ gedrag – houding)?

- 7. Kunt u beschrijven welke belemmeringen en/of uitdagingen u tegenkomt ten aanzien van gezonde voeding en een gezonde leefstijl bij het informeren en voorlichten van gezinnen met kinderen jonger dan 4 jaar?
- 8. Zijn er verschillen in de belemmeringen en/of uitdagingen bij gezinnen met een lagere sociaaleconomische status (SES) in vergelijking met andere gezinnen?
- 9. Op welke manier denkt u dat deze belemmeringen en/of uitdagingen kunnen worden aangepakt en verbeterd?
 - a. Ziet u ook kansen?
- 10. Welke specifieke kennis- en bewustzijnstekorten ten aanzien van gezonde voeding en een gezonde leefstijl identificeert u bij gezinnen met kinderen jonger dan 4 jaar?
 - a. Zijn er onderwerpen die gevoelig zijn en daardoor lastiger te bespreken?
 - i. Zijn financiële middelen een reden die ouders geven voor gebrek aan gezonde voeding?
 - ii. Is opleidingsniveau van een/beide ouders van invloed op het bewust zijn van wat gezonde voeding inhoudt?
- 11. Hoe gaat u om met weerstand van ouders/gezinnen op gegeven adviezen?
- 12. Zijn er verschillen in de specifieke kennis- en bewustzijnstekorten bij gezinnen met een lagere sociaaleconomische status (SES) in vergelijking met andere gezinnen?
- 13. Op welke manier denkt u dat deze specifieke kennis- en bewustzijnstekorten kunnen worden aangepakt en verbeterd?

Thema 4: Technologie (eHealth) – Hoe kan voorlichting ondersteund worden door technologie?

- 14. Op welke manieren zou technologie naar uw mening kunnen worden ingezet om voorlichting over gezonde voeding en een gezonde leefstijl bij kinderen jonger dan 4 jaar te ondersteunen?
- 15. Op welke manieren kan technologie naar uw mening worden ingezet om gezinnen met een lage sociaaleconomische status beter te bereiken en te ondersteunen bij het bevorderen van gezonde voeding en een gezonde leefstijl bij jonge kinderen?
 - a. Is een gemixte aanpak tussen technologische en niet technologische manieren wenselijk?
 - i. Een combinatie van face-to-face behandelingen of consulten en online hulpverlening

Thema 5: Stakeholders (eHealth) – Hoe kan voorlichting ondersteund worden door/met andere mensen?

16. Op welke manieren betreft u het kind zelf tijdens een consult (gericht op leefstijladvies) of hoe zou u het kind graag willen betrekken bij het consult?
17. Welke andere professionals zijn betrokken die invloed kunnen hebben op een gezonde voeding of gezonde leefstijl bij het gezin?
 - a. Van welke professionals mist u betrokkenheid?
18. Welke andere non-professionals, zoals grootouders of vrienden, zijn betrokken bij het creëren van gezonde voeding en een gezonde leefstijl bij kinderen onder 4 jaar?
19. Hoe kan de betrokkenheid van zowel professionals als non-professionals worden verbeterd volgens u?

Afsluiting:

20. Zijn er onderwerpen die tijdens het interview niet aan bod zijn gekomen, maar die u toch graag wilt bespreken?

Bedankt dat u hebt deelgenomen aan dit interview. Als u nog vragen heeft, hoor ik dat graag. Ook wil ik u vragen of u op de hoogte gehouden wilt worden van de afronding van het onderzoek en of u een kopie hiervan wenst te ontvangen.

Appendix E, interview themes, sub-themes and codes/quotes

METHODS – quotes (interview 1 = [1], interview 2 = [2], interview 3 = [3])	Code	Sub theme	Theme
<p>[1] nou eigenlijk we hebben dan vaste contactmomenten zeg maar op het consultatiebureau</p> <p>[2] Mondeling dat we uitleg geven, Dat is vaak aan de hand van dat ze op het consultatiebureau komen en of ouders hebben een vraag</p> <p>[3] Dat is vaak tijdens de afspraken op het spreekuur tijdens de consulten hè? Dat je inderdaad ja begint al Natuurlijk bij als een baby begint al vanaf de geboorte eigenlijk</p>	Mondeling uitleg geven op consultatiebureau	Physical conversation	Methods
<p>[2] Het kan het. Ik denk wel dat face to face. Wat dat betreft effectiever is dan dat je iemand telefonisch spreekt, omdat je dan ook direct merkt, hoe zit iemand erbij? Nou aan de telefoon kun je Natuurlijk heel makkelijk verbloemen, dan kun je zeggen, Het gaat goed en dat moet je aannemen dat het goed gaat. Maar als iemand vervolgens Wallen heeft dat we ze ook in zeg maar dan, dan kun je het daar over hebben</p>	Voorkeur voor face-to-face gesprekken, iemand zien en lichaamstaal vertellen veel		
<p>[3] Ja is dan eigenlijk dat je toch tijdens de consulten ziet. Dat je ze extra laat komen als het groeien niet goed gaat of het eten niet goed gaat. Dus op die manier</p>	Extra fysieke consulten al groei of eten niet goed is		
<p>[1] Vooral bij peuters. Het eetgedrag krijg je dan van, oké, wat is het weerstand tijdens het eten en wel of niet? En dan kun je ouders ook eventueel lichte opvoeding en ondersteuning bieden van, wat zou je dan kunnen doen? Dan krijg je een beetje die pedagogische kant, zeg maar. Dus daar kunnen wij ook in meedenken.</p> <p>[2] Als je spreekt over nul tot 4 jaar, dan ga je natuurlijk van nul tot een, gaan we er dieper op in. En dan gaan we eigenlijk altijd vragen, hoe gaat het met de voeding? Dan ga je er dieper op in, dan dat iemand al een kind van 3 heeft. [2] Ja, ja, dat passen we zeker aan, we passen het aan op leeftijd. [...] dus die past het zeker aan op de leeftijd ja. [2] en met 11 maanden bespreken we eigenlijk altijd of 11/12 maanden of een jaar mogen kinderen overstappen op gewone koemelk in plaats van de flesvoeding.</p> <p>[3] Ja zeker ja, ja de adviezen per leeftijd verschillen ook wat ja, wat de aanbevelingen zijn, wat de porties zijn, hè wat de uitdagingen zijn per leeftijd dus daar geef je ook wel uitleggen over. En ja, kijk je met ouders, nou ja, wat dan een gezonde basis is ja.</p>	Vast advies bij leeftijd / levensfasen	Tailoring advice to age or development	
<p>[1] Dus om te kijken, voorwaarde is bijvoorbeeld motorische ontwikkeling speelt mee, motoriek. Dat is natuurlijk bij een baby'tje nog heel erg in ontwikkeling. Die moet echt nog leren afhappen en leren doorslikken. Dus dan ga je daar heel erg op inspelen van nou, die moet nog heel veel.[...]Dan is het vaak gedrag. En dan speel je vaak ook meer in op opvoedingsvaardigheden van ouders. Bij peuters met name. Omdat dat vaak wel pittig is qua gedrag. Terwijl bij een baby'tje is het ook vaak gewoon kijken waar het baby'tje zelf aan toe is. En dat is bij een peuter ook zo.</p>	Advies aan de hand van ontwikkeling		
<p>[1] Ja. Ja, inderdaad. Dat stellen we echt af op de situatie. Dat merkte ik ook tijdens mijn stage. Het is heel flexibel.[...] En willen we dat via bellen of even op huisbezoek komen? Kan ook. [...] Maar het is wel het doel eigenlijk om bij elk contactmoment per gezin af te stemmen van, oké, wanneer</p>	Flexibiliteit in afspraken/ contactmomenten	Tailoring consults or contact moments to	

<p>is het? Wat spreken we af voor het vervolg? Ja, om dat flexibel in te delen. Omdat de ene ouder dan gewoon meer ondersteuning nodig heeft bijvoorbeeld dan de andere.</p> <p>[1] Face-to-face behandelingen hebben we. En soms spreken we af van wat kunnen we online doen. In de coronatijd hebben ze ook heel veel beeldbellen gedaan. Toen liep ik nog niet stage bij het GGD. Dus niet te zeggen hoe dat beeldbellen gaat. Maar ik heb wel gewoon telefooncontact en ook e-mail.</p>		family situation	
<p>[2] Ja wat past ons daar wel op aan en vaak zie je dat ouders, bijvoorbeeld Als je het hebt over flesvoeding en kunt nutrilon willen geven. Maar dat is hartstikke duur.[...] Ja ja, maar dan moeten we wel eerlijk zeggen, denk ik dat vaak wel is als ouders dat zelf aangeven.</p>	Advies aangepast op financiële situatie van gezin	Tailoring advice to financial situation	
<p>[1] Dus eventueel zouden we wel kunnen verwijzen naar bijvoorbeeld de gemeente. Mochten ze wel echt problemen ervaren met boodschappen en zo, dan kunnen we wel met ze meedenken van oké, bij wie kun je dan terecht? [...]Dan zou ik wel met ze meekijken van oké, wat is er mogelijk qua voedselbank? Wat moet je daarvoor aanvragen? Want zij vaak zijn het ook nog ingewikkeld te formuleren. Dus in hoeverre kun je daar iemand mee ondersteunen?</p>	Ondersteunen bij aanvragen financiële ondersteuning of voedselbank		
<p>[1] bijvoorbeeld als je kijkt naar andere culturen dat is natuurlijk heel anders dan bijvoorbeeld een Nederlandse cultuur en gewoontes en dat zie je nu steeds meer en dan is het ook heel goed om daar rekening mee te houden. Dan adviseer je bij wijze van om bijvoorbeeld minder brood of ander brood aan te bieden want ouders bijvoorbeeld met de Turkse afkomst bij wijze van die eten vaak brood bij elke maaltijd en dan zou je kunnen zeggen van "oké wat voor brood geef je?" dus ga je daar nu op inspelen dus het is ook weer cultuurafhankelijk kijk het naar omdat je ook had over laagste economische status. Dat zijn wel factoren die dan meespelen eigenlijk.</p> <p>[2] Je probeert wel weer rekening te houden Als je het hebt over voeding met dat de Turkse cultuur anders eet dan de Nederlandse cultuur, dus dan hebben we het alleen over aardappels groente vlees. Maar probeer ook aan te sluiten bij ouders dat wel, ja, dat zie ik wel.</p> <p>[3] Ja, eigenlijk is het precies is het wel van hé, Je moet toch wel de preventief werken, dus je is wel goed om daar op in te gaan. Maar ja, het kan wel beter op een manier van goh, hoe eten jullie en jullie land en hè? [...]Wat is een volwaardige voeding? En ja, dus op die manier. Ja hou je er rekening mee en weet je inderdaad van die cultuur is dat</p>	Aanpassing advies op cultuur/gebruiken	Tailoring advice to culture	
<p>[2] Nou ja, we bespreken dus ieder consult of ieder contactmoment eigenlijk wel hoe de voeding gaat. [...]. Ja, Het is wel altijd een punt of stip op de agenda, zeg maar wat wel besproken wordt</p> <p>[3] we hebben ook wel moeder babygroepen op het AZC. En daar is ook altijd een item wel gezonde voeding dus daar. Dat is ook actief, zeg maar Omdat je het hè altijd als een onderwerp gaat bespreken, ja. [3] Tijdens fysieke afspraken en met moeder baby groep voeding bespreken altijd</p>	Voeding bespreken vast agendapunt	Set agenda points	

Tools – quotes (interview 1 = [1], interview 2 = [2], interview 3 = [3])	Code	Sub theme	Theme
[1] En eventueel kunnen we ook nog folders toevoegen in het dossier, zeg maar, waar ouders ook toegang tot hebben. Een kinddossier is dat. [2] En ook hebben we folders die we aan het dossier kunnen hangen, dat ouders die zelf kunnen lezen thuis.	Kind dossier voor ondersteunende informatie voor thuis	KindDossier	Tools
[1] En daar kunnen we ook online informatie op toevoegen. Bijvoorbeeld online informatiefolders. En dat is dan aanvullend op wat je eigenlijk bespreekt tijdens het gesprek. [...] Digitaal moet eigenlijk aanvullend zijn op wat je dan bespreekt in het echt. Zo doe ik het vaak.	Online folders aan dossier hangen ter ondersteuning consult	Online leaflets	
[2] Nou, We hebben ook wel posters in de kamer hangen ja, over een gezonde voeding ... over all is het wel te vinden.	Fysieke posters of folders	Physical leaflets	
[1] En we maken ook sinds vorig jaar november bij GGD IJsseland, is dat, gebruik van de groeigidsapp.[...] Dus eventueel zou je daar ook naartoe kunnen verwijzen.	Groeigids App	Apps that provide information	
[1] Ja, we hebben zo'n app die we dan kunnen gebruiken. Zo'n tolkentelefoon heet dat. Dus op die manier kun je met die app, of kun je zo'n tolk inderdaad inzetten.[...]En dat je het op die manier je advies overbrengt. [1] Zeker. Toch heb ik het voor mezelf nog niet eerder echt gebruikt tijdens mijn stage. Maar wel die app. [...]Maar dan merk je wel inderdaad dat dat wel een ander gesprek is. [2] Ja dan schakelen we gewoon een tolk in, dan kunnen we tolk inschakelen. We kunnen zelfs vanuit onze gemeente ook een sleutelpersoon inschakelen.	Tolkentelefoon of vertaal app	Translation service	
[3] Bij een bijvoorbeeld een peuter die slecht eet, dan kun je ook altijd nog extra huisbezoeken. Afspreken extra afspraken maken om daarover te hebben	Huisbezoeken	Home visits	
[3] Wat aan bevelen voor een peuter kan zijn voorbeeld menuutjes dus je zet eigenlijk meer ja meer op een andere manier geef je de informatie ook ja	Voorbeeld menu voor peuters	Example menu	
[1] <i>Duidelijk. Dus wat je in het gesprek vertelt, dat is ook niet online beschikbaar?</i> Nee, dat is ook niet online beschikbaar. Ook wel, maar dan is het niet natuurlijk afgestemd op die levenswijze. Dus dat is voornamelijk de kracht wat je dan bespreekt in het echt, door echt met ze mee te denken. En wat online beschikbaar is, dat komt er wel op overheen, zeg maar. Maar dan is het natuurlijk niet afgestemd op wat hun specifiek in hun situatie past. Want dat is natuurlijk algemene informatie. Wij proberen dat dan een beetje te vertalen naar, ja, een gezin. Ja.	Online informatie is algemeen, niet afgestemd	Websites or other online information	
[1] Ja. Nou, voedingscentrum.nl. Maar dat is wel echt onze meest betrouwbare bron eigenlijk. [...] Maar als je kijkt naar algemene informatie is het voedingscentrum wel een hele mooie. [3] ook gebruiken we ook onze website waar veel staat over babyvoeding. Daar verwijzen we naar door. Het Voedingscentrum gebruiken we ook veel, wijzen ouders ook op.	Doorverwijzen naar websites met meer informatie		
[3] En daarbij maak ik ook gebruik van video home training bij eetmomenten.	Gebruik video hometraining bij ondersteunen eetmomenten	videos	

[2] Dat is dan wel voor 4 plus eigenlijk, maar vaak dat we een stukje schrijven of in nieuwsbrieven. En dat kan bijvoorbeeld ook zijn van vraag van het school van schrijf iets over gezonde traktaties.	Schrijven stukken voor nieuwsbrief of vragen vanuit basisscholen voor info over gezonde traktaties	Newsletter or questions from schools	
[3] werken ook wel met bepaalde, ja plaatjes, zeg maar over gezonde voeding hè? Dus dat je laat zien van nou, dit is een bord, hè?	Plaatjes indeling bord	Visuals or graphics	
[2] We hebben ook wel thema ochtenden op basisscholen en die kunnen daar ook over gaan. En dan worden ouders dus wel actief uitgenodigd van mocht je de vraag over hebben, dan kan je daarbij aansluiten. en dan kan het onderwerp wel gezonde voeding zijn.	Thema ochtend basisschool ouders ook voor uitnodigen	Events or other organized sessions by the GGD	
[1] Dus de opleiding van verpleegkunde heb ik in ieder geval vaak communicatieve vaardigheden gehad als les, [...], dus motiverende gespreksvoering, ontlokken, hoe je veranderstal ontlokt, zeg maar, bij de ouder. Wat voor vragen je stelt. Soms kun je ook net wat sturende vragen stellen natuurlijk, om de ouder ook erin mee te krijgen, te motiveren. [...] Maar dat soort gesprekstechnieken leer ik eigenlijk al op school.	Scholing in gesprekstechnieken	Knowledge of youth nurse	
[3] Ja inderdaad werken inderdaad met motiverende gesprekstechnieken, hè? Daar wordt iedereen wel in geschoold.			
[3] Natuurlijk zeker qua cultuur zijn er wel verschillen. Ja, dat is ze ook cultuursensitief werken, hè? Dat je wel kijkt welke cultuur, wat zijn de gebruiken en hoe? Hoe kan je het gesprek? Ja, ook met andere culturen aangaan, hè?	Cultuur inclusief werken		
[2] Dus dat kan ook nog en op sociale media vanuit de GGD breed. Ook wel op Instagram. En zo zetten ze ook wel vaak posts over. Niet per se met een lage ses, maar wel gewoon over wat dan gezonde voeding is	Social media om ouders te benaderen	Social media	
[2] Mocht het nodig zijn, dan kan je echt op huisbezoek met de sleutelpersoon die dan voor je tolkt, maar ook een stukje van de cultuur kent en ons dus ook mee kan nemen en uitleg kan geven over de cultuur, dus die daar ook echt een brug in kan slaan. " dan kom je ergens en dan is het gesprek klaar, denk ik nou, nu wil ik gaan. En dan zegt er, zegt het sleutelpersoon tegen. Nee, nu moet je blijven zitten, want nu moet je koffie drinken. Dat hoort erbij, anders is het onbeschoft. Oh ja, oké, ja wij Nederlanders willen direct weer weg, want eigenlijk hebben we die tijd, zeg maar ja."	Gebruik sleutelpersoon om cultuurbarrière te verminderen	Key person	

Barriers – quotes (interview 1 = [1], interview 2 = [2], interview 3 = [3])	Code	Sub theme	Theme
[2] Ja en in bepaalde culturen heb je opa's en oma's die heel veel oppassen. Mag je niet tegen je ouders ingaan.[...] durven ze niet tegen opa en oma te zeggen dat ze op de voeding moeten letten ja. [2] En het om hulp vragen is ook wel in sommige culturen. Ja van een van buitenaf Mensen om hulp vragen is ook niet heel. Wordt niet gezien als iets goeds, zeg maar, klopt culturen, ja en	Gebruiken en gewoonten in culturen	Cultural differences	Barriers
[3] Ja, dat is ze ook cultuursensitief werken, hè? Dat je wel kijkt welke cultuur, wat zijn de gebruiken en hoe? Hoe kan je het gesprek? Ja, ook met andere culturen aangaan, hè?			
[1] En ook met anderstaligen.[...]Dus dat is inderdaad ook wel een kwestie van afstemmen, ja. Qua communicatie alleen al. Of het overkomt op wat je zegt, ja. [1] Ik denk toch	Ouders spreken niet (goed) Nederlands of engels		

<p>wel waar we het net ook over hadden. Toch inderdaad een andere taal. [...] Dat is denk ik wel echt een belemmering.</p> <p>[2] Nou, Ik denk dat het folders en zo helpt ook niet nee. Ja, ja, sommige ouders kunnen ze nauwelijks lezen, hè? Dus dat maakt het al lastig. Ja, of Nederlands ook sowieso niet Als het in Nederlandse opstaat om. Ja is het ook wel een belemmering Natuurlijk absoluut.</p>			
<p>[2] ouders hebben zelf vaak ook geen goed voorbeeld gehad, die doen wat zij weten, want zo zijn ze zelf ook opgevoed.</p> <p>[3] Nee, het kan ook inderdaad zijn als ze gezamenlijk eten, hè, dat je wel kijkt.</p> <p>Ja dat dat het hè, Het is Natuurlijk voorbeeldgedrag van ouders, dus Dat is ook altijd goed als een ouder Natuurlijk de hele dag ja ongezond eet, dan geef je dat Natuurlijk ook mee, ook al probeer je, dan zal je kind ook niet ineens allemaal groenten gaan eten. Dus Dat is, Dat is ook ja goed om erbij te betrekken. Ja.</p>	<p>Wat word gezamenlijk gegeten/wat eten ouders zelf</p>	<p>Eating habits parents</p>	
<p>[2] Als je gezonde voeding hebt, heb jij eigenlijk over ongezonde voeding in relatie tot gewicht is gewicht vaak een lastig onderwerp om te bespreken. En sowieso, ja ja, maar of dat een beetje speciaal met een lage ses is? Nee is ook met een hogere SES. Dat is denk ik wel gewoon in het algemeen heel gevoelig. Ja, dat klopt. Anders weet ik ja, Ik denk financiën ook wel heel gevoelig liggen. Een soort taboe of schaamte. Ja, het is een stukje dat heel privé is om over te praten.</p>	<p>Gevoelige onderwerpen om te bespreken met ouders zoals gewicht of financiën</p>	<p>sensitivity of subjects</p>	
<p>[1] . Misschien vinden mensen dat ook moeilijk om met ouders te bespreken. Want eigenlijk zeg je tegen ouders je kind is te dik. Dus ga maar dan maar naar een kinderdietist. Is ook wel inderdaad een moeilijk gesprek. Kijken naar inderdaad de gevoeligheid van onderwerpen. Dat speelt denk ik ook mee. Dat er daar wel een drempel is om het bespreekbaar te maken. Ja. Een kinderdietist.</p>	<p>Doorverwijzen kinderdietist vanwege overgewicht</p>		
<p>[1] Ja, dan ligt het ook inderdaad heel erg aan van begrijp de ouder wat je zegt. Soms ook, dan vraag ik ook altijd tijdens een huisbezoek, tenminste dat is wel de bedoeling, opleidingsniveau en achtergrond, dus wat voor beroep ze doen. [...] bij wijze van niveau 2 opleiding heeft gedaan, die hebben soms wel, dat merk je soms wel, wat minder kennis over een gezonde leefstijl. En dan is het wel heel belangrijk om ook in duidelijke taal uit te leggen, [...] Wat zien jullie als gezond? Wat doen jullie nu? En wat heeft het kind voornamelijk nodig?</p> <p>[2] Terwijl hoger opgeleide mensen hebben vaak die hebben zich gewoon goed ingelezen en die weten vaak heel goed wat gezond is en wat niet gezond is. [...] [2] Ja, hoe ga je dat dan aanpakken? Is de insteek is heel anders, ja zeker en je maakt bij Mensen met een lage ses hebben Natuurlijk niet allemaal een lage opleidingsniveau, maar vaak zijn er stapjes die je maakt wel kleiner en moet je met kleine stapjes al heel blij zijn.</p> <p>[3] Ja, Ik denk nou ja, de over het algemeen zijn hoger opgeleiden wel iets meer op de hoogte van alles en zelf wat? Zelfredzamen daarin. Ja zijn toch wel iets bewuster van gezond leven en voor een kind? [3] Ja ik zie wel verschil. Ja ja, Dat is dat toch een stukje. Ja kennis stukje ja, wat ik al zei motivatie. Ja dus ja, wat is laag en hoog hè?</p>	<p>Verskil lager en hoger opgeleiden</p>	<p>Differences low and higher SES in education and knowledge</p>	
<p>[1] Ja, toch ook wel opleidingsniveau. Wat ik toch al zei, denk ik. Ja, vaak merk je ook wat hoger opgeleiden. Die vragen ook</p>			

<p>echt door.[...] Terwijl juist de groep die wat lager op is geleid, die durft het soms ook niet te vragen. [...] Maar dan vertel je het al wel. Want anders dan vraagt het zelf niet bij wijze van. [1] Hoger opgeleiden meer juist, wel meer vragen eigenlijk. Juist wat nieuwsgieriger zijn.[...]Ze staan juist wel voor open eigenlijk. Juist wel meer dan de lagere economische staat eigenlijk. Ja, nieuwsgieriger zijn denk ik vooral ook inderdaad. Meer willen leren ook.</p>			
<p>[3] Het al vroeg suiker krijgen, veel frisdranken. Ja, het begint al mijn baby met Pyjama papjes dat soort dingen.[...] Dat is Natuurlijk niet altijd leuk om te horen als iemand al zegt, nou zo een pyjama pakjes helemaal niet gezond of hè? Dus Dat is altijd wel zoeken van nou, hoe kan je? Hoe kan je daarover in gesprek gaan? In hun wereld is dat heel normaal.</p> <p>[3] Zoals sommige hoger opgeleiden alle ingrediënten gaan uitzoeken. Ja, dat, dat zie je wel een stuk minder. [...] Dus daar is ja, zie je wel verschil in. Ja. [3] Nou ja, het veel meer ja, Maar dat geldt ook bij lager opgeleiden dat je veel meer Samen doet, zeg maar hè. Maar bij lager opgeleiden denk ik dat je wel iets meer nog kan toelichten. Iets meer uitleggen van Waarom je een advies geeft. Ja bij hoger opgeleiden, ook wel, maar Misschien net wat voor ons Misschien vanzelfsprekend is, is het daar inderdaad niet, dus daar moet je wel rekening mee houden, ja [3] ook kijken van nou wat weten ze (lage SES) al van gezonde voeding voor kinderen? Hè, van welke en wat, hoe, hoe ze zelf gewend zijn om te eten.</p>	<p>Verskil kennis lage SES hoge SES</p>		
<p>[1] Dan is het soms, dan is het inderdaad wel een kunst om dat wel te zoeken naar andere opties. van hoe ga je dit dan bespreken. dan is het wel lastig soms om dat om te kunnen buigen. Want ze geloven zo in hun eigen waarheid, zeg maar. [...]. "nou omdat die water niet echt drink" en dan geven ze ranja want moet dan toch wat binnekrijgen, bij wijze van.</p> <p>[2] Ik kom wel eens bij gezinnen met een lage ses en dan wordt met 6 maanden gevraagd, mag mijn kind een patat eten? [...] [2] bij de lage SES dat er vaak een heleboel onwetendheid is van wat is dan gezond en ouders eten zelf geen groente dus ja, hun kinderen eten ook geen groente. [2] Een hoop onwetendheid bij ouders. Want ze zeggen dan weer een kind krijgt maar één ijsje per dag, maar dan is het een cornetto, ja. [2] Mensen met een lage opleiding die snappen soms niet wat diabetes of suikerziekte is of dat je last kan krijgen van je knieën die die kunnen niet tot de lange of niet altijd over de langetermijngevolgen nadenken. Dus dat dat heeft zeker invloed, ja</p> <p>[3] Nou ja, zo ook een ouder die dan gestopt was met chips geven. En, ja, nu gaven ze voortaan kaasblokjes, weet je wel, want Dat was gezond, ja. Maar goed, dat soort dingen zie je dan ook wel dat ze dan wel verandering, maar dan eigenlijk weer de verkeerde alternatief hebben, ja.</p>	<p>Kennis verschil over gevolgen van voeding</p>		
<p>[2] bij een lage ses ook vaak meespeelt is of in ieder geval de buurt die ik heb. Dat is echt een cultuur op zich.[...] Ze weet precies bij vriendjes of vriendinnetjes bij de soep is en duiken daar de kast in, dus dat neem je ook mee in gesprek. [2] En met een lage ses moet je de hele buurt erin proberen mee te nemen, in ieder geval in het gesprek, ja. Ja en dat maakt het vaak ook juist heel complex ja.</p>	<p>Lage SES veel meer een community/buurt op zich dan hoger SES</p>	<p>Community</p>	

<p>[2] Ook een gezin ja, hoe ze het doen met eten Als we ervoor openstaan, dan willen ze vaak wel advies. Maar op het moment dat ouders er niet voor openstaan is ook voeding een lastig stukje om te bespreken, Omdat ze dan iets hebben van dat weet ik allemaal wel en dan red ik me wel mee. En dan is het soms wel lastig om die ingang te vinden van hoe gaan we het dan wel bespreekbaar maken. [2] Er zijn ook gezinnen waarin al heel veel hulpverleners zijn. En als wij dan ook nog weer ergens over beginnen te praten [...] En dan gaat de deur eigenlijk al dicht, dus dan moet je soms een hele kleine openingen zien te vinden, waardoor je dat toch met ouders in gesprek mag en kan gaan. [2] Ja ongevraagd advies helpt niet nee.</p> <p>[3] Ja, Ik denk ja vooral ouders die daar niet zoveel openstaan. Dus die die het minder belangrijk vinden of die die zoiets hebben. Nou, zo doen wij het altijd dus of die zeggen van ja, ja, gaan we doen. Maar In de praktijk lukt het niet. of ja, dat denk ik of de zorgen niet zien, hè? Als een kind gewoon veel te veel overgewicht heeft. Hè dus dan zeggen ze dat trekt wel bij. Hé, Dat is op deze leeftijd, ja. [3] Maar ja, het kan. Ja, het kan ook zijn dat ze hè, dat ze ook verder. Niet veel willen aannemen, dat kan ook, hè? Dus als zij vinden van nou, Dit is wel goed. Ja dan. Zijn ze hè? Ze hebben hun eigen, ze hebben hun eigen ideeën daarover. Zeg maar. En ja, sommige staan wel open hoor, maar heleboel hebben we ook zo van. Nou zo, Ik weet hoe het zit en zo ja ja.</p>	<p>Ouders staan niet open voor advies of verzetten zich tegen advies</p>	<p>Hesitance or resistance</p>	
<p>[3] Of daar verschil in zit ja, en in die weerstand zeker. Bij hoog opgeleide is het al moet je uitkijken dat het niet dat ze het ervaren als betuttelend, zeg maar. Dat je wel.</p>			
<p>[3] Iets daarvan zeggen van ik zie dat dat niet, hè? Dat u niet mee eens bent of dat het. Nou ja hè? Wat ik zie gebeuren eigenlijk en dan kan je daar wel zo, hè? Dan kan een ouder wel zeggen van ja, Ik heb, Ik heb al zo vaak gehoord dit deze adviezen en ja dus dan. Ja, ga je toch wel over die weerstand praten. Ja eigenlijk, want je kan ook niet verder als die weerstand heel hoog is.</p>	<p>Achterhalen waar weerstand vandaan komt</p>		
<p>[2] Hoe zijn ouders, en hoe breng je het over en wat blijft er hangen bij ouders? Ja ja en hoe noem je dat? Zeg Maar de bereidheid om te willen veranderen. Is ook wel iets wat meespeelt, denk ik soms, als ouder niet wil, dan gaat het kind ook niet veranderen. Motivatie enzo dat dan noemen ja, zeker.</p>	<p>motivatie om te veranderen</p>	<p>Motivation of parents</p>	
<p>[1] Ja, als ouders ook gewoon heel zelf heel druk zijn inderdaad. Dan merk je soms dat ze het wel willen, maar er geen tijd voor hebben om hun kind constant te corrigeren.[...] Ja. Als ouders heel druk zijn.</p>	<p>Ouders zijn te druk, maken geen prioriteit</p>		
<p>[2] Ja, en wat ik ook wel vaak hoor is dat als bijvoorbeeld gescheiden ouders zijn, een Alleen moeder komt bij ons op een bureau. Ja, vader wordt daar dan niet in betrokken of wordt daar niet in meegenomen of wil daar niet in meegenomen worden. En dan kan moeder er alles aan doen om gezonde voeding aan een kind te geven. Maar Als het kind dan een weekend bij vader heeft geweest is, zeg maar weer terug bij af, dus Dat is ook wel een beetje iets wat In de weg zit bij sommige ja gezinnen.</p>	<p>Ouders niet even betrokken bij creëren gezond voedingspatroon vanwege scheiding o.i.d.</p>	<p>involvement or participation parents</p>	
<p>[2] En ik denk ook wel dat gezond eten duurder is. ja dan is dat ook best een uitdaging. Fruit is hartstikke duur en vlees ook. Ja, een doos frikandellen is goedkoper dan fruit.</p>	<p>Financiële situatie speelt mee in keuze gezonde voeding</p>	<p>Financial situation</p>	
<p>[2] Nou, wij horen heel veel moeders die op Facebook zitten en dat zijn niet altijd per se de groepen waarvan je denkt nou, daar zouden we zelf willen hebben</p>	<p>onbetrouwbare informatie online</p>	<p>Social media and internet</p>	

[3] Dat is de vraag, hoewel ja, zoeken wel van alles op internet op, hè? Maar ook niet altijd de meest betrouwbare bronnen.			
Potential facilitators – quotes (interview 1 = [1], interview 2 = [2], interview 3 = [3])	Code	Sub theme	Theme
[2] of we zien bijvoorbeeld dat het gewicht toeneemt of juist afneemt. En dan gaan we het gesprek aan over voeding.	Gewicht toe- of afname is een reden tot bespreken voeding	Discussing eating practices by weight- and growth curve	Potential facilitators
[2] We vragen eigenlijk ieder consult wel hoe het gaat met voeding, met eten en met drinken. Maar als ouders zeggen van het gaat goed en het gewicht ziet er goed uit, dan hebben we niet altijd de tijd om erop in te gaan. Maar mocht er een indicatie voor zijn dan gaan, dan maken we daar tijd voor. En het kan ook zijn dat we op een later moment op terugkomen.			
[1] Nou, echt qua metingen. Voornamelijk ook de groei. Groei is wel echt de indicator waarvan wij kijken van, oké, groeit het kindje goed? En op basis daarvan, het is misschien heel statisch, maar ook kijken van, nou, hoe is dan het gewicht? En houden ze wat lengte? [3] Je kijkt Natuurlijk ook altijd naar de groeicurve dus aan de hand daarvan bespreek je ook de voeding	Voeding besproken a.d.h.v. groeicurve		
[1] Technologie? Nou, die Groeigids-app. [...] Of dat het voedingscentrum ook dingen aanbiedt in andere talen. Misschien is het er ook al wel. Misschien zou dat ook nog wel helpen kunnen zijn. Kijk, technologie. Om dat ook inderdaad in andere talen te doen. [2] Maar het hangt, denk ik wel af van de agenda van ouders als ouders aangeven dat ze heel druk zijn eigenlijk niet openstaan om altijd op het consultatiebureau te komen of dat jij daar thuis komt, dan kan telefonisch contactmoment wel een aanvulling zijn. Als ouders tussendoor wel kunnen bellen en daardoor gemotiveerd blijven om in contact met je te blijven, dan is het zeker een aanvulling. Ja, we proberen toch aan te sluiten bij de behoeftes van ouders, dus als ouders daar behoefte aan hebben, dan kan dat ja.	technologie om ouders te ondersteunen	Use of technology in supportive function	
[2] Nou ja huisarts, kinderarts, thuisbegeleiding.[...] Mensen van de gemeente en zo die die kunnen daar ook een toevoeging in hebben. Peuterspeelzaal kinderdagverblijf. Ja, We gaan Natuurlijk naar school. Ja, van de meesters. Ja ja, dat denk ik wel zo'n beetje ja, eigenlijk gewoon het hele systeem. Sociale team ja, eigenlijk bijna iedereen die in een gezin betrokken kan zijn.	betrokken professionals bij de gezinnen	involved people around families	
[2] Absoluut, ja, Dat is juist het systeem eromheen is heel belangrijk, dus grootouders, ooms en tantes en ook bij vriendjes thuis. Ja ja en ook de ondersteuning bij het in stand houden daarvan.	betrokken anderen bij de gezinnen		
[2] Scholingen e learnings volgen we bij voeding hou ik het Voedingscentrum in de gaten, dan krijg ik nieuwsbrieven van. Ja elke. Elke maand is er een scholing of binnenkort weer en heel soms nodigen we ook gastsprekers uit tijdens een vergadering, bijvoorbeeld die iets komen vertellen. En dan kan ook over een thema zijn, ja.	Scholing d.m.v. e learnings, voedingscentrum, gastsprekers en webinars of seminars	Knowledge of youth nurse	
[1] Ja, ook. We hebben eigenlijk bij de GGD richtlijnen met jeugdgezondheidszorg van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, van het NCA. [...] Dat gaat meer over de kennis, over wat inderdaad, wat gezonde voeding. En daar minder over hoe je daar gesprekken met ouders, want dat heb je dan inderdaad meer, denk ik, in die motiverende	Beschikbaarheid training en scholing		

<p>gespreksvoering module. Omdat je dat in alle gespreksonderwerpen wel kunt omvatten.</p> <p>[2] Dat is meer naar eigen invulling. Dan krijgen we niet specifiek gesprekstechnieken over. [2] We hebben wel collega's. En ja, dat doe ik zelf ook. Die zijn opgeleid in KG kind naar gezonder gewicht en daar krijg je wel gesprekstechnieken. Hoe ga je het gesprek aan over? Vooral over het gewicht, maar daar wordt een stukje voeding ook weer meegenomen. Hoe je dat dan bespreekt. [2] Nee, Dat is nu bij ons in de gemeente nog niet voor iedereen. Nee.</p> <p>[3] Ja, dat zijn wel webinars over, maar dan moet je eigenlijk wel zelf actief voor inschrijven. Het is niet dat t die om de zoveel tijd aangeboden worden, zeg maar van oh, die moet je nu doen. Het is meer van. Oh ja, Dat is een webinar en daar kan je aan deelnemen, hé, collega, die gaat er naartoe en die deelt dan. De informatie met anderen.</p>			
<p>[3] En ja, binnenkort gaan we ook met een nieuw systeem werken. De gids.[...] Dat is ook een manier om Samen met ouders gewoon te kijken, waar is meer, wat gaat goed en waar is meer aandacht nodig?</p>	<p>De gids, nieuwe methoden om onderwerpen met ouders te bespreken</p>		
<p>Ja intuïtie ja, Ik denk ja ook wel weten he van inschat inderdaad inschatten wat werkt. Wat komt aan hè? Dus ja. Het is niet dat er een heel protocol voor is of zo. Van zo bespreek je met die groep en zo met die.</p>	<p>Op intuïtie</p>		
<p>[1] Ja, motiverende gespreksvoering. Ja. Heel belangrijk. Elk gesprek eigenlijk weer. Wat wil de ouder Krijgt je ouder in mee? [...] Want je kunt zoveel adviezen geven, maar of ouders ook echt wat mee doen, dat is natuurlijk het tweede. [...] En dat heb ik ook echt wel geleerd tijdens mijn stage, dat dat nog wel de grootste uitdaging is. Ja. Communicatief is het echt voornamelijk motiverende gespreksvoering. En dan ook dat je op een gegeven moment gezamenlijk kunt besluiten van, nou, dit zijn opties, dit zou je kunnen doen, je zou het goed op[...] dan hoor je vanzelf of een ouder tevreden is daarmee. En ook gewoon weer een follow-up. Dat is ook heel belangrijk, [...] a. En dan hebben ouders ook een beetje een stok achter de deur, dus dat is van beide kanten wel heel prettig. En wij kunnen dan even horen hoe het gaat.</p> <p>[1] Ja, dat is ook weer communicatie, eigenlijk. Want het kan zijn dat ze nooit weer een gesprek voeren. Hoe breng je dat? Gewoon echt open verwelkomt, daar begint eigenlijk al het eerste contact om die weerstand te voorkomen. En als je wel weerstand merkt, dan is het ook inderdaad kunst van oké, maar waar kunnen we het dan wel over hebben? [...]Wat doe je al wel? En op de afgelopen avond het gesprek verder leiden. Een beetje empoweren zeg maar. Zoek naar sterke punten in de situatie, dat is heel belangrijk om weerstand te verlagen.[...]Ja, oh, dit doe je supergoed en eventueel zou je helemaal dit kunnen doen, weet je, op die manier. Dus aanvullen. Ja.</p> <p>[2] e gaat kijken, waar zit die weerstand in? Waar komt de weerstand bij ouders vandaan? En dat probeer je bespreekbaar te maken. Waardoor je hoopt dat je de weerstand kan verminderen. Eerst beweegt eigenlijk een beetje mee met de weerstand en Het is vooral ook ouders zelf met oplossingen Laten komen en niet al oplossingen aandragen. Want dan merk je toch vaak dat er niks mee gebeurt, maar als ze dan zelf. Mee moeten komen of zelf</p>	<p>Weerstand omzetten in motivatie door gesprekstechnieken</p>	<p>conversati n techniques</p>	

naar dingen moeten zoeken, dan is de motivatie vaak ook al wel hoger, ja.			
[3] Ja, Dat is wel het ja Natuurlijk het mooiste hè dat je dat je zelf ja zo bepaalde vragen stelt, hè? Waardoor ze zelf ermee komen.	sturende vragen stellen		
[3] Nou ja, de, We hebben wel wat webinars, Maar de Dat is eigenlijk. De meeste deelnemers zijn de hoogopgeleide ouders. Dus een laagopgeleide ouders ja, die hebben wel meer, hè? Dat is een fysieke bijeenkomst, denk ik wel, sluit wel meer aan, maar Daarom moet je ook kijken naar de opkomst, want het kan ook lastig zijn dat ze ook echt komen of dat ze een keer komen en dan niet meer. Ik denk ja, dus Ik denk eigenlijk Misschien dat je digitaal of fysiek dat dat allebei een uitdaging is om ze.	bereiken ouders promotie gezonde eetgewoonten	reaching parents	

Recommendations – quotes (interview 1 = [1], interview 2 = [2], interview 3 = [3])	Code	Sub theme	Theme
[2] En Ik denk dat dat je een rol kan bereiken Als je bepaalde figuren binnen de cultuur kan bereiken. Dus dat zou bijvoorbeeld in de Turkse cultuur een imam kunnen zijn.[...] Je zou bij wijze van de spelers van Go Ahead Eagles in kunnen zetten om. Gezonde voeding te promoten. en dan moet je dat niet direct heel groot zien, maar gewoon echt een kleine stapjes dus de schijf van 5 is al teveel, maar stel dat ze gaan promoten dat je water moet drinken. Dat spreekt allemaal die jonge jongens aan. Nou, dat heb ik wel weer wat bereikt.	toonaangevende personen binnen cultuur of gemeenschap betrekken bij promoten gezonde eetgewoonten	Community figure	Recommendations
[2] Nou Misschien wel vanuit de gemeente dat daar eerder Misschien een Ja, een actie of een soort ondersteuning voor is vanuit de gemeente,[...] Ondersteuning of een potje ofzo heb voor nou zoiets zoals de voedselbank, maar dan voor gezonde voeding voor.	Ondersteuning vanuit gemeente voor gezonde voeding	involvement municipality	
[3] Wat sluit aan bij de doelgroep hè? Wat voor filmpjes kijken ze waar? Wat zoeken ze op sociale media en dat je daar dan meer bij aansluit? Maar ja, dan moet je eerst onderzoeken wat dan de wat ze kijken en. Ja en wat zijn het belangrijkste is dat ze dat je heel erg met de doelgroep zelf daarover hebt.	Onderzoek naar gebruik sociale media	Social media use and research into it	
[2] Er zijn vaak kinderclubjes. Daar zou je ook mee kunnen beginnen met goh een keer de zelfde tijd gaan ze koken gezonde boodschappen doen met kinderen koken, dan kunnen de kinderen dat ze mee naar huis nemen en ouders daarin meenemen en dat zijn ouders bijvoorbeeld uitnodigen dat ze voor ouders gaan koken dat je zo eigenlijk iedereen een beetje probeert mee te trekken. Want vaak is het niet Alleen het gezin, maar is het ook het systeem waarin een kind opgroeit? En zou je eigenlijk ja, dat hele systeem of de hele buurt mee willen nemen. [2] Ja ergens zou je zeggen voorlichting geven, maar dan is het al de vraag, waar ga je beginnen? Hoe ga je die voorlichting aanbieden waar ouders ook nog willen komen? Je kan een avond organiseren op gezonde voeding, Maar dat gaan ze niet komen. Ja, nee, dan zou ik bijna beginnen op peuterspeelzalen en scholen denk ik dat je gewoon echt bij de kinderen begint. En Misschien op z'n manier kleine beetje informatie en ouders kan geven. Via de kinderen	via kinderen gezonde eetgewoonten promoten bij de gemeenschap	involvement children or whole community	
[2] Als je het echt op kinderen dan teken filmpjes waarin we al met groenten en fruit, zeg maar gezonde voeding kennis wordt gemaakt.[...] Ja ja technologie. Ja, wat is nog meer	gebruik technologie om ouders te bereiken en informeren	use of technology	

<p>technologie? Ja sociale media kanalen denk ik ja ja. Eventueel reclames op televisie ja voor zover nog televisie gekeken wordt, maar. [2] Ik denk juist dat het een aanvulling is van elkaar. Gesprekken zijn mooi, maar hoe mooi is het als ouders in hun thuisituatie ook [...]Ja en visualisatie doet ook veel.</p> <p>[2] Maar het hangt, denk ik wel af van de agenda van ouders als ouders aangeven dat ze heel druk zijn eigenlijk niet openstaan om altijd op het consultatiebureau te komen of dat jij daar thuis komt, dan kan telefonisch contactmoment wel een aanvulling zijn. Als ouders tussendoor wel kunnen bellen en daardoor gemotiveerd blijven om in contact met je te blijven, dan is het zeker een aanvulling. Ja, we proberen toch aan te sluiten bij de behoeftes van ouders, dus als ouders daar behoefte aan hebben, dan kan dat ja.</p>			
<p>[1] Het ligt heel erg aan hoe die ouders zijn natuurlijk. Maar kijk naar ouders met een lage sociaaleconomische status. Maar als ze daar zelf interesse in hebben dan denk ik wel dat technologie wel misschien uitkomst kan bieden. Of een voedingsschema toch, een app.[...]Omdat ze dan ook meer inzicht krijgen van wat ze geven, zeg maar. Een stukje bewustwording qua voeding. Hoeveel krijgt mijn kind eigenlijk binnen? Soms vraag je dat. Ze hebben vaak geen idee. Een soort online voedingsdagboek, zeg maar. Om ouders zelf inzicht te geven, inderdaad. En dat ze ook weer kunnen terugkoppelen naar onszelf. Dat dan ook krijgt het kind daar tijdens binnen. [...] Ik denk dat dat wel mooi zou kunnen zijn.</p>			
<p>[1] De World Health Organization heeft ook op zich wel informatie. En die is natuurlijk in iedere taal beschikbaar. Video's in andere talen.</p> <p>[3] Misschien meer filmpjes en eigen taal erover. ja, Ik denk dat daar kansen liggen. Ja. Voor hè in mijn vakgebied dan hè? Ja, ja. [3] Ja meer moeten aansluiten, hè? Dat het niet kijkt. Zo'n Voedingscentrum webinar of een podcast. Dat is denk, ik spreek dan niet genoeg aan of zo. Ik denk dat we het iets meer. Ja, dat moet je Natuurlijk kijken.</p>			
<p>[1] Ja en kinderopvang,[...], naast van ons, van de kinderopvang, als de kinderopvang dat ook aan ouders goed kunnen vertellen, dan motiveren ze ook weer extra van, oh ja, zo kunnen we het aanbieden. En soms zie je zelfs op kinderdagvang, lukt het wel, maar thuis lukt het ouders niet. Ja, dat is dan gewoon echt wel sneu, maar dat zijn ook wel opvoed vaardigheden. Ik denk dat als kinderdagopvang dat ook kunnen uitleggen aan ouders, wat wij ook doen, toch weer een stukje extra voorlichting en bevestiging ook voor ouders</p> <p>[2] Maar Misschien ook wel bij de kinderopvang. [...] daar met filmpjes al kinderen bij kunnen betrekken of uitleg kunnen geven over gezonde voeding [2] Misschien is er wel een manier om ouders daar ook bij te betrekken. Want Ik heb ook op mijn school met een lage ses rondgelopen en hadden ze gezonde traktaties beleid. Dus ouders kwamen met de biologische cake aan, want Het is biologisch, dus Dat is toch gezond. Ja, dus Het is heel fijn dat ouders er over nagedacht hebben, maar ja, eigenlijk net niet de bedoeling, zeg maar. En dan is het wel heel mooi om die ouders daarin mee te nemen en dan uitleg te geven, maar ook dat je denkt, ja, dat heb ik nog lange weg te gaan, ja.</p> <p>[3] Ja, Dat is zeker zo, hè? Vaak is toch ook wel familie waar hè? De kinderen dan heen gaan of ja hè? Gezamenlijk eten</p>	<p>Via kinderopvang of school gezonde eetgewoonten promoten</p>	<p>involvement professionals regarding healthy eating practices</p>	

dus dat heeft zeker veel invloed. Ja ja, en het kinderdagverblijf			
<p>[1] Ja ik denk toch tijdens deze 5 maanden heb ik nog niet echt contact gehad met een kinderdietist. Ik denk nou wel heel waardevol hem zo.[...] En dat is misschien ook meer vanuit onze kant hoor. Dat we dat echt wel misschien wel beter kunnen doen. Naar mijn mening denk ik. Als ik zo kijk naar de afgelopen 5 maanden heb ik geen 1 keer een kinderdietist verwijzen gekozen. En wel kinderen met een hoge BMI. [...] Misschien vinden collega's dat ook moeilijk om met ouders te bespreken. Want eigenlijk zeg je tegen ouders je is te dik. Dus ga maar dan maar naar een kinderdietist. Is ook wel inderdaad een moeilijk gesprek. Kijken naar inderdaad de gevoeligheid van onderwerpen[...] En het is misschien ook een idee om kinderdietist langs te laten gaan bij scholen. Dat je met school gaat aanklaarten. Dat een dietist er kan meekijken eventueel. En dat het een uitkomst is. Dat maakt het ook voor ouders wat laagdrempeliger, via de school. Maar ook wat makkelijker om te verwijzen. En te bespreken denk ik.</p> <p>[3] Nou, Ik denk wel dat huisartsen iets meer in de preventieve hoek kunnen doen bij leefstijl, ja, hè? Dat is Natuurlijk lastig, maar ze zijn Natuurlijk heel erg van het behandelen . Maar minder van goh als een kind iets heeft van nou wat. Hoe is de leefstijl, hè? Dus Ik denk dat het vooral een beetje bij oudere kinderen is, hoor. Kom meer aandacht aan, maar verder. nou lactatiekundige. Smeer van borstvoeding. Pre logopedist heb je ook wel? Hé, die kan Natuurlijk ook soms bij eetproblemen ingeschakeld worden.</p>	meer betrokkenheid kinderdietist, huisarts en andere zorgverleners		
[3] Ik denk dat dat meer zou helpen Als je dat meer in groepen doet. Dat werkt vaak goed, want dan gaan ze met elkaar in gesprek en dan is het veel gelijkwaardiger. Dus in groepen is denk ik wel een mooie kans.	In groepen leren over gezonde eetgewoonten	learning in groups	
[1] En dan heb je ook een praatplaat. Misschien op gewoon een geplastificeerd papier. En dan met erop inderdaad, wat ik zelf zei, een voedingsschema. Daarmee vragen stellen. Wat wil je? Pak je brood? Pak je fruit? En dat je die praatplaat dan op tafel kunt leggen tijdens een afspraak. En dat je laat zien, nou, dit is van wat we graag zien bij een kindje. Van één, dit is diegene nodig. En ook dat je misschien zo'n plaat kunt meegeven aan ouders.[...]En als je daar de kinderen ook in meeneemt, dan kan je dat ook in een gegeven moment zeggen. Die kunnen zelf dan ook in het schema kijken van dat je een afstreep dingetje van maakt om. Nou, ik heb zoveel glazen gedronken, dus dat is ook belangrijk altijd.	advies meer visueel maken, makkelijker te begrijpen	Visualizati n to make is easier to understand	