



**Beslisfactoren van gemeenten om te participeren en te
continueren in preventie programma's voor kinderen met
overgewicht**

Auteur

C. C. Voskuil

Eerste begeleider

Dr. L. M. G. Vrijhoef – Steuten

Tweede begeleider

Dr. J.A. van Til

September 2012, Universiteit Twente, Enschede

Samenvatting

Dit onderzoek gaat over factoren die gemeenten belangrijk achten bij de beslissing om te participeren of te continueren aan een preventie programma voor kinderen met overgewicht of obesitas. Hierbij is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Welke beslisfactoren hanteren gemeenten om in de preventie programma's JOGG en GKGK tegen overgewicht en obesitas bij kinderen te participeren en welke beslisfactoren zijn van belang om deze programma's op langere termijn te continueren?

Om het onderzoek uit te voeren is gekozen voor een kwalitatief onderzoek met interviews. Dit onderzoek heeft een explorerend karakter omdat er naar nieuwe informatie wordt gevraagd. De onderzoekspopulatie bestaat uit gemeente functionarissen en GGD medewerkers. Deze dienen wel een positie te hebben waarbij ze op de hoogte zijn van de redenen voor de genomen beslissingen.

Het onderzoek is uitgesplitst in 3 deelvragen. De eerste deelvraag behandelt de beslisfactoren voor gemeenten en GGD'en om te participeren in een preventie programma voor overgewicht of obesitas. De tweede deelvraag behandelt beslisfactoren die hebben meegepeeld in de beslissing om door te gaan met het programma tot nu toe en de derde deelvraag behandelt de kosten-baten verhouding van het programma.

De meest genoemde factor voor het participeren in een preventie programma tegen overgewicht en obesitas is het percentage overgewicht in de gemeente. De brede aanpak waarbij de leefstyle verandering hoort krijgt de hoogste mediaan score van 10 en de kleinste range van score. Bij de beslisfactoren voor participatie is de factor 'een commitment van een aantal jaren met het preventie programma' het vaakst genoemd. Deze beslisfactor heeft ook een hoge gemiddelde score van 10 met een range van 1. De enige beslisfactor met eenzelfde hoge score is de 'brede aanpak van het programma' met een score van 10, maar deze beslisfactor is maar door 1 gemeente genoemd.

De kosten-baten verhouding wordt over het algemeen positief beoordeeld. Alle gemeenten en GGD'en vinden de kosten-baten verhouding acceptabel. Niet alle gemeenten vinden de kosten-baten verhouding acceptabel op korte termijn maar op lange termijn wel.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Inleiding.....	3
Overgewicht bij kinderen	4
Overgewicht en gezondheid.....	4
Prevalentie overgewicht in Nederland.....	5
Preventie programma's overgewicht.....	5
Gemeenten.....	8
Hoofd- en deelvragen.....	10
Aanleiding onderzoek.....	10
Doelstelling onderzoek.....	10
Hoofd- en deelvragen.....	11
Theoretische verkenning.....	12
Beslisfactoren	12
Kosten-baten verhouding.....	13
Methode.....	16
Focus van het onderzoek.....	16
Literatuuronderzoek.....	16
Onderzoekspopulatie	16
Respondenten verkrijgen	17
Meetinstrumenten	17
Betrouwbaarheid en validiteit.....	19
Analyse methode.....	19
Resultaten	21
Beslisfactoren voor participatie	22
Beslisfactoren voor continuering	25
Kosten-baten verhouding van het preventie programma	27
Discussie	30
Beslisfactoren voor participatie	30
Beslisfactoren voor continuering	30
Kosten-baten verhouding.....	31
Sterke en zwakke punten van het onderzoek	31
Conclusie en aanbevelingen.....	33
Aanbeveling.....	33

Literatuurlijst	35
Bijlagen	37

Inleiding

Steeds meer Nederlanders hebben last van overgewicht of obesitas (ernstig overgewicht). Dit is niet alleen bij volwassenen maar ook bij kinderen en jongeren het geval. Overgewicht kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid van deze kinderen en jongeren. Om de kinderen en hun ouders met dit probleem te helpen zijn er verschillende preventie programma's gestart in een aantal gemeenten, namelijk de GKGK (Gezonde Kinderen in een Gezonde Kindomgeving) en de JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht). Deze programma's zijn gericht op het gewichtsverlies proces danwel de preventie van overgewicht bij kinderen (JOGG, z.d, Willibald Gebhard Institut, 2010). Het doel van dit verslag is onderzoek doen naar de twee hiervoor genoemde programma's. Omdat er al onderzoek is gedaan naar redenen waarom ouders en scholen besluiten aan een van de programma's te participeren zal de aandacht van dit onderzoek bij de gemeente liggen. Het is van belang om ook de gemeenten te onderzoeken omdat deze de programma's mede financieren en een belangrijke rol hebben in de implementatie en continuatie van de programma's. Uiteindelijk zal er door middel van semi-gestructureerde interviews onderzoek worden gedaan naar beslisfactoren voor gemeenten om wel, dan wel niet te participeren in een preventie programma tegen overgewicht bij kinderen. Met kinderen worden in dit verslag kinderen van 0 tot 19 jaar bedoeld tenzij anders vermeld.

In dit hoofdstuk zal worden uitgelegd wat overgewicht en obesitas is en hoe het kan worden gemeten. Ook zal worden ingegaan op wat voor invloed het kan hebben op de gezondheid van kinderen, wat de omvang van het probleem in Nederland is. Daarnaast zullen verschillende preventie programma's waar de focus van dit onderzoek op ligt worden toegelicht en zal kort worden ingegaan op de rol van de gemeenten bij de preventie van overgewicht.

Overgewicht bij kinderen

Overgewicht betekent dat er een disbalans bestaat tussen de ingenomen energie (via voedsel en drinken) en de energie die wordt verbruikt (door voldoende beweging). Door deze disbalans is er een teveel aan brandstof voor het lichaam. Het teveel wordt dan opgeslagen in verschillende delen van het lichaam. Dit wordt vetopslag genoemd. Het kan per persoon erg verschillen waar deze vetopslag precies plaats vind in het lichaam (diëtenlijst, 2012 a).

Het is moeilijk om te meten hoeveel vet er in een lichaam is opgeslagen (van den Hurk et al, 2006). Om te meten of er sprake is van overgewicht zijn er andere methoden nodig. Het gewicht of de buikomtrek meten zijn hier voorbeelden van. Een ander bekend voorbeeld is het berekenen van de Body Mass Index (BMI). Bij de BMI berekening wordt het gewicht (in kilogram) gedeeld door de lengte (in meters in het kwadraat) van een persoon. Bij volwassenen is er bij een BMI waarde van 25 of hoger sprake van overgewicht en bij een BMI waarde van 30 of hoger sprake van obesitas. Bij kinderen verandert de lichaamssamenstelling en lichaamsbouw door de groei waardoor de waarden voor volwassenen niet van toepassing zijn op kinderen. In bijlage 1 (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008) zijn de BMI afkapwaarden voor kinderen te zien. Hier is ook goed te zien dat deze per leeftijd erg kunnen verschillen maar ook per geslacht. Vanaf 18 jaar gelden dezelfde BMI afkapwaarden als voor volwassenen.

Overgewicht en gezondheid

Overgewicht bij kinderen kan verschillende oorzaken hebben. Het kan een afwijking van de genen betreffen, maar dit is maar bij een kleine groep mensen met overgewicht het geval. Een groter probleem is te weinig lichamelijke activiteit en een ongezond dieet. Hierdoor wordt de ingenomen energie niet snel genoeg verbrand waardoor dit als vet wordt opgeslagen. Ook steeds meer ouders brengen hun kinderen met de auto naar school in plaats van met de fiets of laten hun kinderen uren achter de computer in plaats van buiten spelen. Dit alles kan een negatieve invloed hebben op de energie balans van het kind waardoor overgewicht kan ontstaan (de Vries et al, 2005).

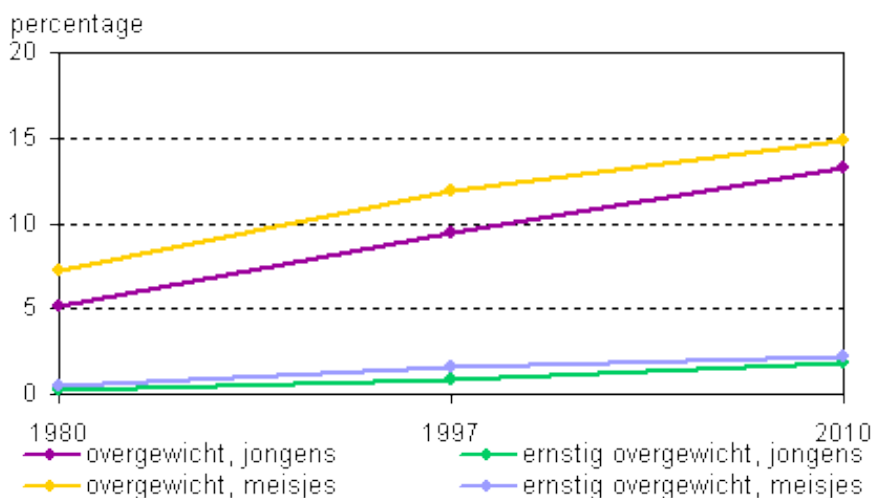
Kinderen met overgewicht of obesitas hebben een grotere kans om op latere leeftijd ook overgewicht te hebben. Dit kan op volwassen leeftijd voor ernstige lichamelijke en psychische klachten zorgen, maar deze kunnen ook al op jongere leeftijd aanwezig zijn (van den Hurk et al, 2006). Een voorbeeld hiervan zijn gewrichtsproblemen. Kinderen kunnen door hun overgewicht last krijgen van voeten, knieën, benen en rug omdat deze overbelast worden. Daarnaast lopen kinderen met overgewicht meer risico op het krijgen van artrose, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. Ook andere klachten zoals snurken, kortademigheid, hoofdpijn, slaapstoornissen en huidinfecties zijn klachten die vaker voorkomen bij kinderen met overgewicht. Als laatste lichamelijke klacht kan een kind met overgewicht een verhoogde cholesterolgehalte hebben (Diëtenlijst.nl, 2012 b).

Naast deze lichamelijke klachten kunnen er door overgewicht ook psychische klachten ontstaan bij kinderen (Diëtenlijst.nl, 2012 b). Doordat overgewichtige kinderen vaak worden gepest door hun leeftijdsgenootjes kunnen ze erg onzeker worden en hebben ze minder zelfvertrouwen dan kinderen zonder overgewicht. Dit pestgedrag kan zelfs leiden tot een depressie. De kinderen krijgen door het pestgedrag van de anderen een negatief zelfbeeld en dit kan wederom gevolgen hebben voor het sociale leven van de kinderen. De overgewichtige kinderen durven dan minder snel contact te leggen met leeftijdsgenootjes.

Prevalentie overgewicht in Nederland

Het is algemeen bekend dat de prevalentie van overgewicht is toegenomen in Nederland in de afgelopen jaren. Hoeveel dit precies betreft wordt in figuur 1 weergegeven.

Figuur 1: Percentage kinderen en jongeren (2 tot 21 jaar) met overgewicht en ernstig overgewicht in 1980, 1997 en 2010 (van Bakel en Zantinge, 2012).



Zoals te zien in figuur 1 is het percentage kinderen met overgewicht in de afgelopen 30 jaar flink gestegen. In 1980 bedroeg het percentage overgewicht onder kinderen gemiddeld 6 procent, in 1997 was dit percentage al gestegen naar bijna 11 procent. Dit betreft dus bijna een verdubbeling van het percentage binnen 17 jaar. In 2010 lag het gemiddelde percentage overgewicht voor kinderen rond de 14 procent. Daarnaast is het percentage kinderen met ernstig overgewicht ook gestegen, zoals te zien aan de blauwe en groene lijnen in figuur 1 (van Bakel et al, 2012).

Preventie programma's overgewicht

In dit onderzoek zal de nadruk liggen op de twee preventie programma's tegen overgewicht bij kinderen die al eerder in het verslag zijn genoemd, namelijk de GKGK (Gezonde Kinderen in een Gezonde Kindomgeving) en de JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht). Beide organisaties zijn gericht op het voorkomen van overgewicht bij kinderen dan wel het bevorderen van gewichtsverlies bij

kinderen met overgewicht. In de hier volgende tekst zullen beiden programma's en hun onderlinge verhouding worden omschreven.

GKGK

Het Gezonde Kinderen in een Gezonde Kinderomgeving programma is geïmplementeerd in Nederland en Duitsland (Willibald Gebhardt Institut, 2010). Op dit moment zijn er 12 gemeenten die meewerken aan dit preventie programma waarvan 6 in Nederland. De aandacht van het GKGK programma gaat voornamelijk uit naar het creëren van een gezonde leefstijl en gezondheidsbevordering voor kinderen tussen de 4 en 12 jaar oud. Dit wordt nagestreefd door middel van samenwerking met bijvoorbeeld de familie van het kind, scholen, sportverenigingen en gemeenten. Een volledig beeld van het GKGK samenwerkingsnetwerk binnen de gemeenten is te zien in figuur 2. Hierin zijn de volgende actoren en omgevings aspecten die aandacht vereisen genoemd: ouders, woonomgeving, kleuterschool, supermarkt, gemeente, school, sportverenigingen en andere verenigingen. Deze vormen samen een samenwerkings netwerk om een "gezonde gemeente" te creëren.

Figuur 2: Samenwerkings netwerk tussen verschillende actoren en omgevings aspecten binnen een "gezonde gemeente" (Willibald Gebhardt Institut, 2010).



Er zijn vier centrale doelstellingen van het GKGK om de preventie van overgewicht en de vordering van een gezonde levensstijl te bevorderen. Deze worden verduidelijkt door figuur 2 (Willibald Gebhardt Institut, 2010):

1. Een actievere levensstijl zal worden gestimuleerd bij kinderen die deelnemen aan het GKGK programma. Hierbij gaat het niet alleen om de kinderen met overgewicht maar om alle deelnemende kinderen. Naast de bevordering van sport en beweging wordt er ook aandacht besteed aan motorische basiscompetentie en aan het eet- en het konsumentengedrag van de kinderen.
2. Het uitgangspunt ter bevordering van de drie gedragsbereiken (bewegen, voeding en media) is het creëren van netwerken in de verschillende levensbereiken van het kind. Hiermee worden voornamelijk de familie van het kind, de school, de sportverenigingen en de gemeenten mee bedoelt. Deze fungeren als partners in het netwerk die voor een nauw samenwerkingsverband zorgen.
3. Naast de binnen schoolse interventies behoren ook buitenschoolse interventies tot het in figuur 3 benoemde netwerk. Een voorbeeld van zo een interventie (binnenschools) is de drie uur durende sportles die wordt gevolgd door een één uur durende les met het thema

gezondheidsbevordering. Kinderen die het nodig hebben kunnen ook individuele aandacht krijgen binnen het GKGK programma.

4. Er wordt een lokaal netwerk gecreëerd waarin alle partners worden geplaatst (zie figuur 3). Met enige regelmaat zullen er “ronde tafel” bijeenkomsten worden gehouden waarbij alle partners worden vertegenwoordigd. Hierbij worden de nog uit te voeren interventies besproken en gepland. In elke gemeente is er één aangewezen persoon die de interventies met alle partners van de “ronde tafel” afstemd en deze daarna in samenwerking met de partners omzet.

Deze centrale doelstellingen kunnen binnen het netwerk worden bereikt. Voorbeelden hiervan zijn: een gezond BMI voor kinderen bereiken en behouden, elke dag 60 tot 90 minuten beweging, kinderen over gezond voedsel leren enz. Dit zijn doelen die kunnen worden bereikt door een aantal verschillende interventies. Deze interventies kunnen plaatsvinden op school, bij sportverenigingen of buiten de school of sportvereniging om. Een aantal voorbeelden daarvan zijn:

- Sportles op school
- Les over gezonde voeding op school
- Bewegingscursus bij de sportvereniging
- “Walking bus” waarbij kinderen onder begeleiding van ouders te voet naar school worden gebracht
- Enz.

JOGG

Het Jongeren Op Gezond Gewicht programma is gebaseerd op de Franse EPODE (Ensemble Prevenons l’Obesite Des Enfants). De EPODE aanpak richt zich op de verandering van de omgeving en de verandering van gedrag om overgewicht en obesitas bij kinderen te voorkomen (Epode European network, z.d.). De EPODE aanpak is erg succesvol gebleken en sinds 2004 is deze geïmplementeerd in meer dan 500 gemeenschappen in 6 verschillende landen (Borys et al, 2011).

In de afgelopen jaren zijn er al veel verschillende preventie maatregelen ontwikkeld in Nederland tegen overgewicht bij zowel kinderen als volwassenen (JOGG, z.d. a). Deze hadden vaak maar een tijdelijk effect omdat er niet werd samengewerkt met andere initiatieven tegen overgewicht, de preventie maatregelen werden vaak maar bijvoorbeeld op één school uitgevoerd en deze werden niet gecontinueerd. De JOGG aanpak richt zich juist op de samenwerking tussen zoveel mogelijk betrokken actoren waardoor niet alleen op school maar in de gehele gemeente een gezonde omgeving kan worden gecreëerd voor de kinderen.

Het JOGG programma is een programma waarbij doormiddel van de inzet van de gehele wijk, dorp of stad wordt gewerkt aan de gezondheid van jongeren van 0 tot 19 jaar. Hierbij wordt het de jongeren zo makkelijk en aantrekkelijk mogelijk gemaakt om gezond te eten en genoeg te bewegen. Er wordt met behulp van een JOGG-gemeente, bestaande uit gezondheidsprofessionals, onderwijs, zorg, het bedrijfsleven, sport, bewegen, woningbouw, welzijn en media, samengewerkt om een gezonder leven te stimuleren. Dit is niet alleen voor de kinderen maar ook voor de ouders van groot belang. Om dit te kunnen bereiken zijn de vijf pijlers opgezet door JOGG (JOGG, z.d. a).

Figuur 3: Vijf pijlers van JOGG voor een effectieve lokale aanpak (JOGG, z.d. a).



Door middel van de vijf pijlers gebruikt de JOGG een intersectionale aanpak om de stijging van het percentage jongeren met overgewicht in een daling om te zetten (JOGG, z.d. b). Deze intersectionale aanpak betekent dat er op lokaal niveau naar alle aspecten wordt gekeken die invloed kunnen hebben op de voorkoming van overgewicht en obesitas. Hiervoor worden dan verschillende interventies bedacht waardoor het voor kinderen makkelijk en aantrekkelijk wordt gemaakt om gezond te leven.

Een aantal voorbeelden van deze interventies zijn:

- Kookles op school
- Studenten geven sportclinics
- Politie verbeterd sociale veiligheid zodat kinderen buiten kunnen spelen
- Meer speelvoorzieningen in de wijk
- In de supermarkt staan gezonde producten op ooghoogte
- In schoolkantines en sportkantines zijn snacks beperkt aanwezig
- Enz.

Relatie GKGK en JOGG

De JOGG en de GKGK hebben veel gemeen, maar toch zijn er grote verschillen tussen beiden. Het belangrijkste verschil is het verschil in niveau waarop de twee programma's werken. JOGG is een overkoepelende organisatie en fungeert als de "paraplu". Hiermee wordt bedoeld dat in gemeenten waar zowel het JOGG als het GKGK programma zijn geïmplementeerd, de GKGK als onderdeel van JOGG fungeert. Dit wordt gedaan omdat het weliswaar twee verschillende organisaties zijn, maar ze wel beiden min of meer dezelfde doelen hebben. Daarnaast overlappen veel van de werkwijzen van de twee programma's, waardoor het niet effectief zou zijn deze twee naast elkaar te laten lopen binnen een gemeente. Omdat de JOGG een grotere doelgroep heeft dan de GKGK neemt de JOGG de overkoepelende rol aan binnen een gemeente waar beide programma's zijn geïmplementeerd. De GKGK heeft een meer uitvoerende rol. Deze organisatie heeft een specifiekere doelgroep van kinderen op de basisschool waardoor de uitvoering ook voornamelijk in samenwerking met de scholen gaat. Voor andere verschillen in de werkwijze van beiden programma's zie bijlage 2.

Gemeenten

De rol van de gemeenten is groot bij de hierboven besproken preventie programma's. Door de samenwerking met de gemeente kunnen zoveel mogelijk kinderen (en ouders) worden bereikt

waardoor de resultaten beter worden. Met de gemeenten wordt in dit verslag ook de gemeente functionaris bedoeld die verantwoordelijk is voor de beslissing om preventie programma's zoals JOGG en GKGK te implementeren in de gemeente of niet.

Bij zowel de GKGK als de JOGG speelt de gemeente een grote rol. Deze rol is bijna net zo groot als die van de scholen of de ouders zelf. De reden hiervoor is dat de gemeente een bestuurslaag vormt in Nederland die het dichtst bij de burger staat (Hiemstra, 2003).

Bij de gemeenten komen concrete vraagstukken en complexe lokale vraagstukken terecht. Door de brede taakstelling van de gemeente kunnen beide soorten vraagstukken worden aangepakt (Hiemstra, 2003). Deze brede taakstelling is ook een reden om preventie programma's voor kinderen met overgewicht bij de gemeente te plaatsten. Vanuit de gemeente kan er vaak makkelijker contact worden gelegd met diverse scholen, sportverenigingen, wooningbouwcoöperaties e.d. De gegevens hiervoor zijn allemaal bij de gemeente te vinden.

De gemeente houdt zich ook met de gezondheid van de burgers bezig. Veelal komt dit vanuit de GGD binnen een gemeente (Regio Twente, z.d.). Dit is een organisatie waar burgers bijvoorbeeld terecht kunnen voor vaccinaties, medische zorg en welzijn van daklozen en advies over gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van kinderen. Als een project van de gemeente met gezondheid te maken heeft gaat dit vaak in samenwerking met de GGD uit die gemeente. In sommige gemeenten kan dit dus ook voor het GKGK of het JOGG programma gelden.

Het belang van het onderzoeken van de factoren van gemeenten om wel of niet mee te doen aan preventie programma's tegen overgewicht en obesitas bij kinderen is groot. Door middel van de gemeenten kunnen namelijk veel burgers (voornamelijk kinderen) worden bereikt. De gemeente beschikt over de nodige informatie en autoriteit om verschillende burgers of instanties te benaderen en daarnaast is de gemeente uiteindelijk degene die het programma mede betaald. Hiermee wordt bedoeld dat de gemeenten vaak de grootste kosten posten op zich nemen. Dit betekent niet dat scholen, particulieren, de ouders of kinderen zelf of anderen geen kosten hebben aan het programma. Vaak zullen ook deze groepen geld in het project stoppen door bijvoorbeeld verzorging van materialen, sponsoring of geld voor gezonde tractaties. Ook zijn de gemeentelijke gelden verkregen uit belastingsgelden wat feitelijk het geld van de burgers is. Daarnaast kunnen gemeenten subsidies aanvragen die eventueel ingezet kunnen worden als financiering voor de preventie programma's.

Hierdoor is het voor de preventie programma's van cruciaal belang om een samenwerking met de gemeente op te starten. Als de factoren die belangrijk zijn bij het participeren en continueren van de programma's voor gemeenten duidelijk zijn kan hier rekening mee worden gehouden bij het aanschrijven van nieuwe gemeenten. Hierdoor kunnen meer gemeenten worden geworven om te participeren en daarmee zal het doel van de programma's een duidelijker effect kunnen hebben in Nederland.

Hoofd- en deelvragen

Met behulp van de informatie uit de inleiding zullen de doelstelling van het onderzoek en de hoofd- en deelvragen worden vastgesteld. Om dit te kunnen doen is het van belang om eerst naar de aanleiding van het onderzoek te kijken.

Aanleiding onderzoek

De aanleiding van dit onderzoek heeft deels te maken met al eerder uitgevoerde onderzoeken. In deze voorgaande Bachelor en Masterprojecten is onderzoek gedaan naar de besliscriteria van ouders, kinderen en scholen om wel, dan wel niet deel te nemen aan preventie programma's tegen obesitas bij kinderen. Daarnaast is er onderzocht welke resultaten van de programma's het belangrijkste worden geacht en waarop de beslissing tot continuering van de deelname aan deze programma's is gebaseerd. De extra kosten (bijvoorbeeld voor sportcontributies en lesmateriaal) hebben hierbij speciale aandacht gekregen.

Nu is het van belang om ook de besliscriteria van de gemeenten om deel te nemen aan deze programma's in beeld te brengen. Dit is van belang omdat de gemeente uiteindelijk degene is die het programma vaak in zijn geheel of gedeeltelijk betaald. Zonder het geld van de gemeente, subsidies of geld van sponsors zouden de programma's GKGK en JOGG niet in deze vorm kunnen worden geïmplementeerd. De scholen zelf bijvoorbeeld hebben vaak het geld er niet voor om deze programma's te implementeren. De scholen die meewerken aan de preventie programma's maken vaak wel kleine kosten door de programma's. Daarnaast is het algemeen bekend dat veel volwassenen en kinderen last hebben van overgewicht in Nederland. Hiermee kunnen ook ernstige lichamelijke en geestelijke klachten samen gaan, die weer extra ziektekosten veroorzaken. Om dit tegen te gaan zijn preventie programma's zoals de GKGK en de JOGG handige hulpmiddelen om kinderen een nieuwe levensstijl aan te leren. Daarnaast is er geen zicht op de resultaten die de gemeenten belangrijk vinden. Om continuering te kunnen garanderen zijn deze resultaten van belang.

De preventie programma's JOGG en GKGK zijn al op verschillende plekken in Nederland ingevoerd. Toch is de vraag waarom deze gemeenten mee werken aan de preventie programma's nog niet beantwoord. Er zijn ook gemeenten die (nog) niet meewerken of niet mee willen werken. Wat zijn de redenen van deze gemeenten om wel mee te doen, en wat zijn de redenen van gemeenten om niet mee te doen? Er zal tijdens het onderzoek worden gezocht naar verschillende beslisfactoren die de keuze om wel of niet mee te doen aan de programma's beïnvloeden. In interviews met gemeente functionarissen zal gepoogd worden de hoofd- en deelvragen te beantwoorden. Dit onderzoek maakt deel uit van een overkoepelend onderzoek naar de toegevoegde waarde van obesitaspreventie programma's voor kinderen, gefinancierd door ZonMw (2012). Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met de JOGG en GKGK programma's.

Doelstelling onderzoek

Dit onderzoek richt zich op meerdere programma's zoals de GKGK (Gezonde Kinderen in Gezonde Kinderomgeving) en de JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht). Deze projecten werken op verschillende niveaus. Vanwege de verschillende rollen die het GKGK en JOGG programma kunnen hebben in een gemeente, en de verschillende niveaus waarop deze werken is het van belang de beide programma's apart te bekijken. Dit is de reden dat ze ook beiden in de doelstelling zijn genoemd.

Doelstelling: *Onderzoeken welke beslisfactoren meer en minder belangrijk zijn voor gemeenten om in de jeugd obesitas preventie programma's JOGG en GKGK te participeren en deze programma's op langere termijn te continueren.*

Hoofd- en deelvragen

Vanuit de doelstelling hierboven is er een hoofdvraag ontstaan. Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er deelvragen gemaakt. Deze vormen de basis voor de te houden interviews met de gemeenten. Tijdens deze interviews zal worden gepoogd een antwoord te krijgen op deze vragen. Ook in deze hoofd- en deelvragen worden de twee preventie programma's JOGG en GKGK apart genoemd door het verschil in niveau waarop zij werken. Hieronder komt eerst de hoofdvraag en daarna een aantal deelvragen.

Hoofdvraag: *Welke beslisfactoren hanteren gemeenten om in de preventie programma's JOGG en GKGK tegen overgewicht en obesitas bij kinderen te participeren en welke beslisfactoren zijn doorslaggevend om deze programma's op langere termijn te continueren?*

De twee preventie programma's JOGG en GKGK zijn beiden gericht op het creëren van een gezonde leefomgeving voor kinderen. Hierbij worden niet alleen kinderen met overgewicht betrokken, maar alle kinderen. Aan het verbeteren van de leefomgeving wordt in samenwerking met ouders, scholen, gemeenten en andere instanties gewerkt. Het is immers niet alleen de verantwoordelijkheid van het kind om op zijn of haar leefstijl te letten.

Hieronder volgen de deelvragen waarmee de onderzoeksvraag dient te worden beantwoord.

Deelvragen:

1. *Wat zijn beslisfactoren voor gemeenten om wel of niet te participeren in dergelijke programma's ?*
 - a. *Wat is het verschil in JOGG en GKGK niveau wat betreft de beslisfactoren voor participatie?*
 - b. *Wat is de relatieve belangrijkheid van deze factoren?*
 - c. *Wat is (was) de verwachting ten aanzien van deze factoren?*
 - d. *Wat is de ervaring tot nu toe? (voor deelnemende gemeenten)*
2. *Wat zijn beslisfactoren voor gemeenten dergelijke programma's te continueren op langere termijn?*
 - a. *Wat is het verschil in JOGG en GKGK niveau wat betreft de beslisfactoren voor continuering?*
 - b. *Wat is de relatieve belangrijkheid van deze factoren?*
 - c. *Wat is (was) de verwachting ten aanzien van deze factoren?*
 - d. *Wat is de ervaring tot nu toe? (voor deelnemende gemeenten)*
3. *Wat zijn de verwachtingen van gemeenten ten aanzien van de kosten-baten verhouding van dergelijke programma's?*
 - a. *Wat is het verschil in verwachting bij het JOGG en het GKGK niveau?*
 - b. *Welke kosten-baten aspecten vindt men het meest belangrijk voor zowel het JOGG programma als het GKGK programma?*
 - c. *Wat is (was) de verwachting ten aanzien van deze factoren?*
 - d. *Wat is de ervaring tot nu toe? (voor deelnemende gemeenten)*
 - e. *Welke kosten-baten verhouding vindt men acceptabel op zowel JOGG als GKGK niveau?*
 - i. *op korte termijn*
 - ii. *op lange termijn*

Theoretische verkenning

Om de in het vorige hoofdstuk genoemde vragen te kunnen beantwoorden dienen eerst een aantal begrippen geoperationaliseerd te worden, namelijk de begrippen: beslisfactoren en kosten-baten verhouding. Dit wordt gedaan aan de hand van de relevante theorie.

Beslisfactoren

Om duidelijk te krijgen wat beslisfactoren zijn zal eerst het proces van beslissingen maken worden verduidelijkt.

Beslissingen maken

Om de beslisfactoren van gemeenten te kunnen begrijpen is het van belang om eerst te begrijpen hoe beslissingen worden gemaakt. Het proces van beslissingen maken begint met het vaststellen van een beslissings probleem. Daarna wordt er een bepaalde actie gekozen om het probleem op te kunnen lossen. Door de implementatie van deze actie, en tijd die zal verstrijken kan het probleem worden opgelost (Beach en Connolly, 2005).

Diagnose probleem → Actie kiezen → Implementatie actie

Dat het nodig is om een beslissing te maken komt vaak voort uit een bepaalde, mogelijke ongewone, gebeurtenis (Beach et al, 2005). Vaak ontstaat deze door interne of externe veranderingen of door de realisering dat een van de vorig gemaakte beslissingen onjuist was. Om een gebeurtenis te kunnen begrijpen moet de beslisnemer de gebeurtenissen in de juiste context plaatsen waardoor deze een betekenis krijgen. Dit proces heet framing. Met behulp van framing kan de beslisnemer, o.a. op basis van ervaring, een beslissing maken.

Het lijkt erop dat de beslisnemer een aantal opties heeft waaruit hij de best passende kan kiezen om deze vervolgens te implementeren. Helaas is dit vaak niet zo makkelijk als het lijkt. Het komt voor dat gedurende het proces door veranderingen en feedback pas duidelijk wordt wat de opties zijn en welke het beste bij de situatie passen. Nadat de juiste optie is gevonden wordt er een plan van aanpak gemaakt. Daarna kan de oplossing worden geïmplementeerd (Beach et al, 2005). Hierbij moet het plan van aanpak worden gebruikt om gedrag te bepalen. De beslisnemer moet het proces monitoren totdat het probleem is opgelost.

Multi-Criteria Decision Making(MCDM)

Het proces van beslissingen maken is de laatste jaren behoorlijk veranderd. De beslissingen worden vaak niet door 1 autoriteit gemaakt, maar door meerdere personen (Triantaphyllou, 2000). Daarnaast zijn de situaties waarin er beslissingen moeten worden gemaakt tegenwoordig multi-criteria situaties. Bij MCDM wordt uit de gegeven sets van alternatieven en decision criteria het beste alternatief uitgekozen. Onder alternatieven worden verschillende keuzes verstaan die kunnen worden gemaakt om tot actie over te gaan. Dit betekent dat bij een MCDM er een aantal alternatieven zijn die worden vergeleken. Van deze alternatieven worden relevante criteria uitgekozen om de alternatieven op deze criteria te kunnen beoordelen. Om dit te kunnen doen worden belangrijkheids score aan de criteria gekoppeld. Als de criteria van één van de alternatieven hoger worden beoordeeld zal deze de voorkeur hebben.

Bij een MCDM is het van belang het beste alternatief uit te kiezen (Triantaphyllou, 2000). Om dit te kunnen doen worden eerst de decision criteria gerangschikt. De beslisnemer moet zijn of haar mening kunnen uiten wat betreft de prestaties van elk individueel alternatief op elk van de decision criteria. Door de decision criteria te rangschikken, en de alternatieven te scoren op elk van deze criteria kan degene die de beslissing maakt op basis daarvan het beste alternatief uitkiezen. Het

probleem hierbij is het uitzoeken van een geschikt alternatief als alle decision criteria gelijk worden gerangschikt en een gelijke score behalen.

Het rangschikken van criteria kan in 3 stappen gebeuren (Triantaphyllou, 2000):

1. Eerst wordt er vastgesteld wat de relevante criteria en de alternatieven zijn.
2. Daarna kan er doormiddel van cijfers worden aangegeven hoe belangrijk elk criterium is, en wat de impact van deze criteria op de alternatieven is.
3. Tot slot worden de cijfers van de verschillende criteria bekeken om een rangschikking van de alternatieven te kunnen bepalen.

Bij het gebruiken van een MCDM kunnen er problemen opduiken. Bijvoorbeeld kunnen de alternatieven of de criteria niet goed gedefinieerd zijn. Dit maakt het lastiger om een goed alternatief te kiezen. Ook kan de data niet goed gedefinieerd zijn (Triantaphyllou, 2000).

MCDM is een manier om het juiste alternatief te kiezen (de juiste oplossing) in de gegeven situatie (Triantaphyllou, 2000). Hierbij gaat het om multi-criteria situaties waarbij meerdere criteria invloed kunnen hebben op de verschillende alternatieven. Het kiezen van het juiste alternatief kan gedaan worden met behulp van rangschikking.

Beslisfactoren

Beslisfactoren zijn verschillende factoren die invloed kunnen hebben op het beslissingsproces dat hierboven staat beschreven. Er bestaan bevorderende en belemmerende factoren (Nijs et al, 2003). Voorbeelden van zulke factoren kunnen uit de theorie worden gehaald. Zo kan *de medewerking en motivatie van collega's* een bevorderende factor zijn. In tegenstelling daarvan kan de factor *te weinig personeel* worden gezien als een belemmerende factor. Als de bevorderende factoren zwaarder wegen dan de belemmerende factoren zal een beslissing op basis hiervan kunnen worden gemaakt ten gunste van de interventie.

Kosten-baten verhouding

Om de derde deelvraag te kunnen beantwoorden is het van belang om eerst de kosten-baten verhouding te operationaliseren. Met behulp van een kosten-baten verhouding kan er een kosten-baten analyse worden gemaakt. Naast de kosten-baten verhouding zal er nog aandacht worden besteed aan de kosten-minimalisatie analyse waarbij de uitkomsten grotendeels gelijk zijn.

Kosten-baten

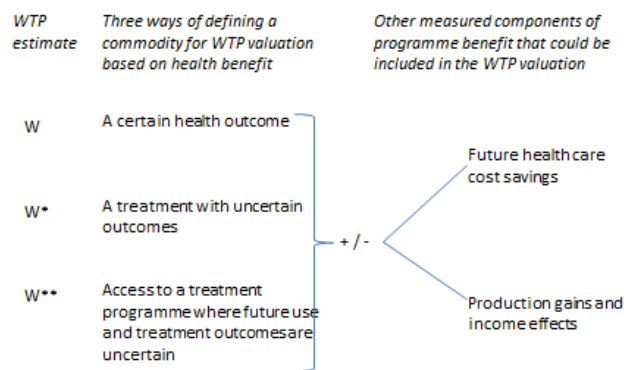
Bij een kosten-baten verhouding wordt volgens Drummond (et al, 2005) de vraag gesteld: "Is het een waardevol programma?" Hierbij worden geldwaarden aan bepaalde gezondheidsuitkomsten gekoppeld. Er zijn drie manieren waarop geldwaarden kunnen worden gekoppeld aan gezondheidsuitkomsten namelijk: de human capital approach, de revealed preferences approach en de Willingness to pay approach.

Bij de human capital approach wordt het gebruik van een programma uit de gezondheidszorg (bijvoorbeeld een preventie programma tegen obesitas bij kinderen) gezien als een investering in de human capital van de deelnemende persoon (Drummond et al, 2005). De revealed preferences approach is gebaseerd op individuele waarde die men hecht aan toegenomen (of afgenomen) gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld de kans op verwonding tijdens het werken) als een "trade-off" tegen een hoger (of lager) inkomen. Dat wil zeggen dat er een bepaalde mate aan risico wordt aanvaard door mensen zolang het inkomen hiervoor genoeg is.

Als laatste methode om een geldwaarde aan een gezondheidsuitkomst te koppelen kan de Willingness To Pay (WTP) benadering worden genoemd (Drummond et al, 2005). Er zijn verschillende

manieren om de WTP te meten en te definiëren waardoor deze kan worden opgenomen in een kosten-baten analyse. Hieronder een model van Drummond (et al, 2005) van de WTP methode. Dit model laat zien wat de mogelijke uitkomstmaten van een WTP analyse zijn, i.e. de verschillende W's (Drummond et al, 2005).

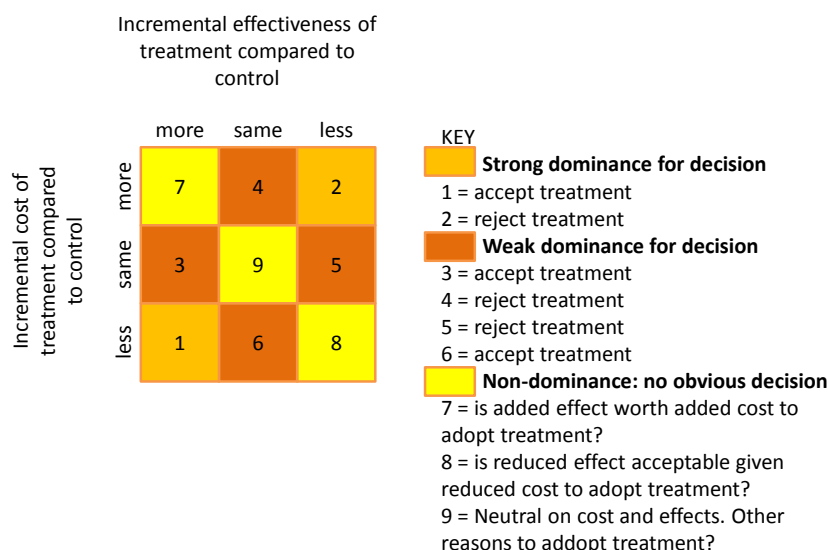
Figuur 4: Box 7.10. What might we mean by willingness-to-pay?



Kosten-minimalisatie

Bij de kosten-minimalisatie worden twee programma's vergeleken (Drummond et al, 2005). Omdat deze programma's veel op elkaar lijken en de uitkomsten van deze programma's min of meer gelijk zijn kunnen ze op een simpele manier worden vergeleken. Bij deze simpele vergelijking wordt er namelijk puur naar de kosten gekeken. Er zijn 9 mogelijke uitkomsten te noemen waarbij zowel de effectiviteit van een programma als ook de kosten worden bekeken. Deze worden genoemd in figuur 5. Vanwege onzekerheden over effectiviteit en kosten is het vaak lastig een programma aan één van de onderstaande hokjes toe te wijzen.

Figuur 5: Kosten-effectiviteits analyse (Drummond et al, 2005).



Een kosten-baten analyse kan bestaan uit drie verschillende manieren waarop geldwaarden kunnen worden gekoppeld aan gezondheids-uitkomsten. Dit zijn de drie hiervoor genoemde manieren, namelijk: de human capital approach, de revealed preferences approach en de Willingness to pay approach (Drummond et al, 2005). Als de uitkomsten van de te vergelijken programma's hetzelfde zijn kan er een kosten-minimalisatie analyse worden gedaan. Hierbij worden puur de kosten van de programma's vergeleken. Het is van belang om de beste manier te kiezen die het meest geschikt is voor het onderzoek.

Methode

De hoofd- en deelvragen van het onderzoek zijn leidend voor het bepalen van de onderzoeksoptzet en methoden. Het is belangrijk om vooraf vast te stellen waar de focus van het onderzoek ligt, welke vragen eventueel vanuit de literatuur (deels) kunnen worden beantwoord, hoe de onderzoekspopulatie eruit ziet e.d. Deze aspecten van het onderzoek zullen in dit hoofdstuk aan bod komen. Voor het gemak zal hier nogmaals de hoofdvraag worden genoemd:

“Welke beslisfactoren hanteren gemeenten om in de preventie programma’s JOGG en GKGK tegen overgewicht en obesitas bij kinderen te participeren en welke beslisfactoren zijn van belang om deze programma’s op langere termijn te continueren?”

Focus van het onderzoek

Het onderzoek zal een explorerend karakter aannemen. Dit omdat er weliswaar al onderzoek is verricht naar de factoren die belangrijk zijn voor de kinderen, ouders en scholen om deel te nemen aan een dergelijk preventie programma maar over de beslisfactoren van de gemeenten nog weinig bekend is. De focus van het onderzoek zal liggen bij de beslisfactoren die gemeenten hanteren voor de participatie en continuering van de preventie programma’s JOGG en GKGK. Dit is al genoemd in de hoofdvraag en door middel van de deelvragen zal worden gepoogd deze te beantwoorden. Daarnaast past de focus van het onderzoek ook bij de wensen die de opdrachtgever heeft geuit ten behoeve van het onderzoek, en sluit het onderzoek aan bij een overkoepelend onderzoek (ZonMw, 2012).

Literatuuronderzoek

Om te beginnen zal er een literatuuronderzoek plaats vinden. Met dit literatuuronderzoek zal achtergrond informatie worden gezocht betreffende de hoofd- en deelvragen. Hierdoor kunnen deze al deels worden beantwoord of worden verduidelijkt. Voor het vergaren van de relevante informatie zal gebruik worden gemaakt van de elektronische databases Google Scholar, Scopus en Pubmed. Er wordt gestreefd naar het gebruiken van relevante en recente informatie. De informatie mag daarom niet ouder zijn dan uit het jaar 2002 (tot heden). De zoektermen die worden gebruikt om de relevante informatie te vinden zijn: kosten-baten verhouding, kosten-baten analyse, beslisfactoren, beslissing maken, beslissen, beslissing nemen, beslisnemer, decision making, decision maker, decision criteria, multi-criteria decision making, multi criteria beslissing maken, gemeente beslissing, rol GGD, gemeente ambtenaar, GGD verantwoordelijk, gemeente verantwoordelijk, kosten-baten verhouding Drummond.

Onderzoekspopulatie

Voordat het onderzoek kan worden uitgevoerd is het van belang om duidelijk te hebben uit welke subjecten de onderzoekspopulatie zal bestaan. Bij de onderzoekspopulatie voor dit onderzoek zal het gaan om gemeenten en GGD`en die wel participeren in een preventie programma tegen overgewicht bij kinderen en, indien mogelijk, om gemeenten die (nog) niet participeren. Er zullen GKGK gemeenten worden benaderd, er zullen JOGG gemeenten worden benaderd en er zullen GGD`en worden benaderd die of aan het GKGK of het JOGG programma meewerken en gemeenten die hebben besloten niet mee te werken. Hierbij zal de aandacht liggen bij de beslisfactoren om wel dan wel niet te participeren in een dergelijk programma.

Om erachter te komen wat de beslisfactoren zijn voor gemeenten om te participeren in een dergelijk preventie programma en deze ook te continueren moeten verschillende gemeente functionarissen en GGD medewerkers benaderd worden voor interviews. Daarnaast moeten deze gemeente functionarissen een functie hebben waarbij ze zelf invloed hebben op of verantwoordelijkheid voor de beslissing om wel of niet mee te doen aan een dergelijk programma. Dit zodat de gemeente

functionaris een goed beeld kan schetsen over de factoren die meespelen bij het maken van een dergelijke beslissing, en hier eventueel eigen ervaringen aan kan koppelen.

Het is van belang om de gemeenten te interviewen omdat deze een grote rol spelen in de opzet van het GKGK en JOGG programma. Hierdoor zullen de preventie programma's eerst door de gemeenten moeten worden goedgekeurd voordat deze ingevoerd kunnen worden. Daarnaast is de rol die de gemeente in het preventie programma aanneemt een belangrijke rol. Vanuit de gemeente zal het programma worden opgestart, het zal worden gecoördineerd en de gemeente zorgt voor een projectleider die de toepassing van het programma in goede banen zal leiden (JOGG, z.d. b).

Respondenten verkrijgen

Om te achterhalen welke gemeente functionarissen vanuit welke gemeenten interessant zijn voor het onderzoek is het van belang om contact te krijgen met zowel participerende als niet participerende gemeenten. Het eerste contact met de respondenten wordt via e-mail gelegd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van verkregen e-mail adressen van de onderzoeksleiders en coordinator van GKGK in Nederland. Daarnaast zullen er een aantal JOGG gemeenten telefonisch benaderd worden. Dit omdat niet alle gewenste e-mail adressen vooraf verkregen kunnen worden. Mocht er geen reactie komen op de mails die zijn verstuurd zullen ook de GKGK gemeenten per telefoon worden benaderd. De GKGK en JOGG gemeenten die al zijn geïnterviewd zullen daarna nog worden benaderd voor eventuele contacten bij de GGD in de desbetreffende gemeente. Als deze contacten geen vruchten werpen zal ook met de GGD'en telefonisch contact worden gezocht.

Meetinstrumenten

Om de gewenste informatie van de gemeente een GGD functionarissen te krijgen moet er een passend meetinstrument worden gevonden of ontwikkeld. De te meten factoren zijn de beslisfactoren van de gemeenten (zie hoofdvraag). Deze factoren worden gemeten met behulp van interviews met de gemeente functionarissen (zoals beschreven bij onderzoekspopulatie). Er wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve manier van onderzoeken wat inhoudt dat het onderzoek een thema of vraagstuk wil verkennen en tegelijk inzichtelijk wil maken. Er zijn onderzoeksvragen opgesteld die zullen worden beschreven en geïnterpreteerd doormiddel van kwalitatieve gegevens. Dit maakt het een kwalitatief onderzoek waarbij is gekozen voor het gebruik van interviews i.p.v. vragenlijsten. Door het gebruik van interviews is de kans kleiner dat bepaalde vragen verkeerd worden geïnterpreteerd door de respondenten. Dit kan worden voorkomen door van te voren uitleg bereid te hebben over bepaalde begrippen maar ook door tijdens het interview begrippen of gehele vragen uit te leggen. Bij een vragenlijst kunnen de respondenten niet of alleen via e-mail om uitleg vragen als dit nodig is.

De interviews zullen bestaan uit voornamelijk open vragen, een veel voorkomende interview vorm bij kwalitatieve onderzoeken (Babbie, 2007). Als er vragen worden gesteld in een interview die schijnbaar meerdere malen worden gesteld maar in andere woorden, verhoogt dit de kans op een betrouwbaar antwoord (Plochg et al, 2007). In het interview zullen een aantal vragen over participatie en continuering van een preventie programma op elkaar lijken. Dit zijn verschillende vragen maar als hier herhaling in antwoord te zien is kan dit duiden op een hogere betrouwbaarheid van het interview.

Voordat de interviews worden afgenomen zal er een interview-opzet worden ontworpen aan de hand van de hoofd- en deelvragen. De semi-geconstrueerde vragenlijst die zal worden gebruikt tijdens de interviews zal zorgen voor een gestructureerder verloop van de interviews (zie bijlage 3 voor volledige interview). Dit houdt in dat er open vragen zullen worden gesteld tijdens het interview, maar daarnaast ook vragen waarbij de respondenten een cijfer van 1 tot 10 (1 is niet erg belangrijk en 10 is erg belangrijk) kunnen geven voor een bepaalde beslissingsfactor. Er is gekozen

voor deze vorm van vragenlijsten omdat de uitkomsten van de vragen nog ongewis is en hierdoor bijvoorbeeld geen meerkeuze vragen kunnen worden gesteld.

De belangrijkste vragen en informatie zullen zo niet vergeten kunnen worden en het verkrijgen van teveel overbodige informatie voor de gemeenten zal hierdoor worden beperkt. Aan het begin van het interview zullen verschillende begrippen verduidelijkt worden waardoor misverstanden of verwarring over deze begrippen niet zullen plaatsvinden tijdens het interview. Dit zijn begrippen zoals: GKGK, JOGG en kosten-baten verhouding.

De verkregen informatie van de gemeenten zal vertrouwelijk behandeld worden, en in de resultaten zullen geen namen van respondenten worden genoemd. Daarnaast zullen de interviews worden opgenomen door middel van de opname functie op een mobiele telefoon. Hierdoor kan het verwerken van de interviews achteraf nauwkeurig worden gedaan. Bij telefonische interviews zullen de interviews tijdens de gesprekken uitgetypt worden. Na het interview zal deze zo snel mogelijk worden uitgewerkt om zoveel mogelijk verkregen informatie te kunnen verwerken.

De meetinstrumenten die zijn gebruikt tijdens dit onderzoek zijn face to face interviews en telefonische interviews. Er zijn een aantal voordelen van het gebruiken van interviews in plaats van surveys (Babbie, 2007). Ten eerste ligt de response rate (het aantal mensen dat wordt benaderd tegenover het aantal mensen dat daadwerkelijk meewerkt aan het interview) vaak hoger bij interviews dan bij surveys. De aanwezigheid van een interviewer gaat vaak gepaard met een minimalisatie van de weet niet of niet van toepassing antwoorden. Mocht de respondent twijfelen of de vraag niet begrijpen kan de interviewer helpen. Tenslotte kan de interviewer de reactie van de respondent op een vraag zien tijdens het interview. Hierbij kan bijvoorbeeld de reactie van de respondent op het onderzoek worden bekeken of het vermogen van de respondent om de taal te begrijpen.

Naast de face to face interviews zijn ook de telefonische interviews belangrijk voor dit onderzoek. Ook deze hebben voordelen tegenover andere interview methoden (Babbie, 2007). Een van deze voordelen is dat een telefonisch interview geld en tijd bespaard voor zowel de interviewer als de respondent. Daarnaast kan een telefonisch interview invloed hebben op sommige respondenten omdat deze een eerlijk antwoord kunnen geven terwijl dit voor sommigen lastiger is als ze iemand daarbij aankijken. Voor anderen is oneerlijk antwoorden juist makkelijker tijdens face to face interviews. Nog een voordeel van een telefonisch interview is dat deze veiliger is dan een face to face interview. Bij een face to face interview bestaat er de mogelijkheid dat de interviewer of de respondent zich onveilig of bedreigd voelt door de ander. Dit is bij een telefonisch interview minder het geval.

Tijdens de interviews zijn er een aantal regels die moeten worden gevolgd voor een succesvol verloop van deze interviews (Babbie, 2007). Bij face to face interviews is het van belang om gepast gekleed te zijn. Een korte broek en een t-shirt kan een verkeerde indruk geven bij de respondent. Een soort gelijke stijl van kleden als de respondent zal een goede keuze zijn. Daarnaast is het van belang dat de interviewer de vragenlijst goed kent. Aangezien deze vragenlijst zelf ontworpen is zal dit geen probleem vormen voor dit onderzoek.

De manier waarop de vragen worden gesteld kan invloed hebben op het antwoord. Aan te raden is de vragen zo nauwkeurig mogelijk op te lezen van het voorbereide interview omdat een kleine verandering in woordkeuze al snel heel andere antwoorden kan veroorzaken. Ook de manier van verwerken van de interviews kan invloed hebben op de resultaten. Bij open vragen is het van belang om zo nauwkeurig mogelijk de gegeven antwoorden uit te werken. Bij de face to face interviews betekent dit dat deze kunnen worden opgenomen op mobiel en bij de telefonische interviews zullen deze tijdens het gesprek uitgetypt worden.

Betrouwbaarheid en validiteit

Een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid en validiteit is belangrijk voor de geldigheid van het onderzoek. De betrouwbaarheid van een onderzoek geeft aan in hoeverre de uitkomst van een onderzoek per toeval is ontstaan. Dit geeft dus weer wat de overeenkomst is in uitkomsten van het onderzoek bij herhaling van het onderzoek onder dezelfde omstandigheden (Bouten, van Dongen en Zielhuis, 2005). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen is het van belang zo veel mogelijk interviews te houden.

Er zijn een aantal factoren die de mate van betrouwbaarheid van een onderzoek bepalen (Bouten et al, 2005). Voorbeelden hiervan zijn de steekproef omvang, de spreiding en de meetfout van een onderzoek. In het uit te voeren onderzoek zullen zoveel mogelijk gemeenten en GGD'en benaderd worden om de steekproef te vergroten en daarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek te versterken. De spreiding of heterogeniteit van het onderzoek is minder makkelijk te realiseren. Alle GKGK gemeenten in Nederland zullen worden benaderd voor het onderzoek. Als alle GKGK gemeenten ook daadwerkelijk meewerken zorgt dit voor heterogeniteit binnen deze groep. Daarnaast zullen niet alleen GKGK gemeenten maar ook JOGG gemeenten benaderd worden en een aantal GGD'en. Hierdoor wordt de heterogeniteit van de groep verhoogd. Om meetfouten te voorkomen is het van belang om toevaligheden in antwoorden te voorkomen.

De validiteit van een onderzoek kent twee vormen namelijk de interne en externe validiteit (Bouten et al, 2005). De interne validiteit geeft weer of daadwerkelijk dat gemeten is wat men wil onderzoeken tijdens de interviews. Om de interne validiteit te verhogen is er een vragenlijst gemaakt aan de hand van de hoofd en deelvragen die eerder in het verslag zijn genoemd. Daarnaast zullen een deel van de interviews worden opgenomen via de opname functie van een mobiele telefoon waardoor interpretatiefouten eventueel kunnen worden verminderd.

De externe validiteit heeft betrekking op de mate waarin de uitkomst een juist beeld van de werkelijkheid weergeeft (Bouten et al, 2005). Bij een hoge externe validiteit van een onderzoek kan ervan uit worden gegaan dat de geschetste situatie een goed beeld van de werkelijkheid weergeeft waarbij deze generaliseerbaar is op een grotere groep. Om de externe validiteit te vergroten zullen er zoveel mogelijk respondenten worden benaderd voor interviews. Er zijn zes Nederlandse GKGK gemeenten die zullen worden benaderd. Daarnaast worden ook zoveel mogelijk JOGG gemeenten en GGD'en benaderd voor interviews. .

Analyse methode

Het verwerken van de interviews speelt een grote rol want de manier waarop de interviews worden verwerkt kan invloed hebben op de uitkomsten van het onderzoek. Tijdens de interviews zullen er aantekeningen worden gemaakt van de verkregen antwoorden, en ze zullen worden opgenomen via de opname functie van een mobiele telefoon. Tijdens de telefonische interviews zullen zo nauwkeurig mogelijke aantekeningen worden gemaakt aangezien opname niet mogelijk is. Zo snel mogelijk na het interview zullen deze antwoorden verder worden uitgewerkt. Hierdoor zal de verkregen informatie nog goed in het geheugen zitten, wat voornamelijk van belang is tijdens de telefonische interviews waarvan geen opname bestaat. De vragenlijst voor het interview bestaat uit twee delen. Het eerste gedeelte behandelt deelvraag 1 en 2 en het tweede gedeelte (vanaf vraag 15) behandelt deelvraag 3, de kosten-baten verhouding van het preventie programma.

Om de verkregen data te analyseren zal een stappenplan worden gevolgd van zes relevante stappen (Plochg et al, 2007). In stap 1 zal de data klaar worden gemaakt en geordend voor verdere analyse. Dit houdt in dat de interviews zullen worden verwerkt en uitgetypt. Bij stap 2 zal er een globaal-overzicht worden verkregen van de data. De uitgewerkte interviews zullen eerst globaal worden bekeken om opvallende afwijkingen duidelijk in beeld te kunnen krijgen. Vervolgens zal bij stap 3 de

gedetailleerde analyse plaatsvinden. In deze fase zal de data georganiseerd worden waarbij bijvoorbeeld tabellen kunnen worden gemaakt om een overzicht van de antwoorden te maken. Bij stap 4 gaat het om uitdieping van de gedetailleerde analyse. Bij deze stap zullen vragen aan bod komen als bijvoorbeeld: wat betekent dit? Waar gaat het over? Enzovoort. Bij stap 5 wordt er gezocht naar een passende vorm voor een betekenisvolle weergave van de resultaten. Voor een overzichtelijke weergave van de bevindingen zullen deze in volgorde van de deelvragen worden afgehandeld. Tenslotte zal in de laatste stap (stap 6) worden gestreefd naar een interpretatie van de analyse als geheel. In deze stap wordt antwoord gezocht op de vraag: ``welke lessen kunnen worden getrokken uit de studie en wat betekenen deze`` (Plochg et al, 2007)?

Bij de analyse van de resultaten van de interviews zullen antwoorden naast elkaar worden gelegd en vergeleken. Hierbij wordt er gekeken naar de overeenkomsten en de verschillen in de gegeven antwoorden per gemeente. Op basis van deze vergelijking zal gepoogd worden een algemeen beeld te schetsen van beslisfactoren die gemeenten hebben om wel dan wel niet te participeren of te continueren aan preventie programma's tegen overgewicht bij kinderen. Deze manier van analyseren heet een variable-oriented analysis (Babbie, 2007). Bij deze manier van analyseren wordt naar patronen in de verkregen data gezocht (de interviews). De patronen worden gezocht in de variabelen die een bepaalde uitkomst kunnen beïnvloeden. Een voorbeeld van zo een variabele is: tijd in jaren waarin de gemeente samenwerkt met een preventie programma of andere preventie programma's tegen overgewicht waarin een gemeente participeert.

Er zijn een aantal verschillende manieren om patronen te vinden in de interview data (Babbie, 2007). Ten eerste kan er gekeken worden naar de frequentie van het antwoord. Bijvoorbeeld de frequentie waarin dezelfde antwoorden worden verkregen voor een vraag. Tijdens het verwerken van de interviews zal er gelet worden op de frequentie van antwoorden en zullen er ook vergelijkingen worden gemaakt tussen de verschillende respondenten groepen. In het uit te voeren onderzoek zal naar een belangrijkheidsgraad van verschillende factoren worden gevraagd. Ook de aanleiding voor het starten met het preventie programma en de ervaring met de preventie programma's zullen nader worden onderzocht. Dit gebeurt door bijvoorbeeld te vragen hoe het contact tussen de gemeente en het preventie programma is ontstaan wat de ervaring met het preventie programma tot nu toe is.

Naast deze analyse zal er aandacht worden besteed aan de kosten-baten verhouding. Hierbij zullen tijdens de interviews kosten worden afgewogen tegen verschillende baten. De kosten van de preventie programma's bedragen 10.000 euro en zijn gelijk aan elkaar (alleen voor kleine JOGG gemeenten zijn deze 5.000 euro). Deze kosten worden niet altijd alleen door de gemeenten zelf betaald maar worden in sommige gevallen gesubsidieerd of gesponsord. Doormiddel van een willingness-to-pay analyse zal de kosten-baten verhouding verduidelijkt worden. Daarnaast zal tijdens het interview de vraag worden gesteld of de gemeenten en GGD'en de kosten-baten verhouding acceptabel vinden.

Ook is het belangrijk om naar relevante achtergrondvariabelen te zoeken, dus niet alleen de beslisfactoren bekijken maar ook de reden waarom deze beslisfactoren belangrijk zijn. Tot slot kan er nog gekeken worden naar de consequenties die het preventie programma en de gemaakte beslissingen met zich meebrengen.

Resultaten

Voor dit onderzoek zijn in totaal 11 interviews gehouden. Er zijn zes GKGK gemeenten benaderd waarvan ook zes gemeenten hebben meegewerkt. Daarnaast zijn er zes GGD'en benaderd en 12 JOGG gemeenten. Uiteindelijk hebben twee GGD'en meegewerkt aan het onderzoek en drie JOGG gemeenten. Het is niet gelukt een gemeente te interviewen die de keuze had om aan een van de preventie programma's mee te doen, maar de beslissing heeft genomen dit niet te doen.

Bij een groot gedeelte van de groep zijn er telefonische interviews gehouden, maar bij drie van de GKGK gemeenten zijn er face to face interviews gehouden. De reden voor het grote aantal telefonische interviews is dat een telefonisch interview vaak makkelijker in te plannen is voor de gemeenten en GGD'en. De mensen die mee hebben gewerkt aan de interviews hadden de volgende functies:

Functies:	Aantal personen van gemeenten:	Aantal personen van GGD'en:
Sportconsulent	4	
Coördinator/ Manager	3	
Medewerker sportontwikkeling	1	
Beleidsmedewerker Volksgezondheid	1	
Medewerker/adviseur zorgbeleid en gezondheidsbevordering		2
Totaal aantal personen	9	2

De gemeenten en GGD'en die hebben meegewerkt aan het onderzoek hebben aangegeven te zijn begonnen tussen 2008 en 2012 met het preventieprogramma GKGK of JOGG. Dit kan soms in combinatie zijn geweest met andere programma's/interventies gericht op overgewicht en obesitas.

Voorbeelden hiervan zijn het leefstijlblok, bewegen op recept (gericht op volwassenen), Cool2B-Fit, de Gezonde School methode en de Gezonde Slagkracht. Hierbij valt het op dat twee van de drie geïnterviewden JOGG gemeenten ook meedoen aan het Gezonde Slagkracht programma. Daarnaast valt het op dat veel gemeenten en GGD'en al voordat de GKGK en JOGG programma's begonnen een van de hiervoor genoemde alternatieven uitvoerden of op een andere manier al bezig waren met preventief beleid tegen overgewicht en obesitas.

Acht van deze gemeenten gaven aan dat de GKGK en JOGG programma's goed aansloten op de al bestaande methoden in de gemeenten of dat de programma's een uitgebreidere vorm waren van de al bestaande methoden. Hierdoor hadden veel van de programma's overlap met elkaar, waardoor het makkelijk was deze in combinatie met elkaar te gebruiken. Door goede afstemming zijn de verschillende programma's goed te combineren in deze gemeenten waardoor ze elkaar aanvullen.

Één van de geïnterviewden gemeenten heeft aangegeven dat in deze gemeente zowel het GKGK als het JOGG programma worden uitgevoerd. Uiteindelijk is het de bedoeling van de gemeente dat de GKGK wordt ingepast bij de JOGG om deze twee programma's goed aan elkaar aan te laten sluiten.

Om de al eerder in dit verslag genoemde hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden zullen hieronder de resultaten per vraag worden behandeld. Voor de eerste en tweede deelvraag is gebruik gemaakt van een lijst met voorbeelden voor beslisfactoren. De respondenten is eerst gevraagd zelf beslisfactoren te noemen, maar daarna hebben alle respondenten de voorbeelden lijst voorgelegd

gekregen. De voorbeeldlijst is ontstaan uit de vooraf bij elkaar gezochte informatie over de preventie programma's. Deze lijst ziet er als volgt uit:

- Veel overgewicht in de gemeente
- Veel overgewicht bij kinderen in de gemeente
- De samenwerking met scholen
- Toegankelijkheid van het programma voor kinderen
- Lage kosten voor het programma

Beslisfactoren voor participatie

De eerste deelvraag behandelt de beslisfactoren voor participatie. Hoofdvraag:

1. Wat zijn beslisfactoren voor gemeenten om wel of niet te participeren in jeugd obesitas preventie programma's ?

De gemeenten en GGD'en zullen anoniem blijven. Hierdoor zullen geen namen van geïnterviewden of plaatsnamen van de gemeenten en GGD'en worden genoemd. In plaats daarvan zijn de gemeenten en GGD'en genummerd.

Een overzicht van de beslisfactoren zoals genoemd door de respondenten is in tabel 1 te zien. De gemeenten en GGD'en is gevraagd om een cijfer te geven aan de verschillende factoren van belangrijkheid op een schaal van 1 tot 10. De eerste 5 beslisfactoren uit tabel 1 zijn de beslisfactoren die het vaakst zijn genoemd. Deze factoren zijn:

- veel overgewicht bij kinderen in de gemeente,
- de brede aanpak van de programma's door middel van leefstijlverandering,
- de samenwerking met scholen en andere instanties (integrale aanpak),
- de kinderen in de gemeente meer laten bewegen door middel van de preventie programma's en
- de bewezen effectiviteit van het programma en de positieve ervaring van anderen hiermee.

Dit laatste is alleen op het JOGG programma van toepassing omdat deze in de vorm van de EPODE aanpak in andere landen bezig is. Het GKGK programma is nog niet zo lang bezig waardoor de effecten van dit programma op langere termijn nog onderzocht dienen te worden.

Twee van deze beslisfactoren (veel overgewicht bij kinderen in de gemeente en samenwerking met scholen/andere instanties) stonden op een voorbeeldenlijst van beslisfactoren die alle geïnterviewden hebben kunnen lezen.

Tabel 1: Beslisfactoren voor participatie

Beslisfactoren:	Aantal gemeenten/GGD'en	Mediaan van score	Range van score (min – max)
Veel overgewicht bij kinderen in gemeente	10	8	6 (4 – 10)
Brede aanpak, leefstijl verandering	3	10	1 (9 – 10)
Samenwerking met scholen/ andere instanties	3	8	5 (5 – 10)
Kinderen meer laten bewegen	2	9	2 (8 – 10)
Bewezen effectiviteit van het programma, positieve ervaringen anderen	2	8	2 (7 – 9)
Lage kosten programma	1	7	
Samenwerking NL/DE	1	8	
Toegankelijkheid voor kinderen	1	7	
Particulier initiatief	1	7	
Huisartsen waarschuwing	1	10	
Ondersteuning voltallige college	1	9	
Epode burgemeester vaak herkozen	1	6	
Scheve verdeling overgewicht	1	8	
Eerste NL JOGG gemeente	1	6	
Zichtbare meerwaarde	1	7	
Toegankelijkheid voor scholen	1	7	
Opdracht door gemeente	1	8	
Potentie programma	1	8	
Landelijk programma	1	8	
Toepasbaarheid op andere gemeenten	1	8	

In bovenstaande tabel is te zien dat de factor het percentage overgewicht bij kinderen in de gemeenten door 10 van de 11 geïnterviewden is genoemd als beslissingsfactor. Dit wil zeggen dat veel van de gemeenten en GGD'en hebben aangegeven dat dit een probleem vormt in de gemeente en dat het probleem zodanig is dat dit een goede motivator is om aan een preventie programma voor kinderen met overgewicht mee te doen. Één van de JOGG gemeenten heeft aangegeven dat dit geen factor is geweest bij de beslissing om te participeren in het programma omdat dit een algemeen bekend probleem is in heel Nederland en deze gemeente niet boven het gemiddelde niveau ligt in Nederland. Deze gemeente heeft een ander probleem met het overgewicht: 'er is een scheve verdeling van overgewicht in de gemeente. Met name in twee aandachtswijken ligt het hoger dan gemiddeld in Nederland'. Desondanks blijkt toch dat dit de belangrijkste factor voor participatie is geweest bij de respondenten. Zelfs die ene gemeente die deze factor niet heeft genoemd als beslisfactor erkend dat het een nationaal probleem is waar men in Nederland mee kampt.

Tevens valt op dat één GGD heeft aangegeven dat het percentage overgewicht een belangrijkheidscijfer van 4 krijgt in tegenstelling tot anderen gemeenten en GGD'en die deze factor een hogere score hebben gegeven. Ook deze GGD gaf aan dat het probleem van overgewicht al bekend was en dit niet een leidende factor was die meespeelde bij de beslissing om te participeren in het preventie programma. Verder zijn er geen opvallend afwijkende cijfers gevonden bij deze factor.

De factor die daarnaast vaak genoemd is tijdens de interviews is de brede aanpak van het preventie programma waarbij de concentratie niet alleen ligt op het afvallen of meer sporten maar op een leefstijlverandering voor de kinderen. Dit houdt in dat er niet alleen meer sportmogelijkheden zijn voor de kinderen maar dat er ook voedingslessen worden gegeven waarbij kinderen bijvoorbeeld een eigen moestuin aanleggen om met de daar zelf gekweekte groenten gezonde gerechten te koken. Bij deze factor valt het op dat alleen GKGK gemeenten de factor hebben genoemd. Daarbij valt ook op dat de gemeenten die deze factor genoemd hebben een erg hoog belangrijkheidscijfer hebben gegeven.

De samenwerking met scholen en andere instanties is voor een aantal gemeenten ook een beslisfactor geweest om te participeren in een van de preventie programma's. Er zijn een aantal JOGG gemeenten geweest die de samenwerking met scholen niet als factor zagen omdat deze er al was door andere preventie programma's of interventies die de gemeente zelf al had uitgevoerd. Daarnaast zijn er twee GKGK gemeenten geweest die de factor kinderen meer laten bewegen doormiddel van deze programma's hebben genoemd. Beiden gaven aan dat het altijd belangrijk is om kinderen meer te laten bewegen en dat de preventie programma's een goede manier zijn om dit om te zetten in de gemeente. En er zijn twee JOGG gemeenten geweest die de bewezen effectiviteit van het preventie programma als beslisfactor hebben genoemd. Hiermee wordt de bewezen effectiviteit van de EPODE aanpak in het buitenland bedoeld. Omdat het preventie programma al geruime tijd word uitgevoerd in het buitenland zijn er al positieve resultaten te zien. Het GKGK programma is nog niet zo lang bezig waardoor de effecten op langere termijn nog onduidelijk zijn. De rest van de factoren zijn allemaal maar één keer genoemd door één gemeente of één GGD.

Bij het kijken naar de hoogst behaalde score is te zien dat één factor de score 10 heeft behaald. Dit is bij een gemeente geweest waar een allamerend percentage kinderen met diabetes type twee is opgevallen bij de huisartsen. Tijdens het interview: ` de huisartsen gaven ook aan: wij vermoeden dat er in de gemeente drie keer zoveel diabetes type twee is dan in andere gemeenten`. Door dit allamerende bericht heeft deze gemeente besloten te participeren aan een preventie programma voor kinderen.

De brede aanpak van het programma door middel van een leefstijl verandering scoort ook een erg hoge mediaan, namelijk een 10 met een kleine range. Vier gemeenten hebben dit als belangrijke factor genoemd tijdens de interviews waarbij ook drie van deze gemeenten deze factor de hoogste scores hebben gegeven. Hierbij spelen de veranderingen op school door bijvoorbeeld lessen over gezonde voeding die voor een bewustzijn van een gezond eetpatroon bij de kinderen zorgen een grote rol.

Naast de hiervoor genoemde hoog scorende beslisfactoren zijn er nog twee factoren waarbij de mediaan een 9 scoort. Dit zijn de beslisfactoren dat kinderen meer bewegen door de preventie programma's en dat het voltallige college achter het programma staat en deze dus goedkeurd. De eerst genoemde factor is door twee gemeenten genoemd en de tweede factor is door één van de gemeenten genoemd.

De beslisfactor veel overgewicht bij kinderen in de gemeente heeft de grootste range van de genoemde factoren. Dit komt omdat een aantal gemeenten deze factor een score van 10 gaven en één andere gemeente gaf deze factor een score van 4. Uiteindelijk heeft deze factor een relatief hoge mediaan belangrijkheids score kunnen behalen van 8.

Beslisfactoren voor continuering

Omdat beginnen met een preventie programma en dit ook daadwerkelijk structureel inbedden twee verschillende dingen zijn, is er tijdens de interviews ook aandacht besteed aan de beslisfactoren die mee hebben gespeeld om te continueren op langere termijn. Tweede deelvraag:

2. Wat zijn beslisfactoren voor gemeenten om jeugd obesitas preventie programma's te continueren op langere termijn?

De beslisfactoren voor continuering zijn ondergebracht in tabel 2. De drie redenen die het hoogst scoren zijn: commitment van een bepaald aantal jaren tegenover het preventie programma, de positieve resultaten die tot nu toe zijn gebleken in de gemeenten en de beschikbare gelden die er op dit moment nog zijn voor het preventie programma. Met een commitment tegenover het programma wordt bedoeld dat het programma een bepaalde looptijd heeft. Gemeenten en GGD'en stemmen voor implementatie van het preventie programma in met een bepaalde looptijd waarin het programma in de relevante gemeente zal worden uitgevoerd.

Tabel 2: Beslisfactoren voor continuering

Beslisfactoren:	Aantal gemeenten/GGD'en	Mediaan van score	Range van score (min – max)
Commitment van bepaald aantal jaren	5	10	1 (9 – 10)
Positieve resultaten tot nu toe	4	7,5	3 (7 – 10)
Er is geld beschikbaar voor het programma	2	8	
Het integrale karakter van het programma	1		
Kinderen bewegen meer	1		
Kinderen hebben plezier in beweging	1		
Kinderen leren over gezonde voeding	1		
Probleemherkenning	1		
Al bestaande netwerk	1		
Goede vormgeving programma	1		

Bij de GKGK gemeenten geeft maar één gemeente aan dat de commitment tegenover het preventie programma een rol speelt bij de beslissing tot continuering. Dit is in verhouding relatief laag tegenover de JOGG gemeenten en de GGD'en. Toch is deze factor de meest genoemde beslisfactor voor continuering en behaalt deze ook de op één na hoogste gemiddelde belangrijkheidsscore (een score van 9,8). De andere GKGK gemeenten geven andere factoren aan zoals de positieve resultaten die tot nu toe zijn behaald met het programma en de gelden die beschikbaar zijn gemaakt voor het programma. Ook deze factoren staan onder de meest genoemde factoren in tabel 3. Beiden hebben een 8 als gemiddelde score. Wel heeft de factor positieve resultaten tot nu toe, de hoogste range van de tabel. Dit omdat deze beslisfactor zowel een belangrijkheidsscore van 10 als een score van 7 heeft gehad. Desondanks is deze range niet erg groot.

GKGK gemeente 3 ziet het integrale karakter van het preventie programma waarbij de gehele levensjij wordt aangepakt als een belangrijke factor. GKGK gemeente 4 vindt het belangrijker om te zien dat de kinderen meer beweging krijgen, hier ook veel plezier in hebben en leren over gezond eten en koken. Ook GKGK gemeente 5 lijkt andere prioriteiten te hebben dan de anderen gemeenten. Deze gemeente geeft aan dat één van de belangrijkste factoren voor continuering van het programma de probleemherkenning is. Het probleem dat veel kinderen overgewicht of obesitas hebben is langzaam

herkend in deze gemeente waardoor er nu gepaste maatregelen worden genomen. Daarnaast is het nu bestaande netwerk tussen verschillende actoren die zich met deze problematiek bezig houden ook een goede motivator voor deze gemeenten om door te gaan met het preventie programma.

Bij de JOGG gemeenten valt op dat alle 3 de gemeenten aangeven dat de commitment tegenover het preventie programma de belangrijkste reden is voor continuering. JOGG gemeente 3 ziet tevens de positieve resultaten die tot nu toe zijn behaald als meespelende factor.

Ook één van de GGD'en ziet de commitment tegenover het preventie programma als belangrijkste factor voor continuering tot nu toe. Daarnaast komt de goede vormgeving van het preventie programma door de GGD zelf. GGD 1 geeft aan dat de beschikbare gelden de leidende factor zijn voor continuering.

Hoewel veel van de gemeenten en GGD'en aangeven dat de commitment tegenover het preventie programma en de op dit moment beschikbare gelden de belangrijkste reden zijn voor continuering zijn de verwachtingen ten aanzien van deze factoren gemengd. De meeste gemeenten en GGD'en geven aan goede ervaringen te hebben met de preventie programma's maar zijn lang niet allen ervan overtuigd dat het preventie programma zal worden doorgezet als de commitment er niet meer is of als de gemeente beslist op het programma te bezuinigen. Dit zou betekenen dat de gevormde netwerkstructuren zelfstandig door moeten gaan met het uitvoeren van interventies.

Veel GKGK gemeenten verwachten continuering van het project ook nadat deze officieel gestopt is. Velen denken dat dit een andere vorm zal aannemen dan er nu bestaat voor het programma. Veel zal uit eigen initiatief moeten ontstaan en zonder de begeleiding van zorgprofessionals die er nu wel nog is. Een aantal gemeenten zegt te denken dat er wel een financiële impuls moet blijven bestaan voor scholen om door te gaan met het programma omdat ze de kosten zelf niet kunnen dragen. Één van de gemeenten geeft aan: 'Continuering van het programma is erg belangrijk. Zolang de gemeente geld kan geven zullen de scholen hierin waarschijnlijk ook kunnen continueren'. Dit wijst erop hoe sceptisch sommige gemeenten zijn tegenover de continuering. Zolang er geld is kan het project worden voortgezet maar zonder geld is het lastig te zeggen wat er gaat gebeuren. Één gemeente verwacht wel dat de kinderen ook na het programma meer zullen bewegen, en een andere gemeente verwacht dat er een gezondere leefstijl zal ontstaan voor deze kinderen.

Ook bij de JOGG gemeenten verwacht men dat er een gezondere leefstijl zal ontstaan voor de kinderen die meedoen aan het preventie programma. De kinderen weten na het programma hoe ze gezonder kunnen eten en dat meer bewegen goed en leuk is. Twee van de JOGG gemeenten verwachten na de looptijd van het programma een daling te zien in het percentage overgewicht bij kinderen. Een van de JOGG gemeenten verwacht dat het JOGG programma zal blijven bestaan na de looptijd maar dat deze dan zonder projectmanager zal functioneren.

Bij GGD 1 wordt verwacht dat de kinderen meer zullen bewegen en fysiek fitter zijn dan voorheen. Hierdoor zullen de kinderen ook beter in hun vel zitten. Daarnaast zal de samenwerking in het gevormde netwerk blijven bestaan. GGD 2 verwacht dat de GGD de partij zal zijn die met het programma door zal gaan ook nadat de officiële looptijd is verstreken. Uiteindelijk zal het resultaat van het programma zijn dat het percentage overgewicht bij kinderen omlaag gaat.

De belangrijkste factor die meespeelt bij de beslissing tot continuering is de commitment tegenover het preventie programma. Dit is vooral bij de JOGG gemeenten zo. Daarnaast zijn er financiële aspecten verbonden aan deze beslissing. Zodra er een budget is voor het preventie programma kan dit ook worden uitgevoerd. Een andere belangrijke factor is de positieve tussenresultaten die de gemeenten hebben behaald tot nu toe. Hoewel de ervaring met het programma erg positief is zijn er bij velen twijfels over de toekomst van het preventie programma waar deze gemeenten aan deel

nemen. Vijf van de gemeenten en GGD'en verwachten dat het zal blijven bestaan en vier anderen denken dat het zal stoppen.

Kosten-baten verhouding van het preventie programma

Naast de beslisfactoren om te participeren en te continueren zijn er ook vragen beantwoord over de kosten-baten verhouding van de preventie programma's. Derde deelvraag:

3. Wat zijn de verwachtingen van gemeenten ten aanzien van de kosten-baten verhouding van dergelijke programma's?

Om de kosten-baten verhouding goed in beeld te kunnen krijgen is het van belang om eerst de kosten van de preventie programma's in beeld te krijgen. Uit de interviews blijkt dat zowel het preventie programma GKGK als het preventie programma JOGG 10.000 euro per jaar kosten (JOGG kost 5.000 euro voor gemeenten met minder dan 50.000 inwoners). Dit zijn de kosten die de gemeenten dragen voor het programma. In sommige gemeenten kunnen deze kosten deels door subsidies of door sponsors worden opgevangen. Daarnaast zijn vaak ook nog kleine kosten die scholen betalen voor bepaalde interventies van de preventie programma's. Deze kosten worden niet vanuit de gemeente betaald en zijn niet meegenomen in deze kosten-baten verhouding. De baten die de gemeenten en GGD'en opnoemen verschillen soms erg van elkaar.

Als eerst kan er gekeken worden naar de willingness-to-pay (Drummond et al, 2005). Bij de willingness-to-pay methode zijn er 3 categorieën van baten die kunnen ontstaan door een gezondheidsprogramma:

1. Immateriële baten, dat is de waarde van de vooruitgang van de gezondheid per individu
2. Toekomstige zorgkosten die worden vermeden en
3. Toegenomen productiviteit output als gevolg van een toegenomen gezondheidstoestand.

Tijdens de interviews zijn alle bovenstaande factoren genoemd als baten van de preventie programma's. Voorbeelden hiervan zijn:

1. Het dalende overgewicht in de gemeente als baten van het preventie programma
2. Zorgkosten ten gevolge van overgewicht die in de toekomst kunnen worden vermeden door het preventie programma en
3. Minder werkloosheid ten gevolge van overgewicht te danken aan het preventie programma.

Er zijn tevens drie verschillende typen baten waarvoor de WTP kan worden bepaald (Drummond et al, 2005). Namelijk de WTP voor een zekere gezondheidssuitkomst de WTP voor een onzekere gezondheidssuitkomst en de WTP voor toegang tot een programma waarvan de toekomst en de resultaten ongewis zijn. In dit onderzoek zal gepoogd worden de toegang van een programma te waarderen. Dit omdat voor alle gemeenten en GGD'en de toekomst van het programma niet duidelijk is en omdat de daadwerkelijke resultaten (in percentage overgewicht in de gemeente) ook pas aan het einde van de preventie programma's zal worden berekend. Ongeveer de helft van alle meewerkende gemeenten en GGD'en geven echter aan dat een stagnering of daling van het percentage overgewicht in de gemeente niet de belangrijkste baten zijn. Hierbij valt op dat twee van de zes GKGK gemeenten het dalende overgewicht als een belangrijk baten van het programma noemt. Één van de drie JOGG gemeenten noemt deze factor en allebei de GGD'en noemen dit als een belangrijke baten.

Bij het bepalen van de WTP voor de toegang tot een programma, wordt er gezocht naar het bedrag dat de gemeenten en GGD'en bereid zijn om te betalen voor de baten die zij verwachten te krijgen door het toegankelijk maken van de preventie programma's. De kosten voor beiden preventie programma's zijn gelijk namelijk 10.000 euro per jaar (voor kleine JOGG gemeenten 5.000 euro maar daar is in dit onderzoek geen sprake van geweest). De gepercipieerde baten verschillen wel per gemeente omdat deze gemeenten verschillende aspecten van het preventie programma als belangrijke baten zien. Een overzicht van de genoemde baten:

Tabel 3: Baten overzicht

Baten:	Aantal gemeenten/GGD'en
Minder overgewicht in de gemeente	5
Het netwerk dat is ontstaan	4
Minder zorgkosten ten gevolge van overgewicht	2
Minder werkloosheid ten gevolge van overgewicht	2
Betere leefomgeving ontstaan voor de kinderen	2
Kinderen hebben een betere fysieke gezondheid	2
Betere leefstijl voor kinderen	1
Gezonde kinderen hebben een hogere levensverwachting	1
De fitgesprekken	1
Inkomsten vanuit particulieren voor het preventie programma	1
Door vrijwilligerswerk veel menskracht	1
Kinderen zitten lekker in hun vel	1

In het overzicht komen de meest genoemde baten duidelijk naar voren, hoewel deze per respondenten groep kan verschillen. In bijlage 5 is een overzicht te zien van baten die per respondent zijn genoemd. Bij de GKGK gemeenten is verdeeldheid te zien. Twee van de GKGK gemeenten noemen minder overgewicht in de gemeente als een van de belangrijkste baten van de programma's en twee andere gemeenten noemen minder werkloosheid ten gevolge van overgewicht in de toekomst als één van de belangrijkste baten. Dit is in verhouding te vergelijken met de JOGG gemeenten waarvan één minder overgewicht in de gemeenten en een andere JOGG gemeente minder werkloosheid ten gevolge van overgewicht als baten noemen. De GGD'en lijken hier het meest van af te wijken. Beide GGD'en zeggen dat minder overgewicht en het netwerk dat tijdens het project ontstaat belangrijke baten zijn. Van de GKGK gemeenten en de JOGG gemeenten geven per groep maar één respondent aan het netwerk dat ontstaat als een belangrijke baat te zien. Naast deze meest genoemde baten zijn er nog andere baten genoemd zoals: een betere leefstijl voor de kinderen, een betere leefomgeving, kinderen bewegen meer en de vrijwilligers die meehelpen met het uitvoeren van interventies voor het preventie programma.

Ondanks de gelijke kosten van de preventie programma's van 10.000 euro per jaar kunnen de uitgaven van de gemeenten aan de preventie programma's verschillen. Dit komt doordat verschillende gemeenten subsidies krijgen voor het preventie programma. Dit zijn drie GKGK gemeenten en één JOGG gemeente. JOGG gemeente 1 geeft aan een bijdrage voor het project te ontvangen vanuit een particuliere organisatie. Hierdoor zullen dus niet alle gemeenten daadwerkelijk zelf de 10.000 euro moeten betalen. Hoeveel deze gemeenten wel moeten betalen is lastig in te schatten omdat de subsidie bijdrage en bijdragen van particulieren niet duidelijk zijn. Daarnaast zijn er een aantal gemeenten die in meer preventie programma's participeren of meerdere interventies buiten het GKGK of JOGG programma organiseren waardoor er maar een gedeelte van de subsidie daadwerkelijk aan deze preventie programma's wordt uitgegeven.

Op de vraag of de kosten-baten verhouding van het programma acceptabel word gevonden hebben alle gemeenten en GGD`en met JA geantwoord. GKGK gemeente 3 heeft wel toegelicht de kosten-baten verhouding op korte termijn niet acceptabel te vinden maar op lange termijn wel. Daarnaast heeft GGD 2 aangegeven geen goed zicht op de kosten te hebben en hierdoor geen oordeel te kunnen vellen over de kosten-baten verhouding.

Discussie

Het doel van het onderzoek was te achterhalen wat de beslisfactoren zijn voor gemeenten om in de preventie programma's GKGK en JOGG te participeren en te continueren. Daarnaast is er nog gekeken naar de kosten-baten verhouding van de preventie programma's.

Beslisfactoren voor participatie

Uit de resultaten van de interviews blijkt dat veel overgewicht bij kinderen in de gemeente een van de belangrijkste beslisfactoren is om te participeren in een preventie programma voor overgewicht bij kinderen. Dit is een van de meest genoemde factoren en deze factor heeft een relatief hoge score. Daarnaast is de samenwerking met scholen of andere instanties ook een erg belangrijke factor voor een aantal gemeenten. De reden dat deze twee factoren vaak zijn genoemd kan als oorzaak hebben dat deze in de interview bijlage worden genoemd. Alle respondenten hebben deze kunnen lezen of door de telefoon kunnen horen. De mogelijkheid bestaat dat dit een oorzaak is voor de hoge score.

Aan de andere kant zijn er drie andere factoren die vaak zijn genoemd tijdens de interviews maar die niet op de interviewbijlage zijn genoemd. Dit zijn de factoren: brede aanpak van het programma waardoor leefstijl verandering plaatsvindt, kinderen meer laten bewegen en de bewezen effectiviteit van het programma en positieve ervaringen van anderen (voor het JOGG programma). Dat deze factoren ook vaker zijn genoemd kan erop wijzen dat de interviewbijlage geen grote invloed heeft gehad op welke factoren wel of niet hoog scoren. Daarnaast is overgewicht bij kinderen in heel Nederland een probleem waardoor dit als een voor de hand liggende factor kan gelden.

De factor met de hoogste score is de waarschuwing van de huisartsen over het alarmerende percentage diabetes type twee in de gemeente. Deze factor heeft een belangrijkheidsscore van 10 gekregen. Omdat deze factor maar door één van de respondenten genoemd is en deze specifiek voor de gemeente geldt is deze factor waarschijnlijk niet of minder relevant voor andere gemeenten. De factor brede aanpak van het programma en de leefstijl verandering scoort ook erg hoog (mediaan 10). Deze factor is door drie van de 11 geïnterviewden genoemd en heeft daardoor een iets hogere validiteit dan de waarschuwing van de huisartsen.

De factor: veel overgewicht bij kinderen in de gemeente is dit een redelijk constante factor omdat 10 van de 11 gemeenten deze factor hebben genoemd. De factor heeft echter niet altijd de hoogste belangrijkheidsscore gekregen met een mediaan van 8 en een range van 4 tot 10.

Beslisfactoren voor continuering

Bij de beslisfactoren voor continuering bestaat er over het algemeen goede overeenstemming. Vijf van de JOGG gemeenten en GGD'en geven aan dat de commitment tegenover het programma een van de belangrijkste redenen is voor continuering van het programma tot nu toe. Dit is dan ook de meest genoemde beslisfactor voor continuering en daarbij ook de factor (naast nog een andere factor) met de hoogste mediaan van 10.

Daarnaast zijn de positieve resultaten die tot nu toe zijn behaald en de gelden die beschikbaar zijn gesteld voor het preventie programma veel genoemde factoren in de beslissing tot continuering. Ook hebben deze factoren beide een relatief hoge belangrijkheidsscore gekregen (8). Het integrale karakter van het programma heeft de hoogste belangrijkheidsscore gekregen. Dit is een score van 10, maar deze is slechts door 1 gemeente genoemd waardoor dit mogelijk niet of minder belangrijk is voor andere gemeenten.

Voor de vragen over continuering stonden geen aparte beslisfactoren als voorbeeld op de interview bijlage. De gemeenten en GGD'en zijn hierin dus niet expliciet gestuurd. De voorbeelden op de interview bijlage voor beslisfactoren voor participatie kunnen wel invloed hebben gehad op de gegeven antwoorden.

Kosten-baten verhouding

Over de kosten-baten verhouding zijn de meeste gemeenten en GGD'en het eens. Het is een acceptabele kosten-batenverhouding, de preventie programma's kosten 10.000 euro per jaar maar deze kosten worden niet altijd geheel door de gemeenten zelf betaald. Daarnaast leveren de preventie programma's ook veel goeds op. Één GKGK gemeente vindt de kosten-baten verhouding op korte termijn bekeken niet acceptabel. Deze vindt de kosten te hoog voor de korte termijn resultaten die het preventie programma teweeg brengt. Daarintegen vermeldt deze gemeente dat de kosten-batenverhouding op lange termijn wel acceptabel te noemen is.

Er zijn een aantal GKGK en JOGG gemeenten die subsidie ontvangen of particulier gesteund worden (op financieel gebied). Dit kan een vertekend beeld geven van de kosten-baten verhouding van het preventie programma. Door de subsidie of particuliere steun nemen de kosten die de gemeente dragen voor het programma af, terwijl andere gemeenten wel de gehele kosten dragen. Hoe hoog de gesubsideerde bedragen zijn is niet duidelijk. Dit omdat de respondenten niet op de hoogte waren van het bedrag, ze dit niet wilden vertellen of het bedrag voor meerdere preventie programma's tegelijk kon worden ingezet.

Daarnaast zijn er ook vaak kleinere kosten van het programma die door bijvoorbeeld de scholen of de ouders zelf betaald dienen te worden. Ook hierbij is niet duidelijk hoe hoog deze kosten precies zijn en waaraan deze precies worden besteed.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Het uitgevoerde onderzoek heeft een aantal sterke en een aantal zwakke punten. Eerst zullen de sterke punten van het programma worden genoemd en daarna de zwakke punten.

Één van de sterke punten van het programma is de relatief korte looptijd van het onderzoek. Hierdoor zijn alle interviews in een korte periode gehouden, waardoor de invloed van tijd op het programma niet sterk aanwezig zal zijn geweest. Hiermee wordt bedoeld dat belangrijke gebeurtenissen van buitenaf (bijvoorbeeld vanuit de politiek) die invloed hebben op het preventie programma bij allen of bij geen van de gemeenten en GGD'en aanwezig zijn geweest.

Één ander gedeeltelijk sterk punt is de generaliseerbaarheid. Dit omdat alle Nederlandse GKGK gemeenten zijn benaderd. Hierdoor is het programma generaliseerbaar naar alle GKGK gemeenten in Nederland. Dit betekent niet meteen dat het onderzoek generaliseerbaar is naar alle preventie programma's in Nederland.

Het laatste sterke punt van het onderzoek zijn de face to face interviews die zijn gehouden. Dit omdat deze interviews gemakkelijk kunnen worden opgenomen op een mobiele telefoon waardoor de uitwerking van deze interviews erg nauwkeurig kan verlopen.

De generaliseerbaarheid van het onderzoek onder de Nederlandse GKGK gemeenten is groot, maar het onderzoek richt zich op preventie programma's GKGK en JOGG. Dit maakt het onderzoek voor andere programma's minder valide. Daarnaast zijn er naast de drie face to face interviews ook veel telefonische interviews geweest. Bij telefonische interviews was het lastiger om alle verkregen

informatie zo nauwkeurig uit te werken als bij face to face interviews omdat deze niet konden worden opgenomen.

De looptijd van het project kan ook invloed hebben op de gegeven antwoorden. Één van de gemeenten gaf zelfs aan dat omdat deze gemeente pas was opgestart er nog geen positief behaalde resultaten waren. Deze gemeente zat nog in de begin fase en had moeite met het vormen van een netwerk.

Acht van de gemeenten participeerden al in een preventie programma tegen obesitas bij kinderen of hadden zelf al interventies hiervoor verzonnen voordat ze met het GKGK of JOGG programma begonnen. Hierdoor kan er een discussie ontstaan over of het onderzoek daadwerkelijk gaat over beslisfactoren voor participatie in een preventie programma of dat het onderzoek behandelt wat de beslisfactoren zijn voor participatie in meer dan één preventie programma's.

Naast al deze factoren kunnen ook de voorbeelden voor beslisfactoren op de interviewbijlage invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Veel van de gemeenten en GGD'en gaven aan dat overgewicht in de gemeente een belangrijke beslisfactor voor participatie was, maar dit was veelal nadat deze respondenten de interview bijlagen hadden gezien.

Nog een zwak punt van het onderzoek is het ontbreken van informatie over de subsidies en het sponsor geld. Hierdoor is het lastig een duidelijk beeld te krijgen van de daadwerkelijke kosten die de gemeenten zelf betalen voor het preventie programma. Het is nu ook niet duidelijk wat bijvoorbeeld het verschil is tussen gemeenten met of zonder subsidie wat betreft de programma kosten. Zo is het ook lastig te begrijpen waarom GKGK gemeente 3 bijvoorbeeld aangeeft de kosten-baten verhoudingen op korte termijn niet acceptabel te vinden maar deze toch hebben geaccepteerd aangezien ze participeren in het GKGK programma.

Daarnaast is tijdens het onderzoek gebleken dat een Willingness to pay (WTP) voor de baten te schatten erg lastig is voor de respondenten. Dit komt omdat de respondenten geen inzicht hadden op de kosten tijdens de interviews, of deze niet wilden delen. Alleen de algemene kosten voor de preventie programma's (van 10.000 euro) zijn genoemd door de respondenten. Hierdoor is dit weggevalen uit het onderzoek en is er alleen gekeken naar of de kosten voor het preventie programma acceptabel worden gevonden. Hierbij zijn wel de baten van het programma als een geheel meegenomen. Dit klopt niet met de in het hoofdstuk literatuur beschreven WTP benadering. Bij deze benadering worden namelijk geldwaarden aan een gezondheidsuitkomst gekoppeld en de resultaten laten zien dat er niet alleen wordt gesproken over gezondheidsuitkomsten.

Conclusie en aanbevelingen

Tijdens het hiervoor beschreven onderzoek is gepoogd de hoofdvraag te beantwoorden. Deze is hier nogmaals genoemd.

Hoofdvraag: *Welke beslisfactoren hanteren gemeenten om in de preventie programma's JOGG en GKGK tegen overgewicht en obesitas bij kinderen te participeren en welke beslisfactoren zijn van belang om deze programma's op langere termijn te continueren?*

De meest genoemde beslisfactoren met de hoogste score voor participatie zijn: veel overgewicht bij kinderen in de gemeente en de brede aanpak en leefstijl verandering die de preventie programma's met zich mee brengen. Dit zijn dan ook de belangrijkste beslisfactoren voor participatie die tijdens de interviews naar voren zijn gebracht. Toch zijn er ook erg veel factoren die maar door één gemeente zijn genoemd. Hieruit blijkt dat de overige redenen voor participatie divers zijn.

Bij de beslisfactoren die van belang zijn om programma's te continueren op langere termijn is minder variatie te zien in de antwoorden. Hier zijn de meest genoemde beslisfactoren voor continuering met de hoogste score: commitment van een bepaald aantal jaren tegenover het preventie programma en de positieve resultaten tot nu toe van het programma. Naast deze twee factoren worden ook de beschikbare gelden met een relatief hoge score door twee gemeenten genoemd.

De kosten-baten verhouding wordt over het algemeen acceptabel gevonden door de gemeenten en GGD'en. Velen vinden de kosten-baten verhouding op korte termijn al acceptabel, en als we het hebben over lange termijn vindt iedereen het acceptabel. Tabel 3 met de genoemde baten laat dit ook duidelijk zien. Veel genoemde baten zijn: minder overgewicht in de gemeente, minder werkloosheid ten gevolge van overgewicht en minder zorgkosten ten gevolge van overgewicht.

Dit zijn allemaal baten die op lange termijn pas echt zichtbaar worden. De doelgroep van de twee preventie programma's uit dit onderzoek zijn kinderen. Hierdoor zullen voornamelijk de factoren minder werkloosheid en minder zorgkosten pas op lange termijn intreden.

De geïnterviewde gemeenten en GGD'en waren over het algemeen erg positief over de preventie programma's. Het probleem van overgewicht is in heel Nederland groot en de preventie programma's lijken hier goed op in te kunnen spelen. Alle gemeenten en GGD'en hopen op continuering van de programma's nadat deze officieel zijn gestopt in de gemeenten, maar niet alle geloven hierin.

Aanbeveling

Er zijn een aantal aanbevelingen die aan de hand van het uitgevoerde onderzoek kunnen worden gedaan. Er zullen nu drie aanbevelingen volgen die betrekking hebben op de participatie van een preventie programma, de continuering en een passende kosten-baten verhouding.

De eerste aanbeveling heeft betrekking op de kosten van het programma. De gemeenten geven aan de kosten-baten verhouding van het programma acceptabel te vinden maar dit is niet altijd zo op korte termijn. Een optie om dit te verbeteren is de kosten van het programma op korte termijn te verlagen. Een manier om dit te bereiken is door subsidies te krijgen of sponsors voor het preventie programma te werven. Veel van de geïnterviewde gemeenten hebben dit al maar nog niet alle. Hierdoor is het aan te bevelen gemeenten te wijzen op hun rechten om subsidies aan te vragen.

Vanuit het preventie programma kan de gemeenten gewezen worden op de juiste plekken om subsidies aan te vragen of de juiste wijze om sponsoring binnen te krijgen. Zodra dit gelukt is zullen er meer gemeenten mee willen doen aan de preventie programma's.

Een andere manier om dit probleem aan te pakken is een document op te stellen waarin de kosten en de baten van het programma duidelijk worden afgewogen. Hierin zullen de behaalde resultaten van andere gemeenten kunnen worden besproken als voorbeeld voor nieuwe gemeenten die nog niet participeren in het preventie programma. Daarnaast kan er aandacht worden besteed aan de verwachte lange termijn baten in het document. Hierdoor zal voor de gemeente duidelijk worden wat de kosten-baten verhouding op zowel lange termijn als korte termijn is van het programma.

De tweede aanbeveling is voor verder onderzoek. Tijdens dit onderzoek zijn niet alle JOGG gemeenten onderzocht, en ook niet alle GGD'en. Hierdoor is de generaliseerbaarheid van het onderzoek niet betrouwbaar. Daarnaast is het tijdens dit onderzoek niet gelukt om een WTP voor de preventie programma's vast te stellen. Dit zou in verder onderzoek waardevol kunnen zijn om wel te achterhalen.

Literatuurlijst

Babbie, E. (2007). *The practice of Social Research*. Belmont: Uitgeverij Thomson Learning, Inc.

Bakel, A.M. van, Zantinge, E.M. (2012). *Lichaamsgewicht. Omvang van het probleem. Neemt het aantal mensen met overgewicht of ondergewicht toe of af?* Verkregen op 5 mei 2012 via: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/lichaamsgewicht/trend/>

Beach, L.R. Connolly, T. (2005). *The Psychology of Decision Making. People in Organizations*. Verkregen op 13 mei 2012 via: http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=ij6ow6yT4uYC&oi=fnd&pg=PR9&dq=decision+making+psychology&ots=fFwl7mO1Kb&sig=UO8_Dygp0pORgDFb6wp1JvVD70#v=onepage&q=decision%20making%20psychology&f=false

Borys, J.M. Bodo, Y. Le, Jebb, S.A. Seidell, J.C. Summerbell, C. Richard, D. Henauw, S. de, Moreno, L.A. Romon, M. Visscher, T.L. Raffin, S. Swinburn, B. (2011). *EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development*. Verkregen op 11 mei via: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=epode%20enfants>

Bouten, L.M. Dongen, M.C.J.M. van, Zielhuis, G.A. (2005). *Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

Diëtenlijst.nl (2012 a). *Overgewicht*. Verkregen op 4 mei 2012 via: <http://www.dietenlijst.nl/overgewicht/>

Diëtenlijst.nl (2012 b). *Gevolgen van overgewicht bij kinderen*. Verkregen op 4 mei via: http://www.dietenlijst.nl/overgewicht/kinderen_overgewicht/gevolgen_overgewicht/

Drummond, M.F. Sculpher, M.J. Torrance, G.W. O'Brien, B.J. Stoddart, G.L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Uitgeverij Oxford University Press.

Epode European network (z.d.). *Epode Background*. Verkregen op 10 mei 2012 via: <http://www.epode-european-network.com/en/background/epode-background.html>

Hiemstra, J. (2003). *Presterende gemeenten. Hoe gemeenten beter kunnen presteren*. Verkregen op 5 juni 2012 via: <http://books.google.nl/books?id=WEQeZFwkPQC&pg=PA10&dq=invloed+gemeente+op+burgers&hl=nl&sa=X&ei=korYT4iUI4rE8gPL-8i7Cw&ved=0CD0Q6AEwAQ#v=onepage&q=invloed%20gemeente%20op%20burgers&f=false>

HiraSing, R.A. Bulk-Bunschoten, A.M.W. Dijke, van, J. Renders, C.M. (2009). *Kinderen en overgewicht*. Verkregen op 3 mei 2012 via: <http://www.springerlink.com/content/l663342175615761/>

Hurk, van den, K. Dommelen, van, P. Wilde, de, J.A. Verkerk, P.H. Buuren, van, S. HiraSing, R.A. (2006). *Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004*. Verkregen op 8 mei via: <http://www.werkenbijtno.nl/downloads/TNORapportOvergewicht2006.pdf>

JOGG (z.d. a). *JOGG-AANPAK*. Verkregen op 10 mei 2012 via: <http://www.jongerenopgezondgewicht.nl/aanpak>

JOGG (z.d. b). *Veelgestelde vragen*. Verkregen op 10 mei 2012 via: <http://www.jongerenopgezondgewicht.nl/faq>

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2008). *Richtlijn. Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. Verkregen op 8 mei 2012 via: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/lichaamsgewicht/afkapwaarden-bmi-jongeren/>

Pieterse, C. L'Hoir, M. (2012). *JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht) & GK GK (Gezonde Kinderen in een Gezonde Kindomgeving)*. Verkregen op 10 mei.

Plochg, T. Juttman, R.E. Klazinga, N.S. Mackenbach, J.P. (2007). *Handboek gezondheidsonderzoek*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

Regio Twente (z.d.). *Gezondheid (GGD)*. Verkregen op 2 juni via: <http://www.regiotwente.nl/in-twente/2012-04-25-10-30-02>

Triantaphyllou, E. (2000). *Multi-criteria Decision Making Methods: A Comparative Study*. Verkregen op 14 juni via: http://books.google.nl/books?hl=de&lr=&id=tuPGe_ur-TYC&oi=fnd&pg=PR13&dq=multi+criteria+decision+making&ots=8CJeHE5UQi&sig=A1e95pPKoljaTOk9jfNQyvzDiBc#v=onepage&q=multi%20criteria%20decision%20making&f=false

Vries, de, S.I. Bakker, I. Overbeek, van, K. Boer, N.D. Hopman-Rock, M. (2005). *Kinderen in prioriteitswijken: lichamelijke (in)activiteit en overgewicht*. Verkregen op 3 mei via: <http://www.tno.nl/downloads/PZSCKinderenInStadswijkenRapport.pdf>

Willibald Gebhardt Institut (2010). *Gesunde Kinder in gesunden Kommunen. Beispielhaftes Projekt. Landesinitiative Gesundes Land*. Verkregen op 2 mei 2012 via: http://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/sportpsychologie/pd/gkgk_projektmappe.pdf

ZonMW (2012). *Articulating the societal value of community prevention programs against childhood obesity: research methodology development alongside two preventive community programs*. Verkregen op 2 september 2012 via: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/articulating-the-societal-value-of-community-prevention-programs-against-childhood-obesity-research/samenvatting/>

Bijlagen

Bijlage 1:

Afkapwaarden BMI jongeren: ernstig ondergewicht, ondergewicht, overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008).

leeftijd in jaren	Jongens				Meisjes			
	ernstig ondergewicht	ondergewicht	overgewicht	ernstig overgewicht	ernstig ondergewicht	ondergewicht	overgewicht	ernstig overgewicht
2	13,93	14,95	18,41	20,09	13,87	14,74	18,02	19,81
3	13,60	14,54	17,89	19,57	13,55	14,38	17,56	19,36
4	13,41	14,30	17,55	19,29	13,34	14,15	17,28	19,15
5	13,23	14,12	17,42	19,30	13,16	13,97	17,15	19,17
6	13,13	14,03	17,55	19,78	13,06	13,92	17,34	19,65
7	13,12	14,06	17,92	20,63	13,08	14,00	17,75	20,51
8	13,21	14,20	18,44	21,60	13,17	14,16	18,35	21,57
9	13,36	14,41	19,10	22,77	13,35	14,42	19,07	22,81
10	13,58	14,69	19,84	24,00	13,63	14,78	19,86	24,11
11	13,87	15,03	20,55	25,10	14,04	15,25	20,74	25,42
12	14,24	15,47	21,22	26,02	14,54	15,83	21,68	26,67
13	14,69	15,98	21,91	26,84	15,08	16,43	22,58	27,76
14	15,20	16,54	22,62	27,63	15,60	17,01	23,34	28,57
15	15,74	17,13	23,29	28,30	16,07	17,52	23,94	29,11
16	16,27	17,70	23,90	28,88	16,48	17,95	24,37	29,43
17	16,76	18,24	24,46	29,41	16,84	18,33	24,70	29,69
≥ 18	17,00	18,50	25,00	30,00	17,00	18,50	25,00	30,00

Bijlage 2:

Verschillen tabel voor verschillen tussen het JOGG preventie programma en het GKGK preventie programma (Pieterse en L'Hoir, 2012).

	Ambities deelconvenant school (JOGG)	JOGG	GKGK
	Partijen in het deelconvenant school willen komen tot een integrale en structurele aanpak van een gezonde leefstijl (voeding en bewegen) op scholen bestaande uit	V	V
	• Geldt voor jongeren van leeftijdsklasse en	0 – 19 jaar	4 – 12 jaar
	• Elke dag één uur lichaamsactiviteiten	V	V
	• Theorie over gezondheid en bewegen		V (1 uur per week)
	• Effectieve lesmethodes Een gezonde schoolkantine en een gezond aanbod in automaten	V	V
	• Elke dag één uur sport en bewegen voor, tijdens of na school	V	V
	• Bewustwording van belang gezonde voeding en bewegen bij ouders, scholen en onderwijscaterers	V	V
	• Samenwerking met relevante partijen in de omgeving van scholen, zoals gemeenten, sportverenigingen en bedrijven. Schoolbeleid over gezond eten en drinken Monitoring en evaluatie binnen scholen	V	V
	• Ronde Tafel: actieve afstemming van alle direct betrokken stakeholders (>1 tot 4 keer per jaar)		V
	• Signalering en doorverwijzing jeugdgezondheidszorg	V	V
	• Jaarlijkse meting convenant doelstellingen (TNO)	V	V
	• Jaarlijkse meting per kind (TNO, WGI Essen)		V
	• Jaarlijkse GKGK fysieke test		V
	• Om het jaar vragenlijst voor jongere		V
	• Jaarlijkse vragenlijst voor direct betrokkenen in de kindomgeving		V
	• Evaluatie en analyse en terugkoppeling resultaten tests en vragenlijsten aan de jongere, ouders, school en direct betrokken		V

Bijlage 3:

Interview vragenlijst.

Vragen:

1. Wat is uw functie?
2. Kunt u een korte beschrijving geven van uw werkzaamheden?
3. Participeert de gemeente waarin u werkzaam bent in een preventie programma tegen obesitas bij kinderen?
4. Zo ja, welk programma (GKGK, JOGG of anders)?
5. Hoe is het contact ontstaan tussen het preventie programma en de gemeente?
6. Welke factoren hebben een rol gespeeld in de beslissing wel of niet te participeren in een dergelijk programma (zie bijlage voor voorbeelden factoren)?
7. Kunt u per factor aangeven hoe belangrijk deze is geweest op een schaal van 1 tot 10? Hoe belangrijk zijn deze factoren geweest?
8. Wat verwacht u dat het resultaat zal zijn van het programma ten aanzien van deze factoren?
9. Welke ervaring heeft u (of de gemeente) tot nu toe wat betreft de participatie, het resultaat / de impact van het programma op de genoemde factoren?
10. Hoelang werkt de gemeente al samen met een dergelijk preventie programma tegen overgewicht bij kinderen?
11. Welke factoren hebben een rol gespeeld bij de beslissing om met het programma **door te gaan** tot nu toe? Zijn dit dezelfde factoren die meespeelden bij de beslissing tot participatie of zijn dit andere factoren?
12. Kunt u op een schaal van 1 tot 10 per factor noemen hoe belangrijk deze zijn geweest?
13. Wat verwacht u dat het resultaat zal zijn van het programma ten aanzien van deze factoren?
14. Wat is de gewenste uitkomst van een dergelijk preventie programma? (Welke verwachte baten zijn belangrijk voor het participeren en continueren op langere termijn in dergelijke preventie programma's?)
15. Welke kosten aspecten zijn het meest belangrijk bij dergelijke programma's?
16. Welke baten aspecten zijn voor de gemeente het meest belangrijk bij dergelijke programma's?
17. Welke ervaring heeft de gemeente tot nu toe wat betreft de kosten-baten verhouding van dergelijke preventie programma's?
18. Vindt u deze kosten-baten verhouding acceptabel
19. Zo niet, welke kosten-baten verhouding zou u wel acceptabel vinden?
20. Heeft u nog opmerkingen?

Bedankt voor u medewerking.

Bijlage 4:

Interview bijlage, verschillende begrippen uitgelegd en voorbeelden van mogelijk relevante factoren.

Interview bijlage

De GKGK en JOGG preventie programma's

Gezonde Kinderen in Gezonde Kinderomgeving en Jongeren Op Gezond Gewicht zijn preventie programma's tegen obesitas bij kinderen. De aandacht van de GKGK gaat voornamelijk naar het creëren van een gezonde houding en de gezondheids bevordering voor kinderen tussen de 4 en 12 jaar oud. Dit wordt omgezet in samenwerking met bijvoorbeeld de familie van het kind, scholen, sportverenigingen en gemeenten. Deze vormen samen een samenwerkings netwerk om een "gezonde gemeente" te creëren. Een aantal voorbeelden van interventies van de GKGK:

- Sportles op school
- Les over gezonde voeding op school
- Bewegingscursus bij de sportvereniging
- "Walking bus" waarbij kinderen onder begeleiding van ouders te voet naar school worden gebracht
- Enz.

Het Jongeren Op Gezond Gewicht programma is gebaseerd op de Franse EPODE (Ensemble Prevenons l'Obesite Des Enfants). De JOGG aanpak richt zich op de samenwerking tussen zoveel mogelijk betrokken actoren waardoor niet alleen op school maar in de gehele gemeente een gezonde omgeving kan worden gecreëerd voor de kinderen. Een aantal voorbeelden van JOGG interventies zijn:

- Kookles op school
- Studenten geven sportclinics
- Politie verbeterd sociale veiligheid zodat kinderen buiten kunnen spelen
- Meer speelvoorzieningen in de wijk
- In de supermarkt staan gezonde producten op ooghoogte en
- In schoolkantines en sportkantines zijn snacks beperkt aanwezig
- Enz.

Kosten-baten verhouding

Bij de kosten-baten verhouding wordt de vraag gesteld: "Is het een waardevol programma?" Hierbij kunnen geldwaarden aan bepaalde gezondheidsuitkomsten worden gekoppeld. Daarnaast kan het ook zo zijn dat de geldwaarden aan bepaalde geldbaten worden gekoppeld. De hieronderstaande kosten-baten verhouding vragen hebben betrekking op de relevante kosten en de relevant geachte baten voor de gemeente. De kosten verschillen per preventie programma. Voorbeelden van baten zijn BMI van de kinderen, buikomtrek van de kinderen of financiële baten.

Lijst mogelijke factoren:

- Veel overgewicht in de gemeente
- Veel overgewicht bij kinderen in de gemeente
- De samenwerking met scholen
- Toegankelijkheid van het programma voor kinderen
- Lage kosten voor het programma
- Anders namelijk...

Bijlage 5:

Lijst met baten voor kosten-baten verhouding opgesplitst per gemeente.

- GKGK gemeente 1:
 - Minder overgewicht in de gemeente
 - De fitgesprekken
 - Het netwerk dat is ontstaan
- GKGK gemeente 2:
 - Scholen worden gestimuleerd om preventief met overgewicht bezig te zijn
- GKGK gemeente 3:
 - Gezonde kinderen hebben een hogere levensverwachting
 - Minder zorgkosten ten gevolge van overgewicht
 - Minder werkloosheid ten gevolge van overgewicht
- GKGK gemeente 4:
 - Minder overgewicht in de gemeente
- GKGK gemeente 5:
 - Betere leefomgeving ontstaan voor de kinderen
 - Kinderen zullen een betere fysieke gezondheid hebben
 - Kinderen zitten lekker in hun vel
- GKGK gemeente 6:
 - Minder zorgkosten ten gevolge van overgewicht
 - Kinderen bewegen meer

- JOGG gemeente 1:
 - Inkomsten vanuit particulieren die voor het preventie programma worden ingezet
 - Door vrijwilligerswerk veel menskracht
- JOGG gemeente 2:
 - Minder overgewicht in de gemeente
- JOGG gemeente 3:
 - Het netwerk dat is ontstaan
 - Minder werkloosheid ten gevolge van overgewicht

- GGD 1:
 - Het netwerk dat is ontstaan
 - Betere leefstijl voor de kinderen
 - Minder overgewicht in de gemeente
- GGD 2:
 - Minder overgewicht in de gemeente
 - Het netwerk dat is ontstaan