

# Opvoedingsondersteuning en Gezond Gewicht

De rol van opvoedingsondersteuners in Utrecht  
bij de preventie van overgewicht bij kinderen

Marieke van Dijk

# Opvoedingsondersteuning en Gezond Gewicht

De rol van opvoedingsondersteuners in Utrecht  
bij de preventie van overgewicht bij kinderen



M. van Dijk

Studentnummer: 0237353

Masterthesis Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

Universiteit Utrecht

Thesisbegeleider: Dr. C. Baerveldt

Juni 2008

## Abstract

De GG&GD Utrecht werkt met het communitygerichte programma Gezond Gewicht aan de preventie van overgewicht. Om de preventie zo vroeg mogelijk in te zetten richt dit programma zich vooral op kinderen. Opvoedingsondersteuners kunnen een rol spelen bij het stimuleren van ouders tot een gezonder voedings- en beweegpatroon bij hun kinderen. Dit onderzoek richt zich op de manier waarop opvoedingsondersteuners in Utrecht werken aan het thema gezonde voeding en bewegen. Ook werd onderzocht welke knelpunten en behoeftes opvoedingsondersteuners hierbij hebben. Door middel van een vragenlijst zijn 52 opvoedingsondersteuners ondervraagd en is bij 13 van hen een interview afgenomen. Het doel was om aanbevelingen te doen aan de GG&GD voor een gericht ondersteuningsaanbod voor opvoedingsondersteuners. Uit de resultaten bleek dat zij bij ouders vooral werkten aan de bewustwording van het belang van gezonde voeding en bewegen. Knelpunten lagen hoofdzakelijk bij het vergroten van de empowerment bij ouders, vooral in allochtone gezinnen. Ook bleek de samenwerking met andere instanties op dit gebied opvallend laag. Aanbevolen wordt om de rol van opvoedingsondersteuners bij bewustmaking van ouders te versterken, de kennis van doorverwijsmogelijkheden te vergroten en opvoedingsondersteuners meer te betrekken bij het programma Gezond Gewicht.

## Inleiding

De prevalentie van overgewicht neemt ernstige vormen aan, zowel bij volwassenen als bij kinderen. In de afgelopen 25 jaar is het aantal kinderen met overgewicht verdubbeld; maar liefst één op de zeven Nederlandse schoolkinderen is te zwaar (Van den Hurk, Van Dommelen, De Wilde, Verkerk, Van Buuren & Hira Sing, 2006). Omdat overgewicht grote gezondheidsrisico's met zich meebrengt, is de preventie hiervan een van de speerpunten van het overheidsbeleid (Ministerie van VWS, 2007). In Utrecht is deze preventie door de GG&GD vormgegeven in het programma Gezond Gewicht. Dit is een programma waarbij de samenwerking tussen lokale professionals op gebied van gezondheidszorg, voeding, school, welzijn, sport en opvoeding wordt gestimuleerd om overgewicht te voorkomen en te bestrijden. Om de preventie zo vroeg mogelijk in te zetten richt het programma zich vooral op de Utrechtse jeugd in vijf aandachtswijken. In deze wijken, waar overgewicht vaker voorkomt dan gemiddeld, zijn de bewoners grotendeels van allochtone afkomst en hebben een relatief lage sociaaleconomische status (Volksgezondheidsmonitor Utrecht (VMU), 2005).

Belangrijke professionals bij de preventie van overgewicht bij kinderen zijn de opvoedingsondersteuners. Opvoedingsondersteuning is erop gericht de mogelijkheden van de opvoedingssituatie te verbeteren, om ouders, kinderen en jongeren optimale opvoedings- en ontwikkelingsmogelijkheden te geven (Vandemeulebroecke, 1995). Omdat ouders een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van voedings- en beweeggedrag van jonge kinderen (Golan, Weizman, Apter & Fainaru, 1998) kunnen opvoedingsondersteuners ouders stimuleren dit op een goede manier aan te pakken. Er is onvoldoende inzicht in de mate waarin en de manier waarop opvoedingsondersteuners in Utrecht werken met het thema voeding en bewegen tijdens hun contacten met ouders. Daarnaast is het de vraag in hoeverre opvoedingsondersteuners in staat zijn om ouders op dit gebied optimaal te kunnen stimuleren. Met dit onderzoek wordt daarom de mate van ondersteuning op het thema voeding en bewegen gemeten en de behoeften van de opvoedingsondersteuners bij deze ondersteuning in kaart gebracht. Het doel hiervan is om aanbevelingen te doen voor de GG&GD Utrecht om vanuit het programma Gezond Gewicht een gericht ondersteuningsaanbod te bieden aan deze groep professionals wat uiteindelijk leidt tot een beter hulpaanbod voor ouders.

De volgende onderzoeksvragen zijn hierbij geformuleerd:

- 1. Op welke manier werkt de opvoedingsondersteuner bij contacten met ouders aan het thema gezonde voeding en bewegen?*
- 2. Welke knelpunten komt de opvoedingsondersteuner hierbij tegen?*
- 3. Welke behoefte(s) aan ondersteuning heeft de opvoedingsondersteuner zelf bij het stimuleren van ouders tot een gezonder voedings- en beweegpatroon bij hun kinderen?*

Dit artikel zal beginnen met de beschrijving van de ernst en risicofactoren van overgewicht bij kinderen. Vervolgens wordt de preventie van overgewicht beschreven waarbij ingegaan wordt op het communitygerichte programma Gezond Gewicht in Utrecht en de rol van opvoedingsondersteuners hierin. Met een theoretisch model wordt beschreven hoe gedragsverandering bij ouders te realiseren is. Na de beschrijving van de onderzoeksmethoden volgen de belangrijkste resultaten. In de conclusie en discussie worden de implicaties van de resultaten gegeven waarna het artikel afsluit met aanbevelingen voor de GG&GD Utrecht.

## Overgewicht: ernst en risicofactoren

Een gezond gewicht is een gewicht dat geen verhoogd risico geeft op gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten, bepaalde vormen van kanker en diabetes (Voedingscentrum, 2008). Om een gezond gewicht te behouden is het belangrijk om niet te veel en gevarieerd te eten en daarnaast voldoende beweging te hebben. Met de Schijf van Vijf beveelt het Voedingscentrum alle voedingsstoffen aan die de basis zijn voor een gezond voedingspatroon. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (Kemper, Ooijendijk & Stiggelbout, 2000) beveelt kinderen tot 18 jaar aan “dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij activiteiten minimaal tweemaal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).”

Steeds minder mensen voldoen aan deze voorwaarden voor een gezond gewicht. In Nederland heeft momenteel 46% van de volwassenen overgewicht en lijdt tien procent aan obesitas\* (CBS, 2008). Bij Nederlandse kinderen ligt het percentage dat overgewicht heeft op 14% bij jongens en 17% bij meisjes (Van den Hurk, Van Dommelen, De Wilde, Verkerk, Van Buuren & Hira Sing, 2006). In Utrecht ligt dit zelfs op 28% (VMU, 2005), maar dit percentage is vergelijkbaar met dat

---

\* De WHO-definitie spreekt bij volwassenen van overgewicht bij een Body Mass Index (BMI) tussen 25 en 30 kg/m<sup>2</sup>. Een BMI-waarde van 30 kg/m<sup>2</sup> of meer wordt aangemerkt als obesitas (ernstig overgewicht). De BMI is gedefinieerd als het lichaamsgewicht (in kg) gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte (in m). Bij kinderen wordt een leeftijdsgebonden BMI-grenswaarde gehanteerd.

van de andere drie grote steden. Verwacht wordt dat deze cijfers blijven toenemen (Gezondheidsraad, 2003).

Veranderende persoonlijke en omgevingsfactoren hebben er de afgelopen jaren voor gezorgd dat bij veel mensen een positieve energiebalans is ontstaan wat heeft geleid tot een toename van lichaamsgewicht (Hill, 2002). Met een positieve energiebalans wordt bedoeld dat er meer energie wordt ingenomen dan verbruikt. Overgewicht kan nadelige gevolgen hebben op psychisch en lichamelijk gebied. Op korte termijn kan overgewicht bij een kind leiden tot een verminderd gevoel van zelfvertrouwen (Strauss, 2000). Dit kan ondermeer voortkomen uit reacties van leeftijdsgenoten of het niet meekomen op fysiek gebied en kan een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van een kind. Gard en Wright (2005) waarschuwen voor de stigmatisering van overgewicht. Zij zijn van mening dat door de media, maar ook door medici, leerkrachten en gezondheidsbevorderaars de slankheid als algemene norm gezien wordt waar elk individu voor zou moeten kiezen. Mensen met overgewicht zouden gezien worden als falend, zich niet kunnen en willen aanpassen aan de norm. Deze stigmatisering kan leiden tot een negatief zelfbeeld waardoor het functioneren in de maatschappij wordt bemoeilijkt (Asp, Björntorp, Britton, Carlsson, Kjellström, Marcus et al., 2002).

Gezondheidsrisico's op langere termijn zijn tal van chronische aandoeningen, zoals ouderdomsdiabetes, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (Gezondheidsraad, 2003). Kinderen en adolescenten met een hoge Body Mass Index (BMI) hebben meer kans op overgewicht of obesitas op volwassen leeftijd (Guo, Wu & Chumlea, 2002). Dit is een reden om de preventie tegen overgewicht vooral te richten op kinderen.

Zowel nationaal als internationaal worden momenteel veel studies gedaan naar de specifieke determinanten die leiden tot overgewicht (Bulk-Bunschoten, Renders, Van Leerdam & Hira Sing, 2005). Inzicht in de belangrijkheid en veranderbaarheid van determinanten van gedrag vormt de basis voor het ontwikkelen van interventies om gezond gedrag te bevorderen. Een genetische oorzaak kan in een klein aantal gevallen tot overgewicht leiden. De leefstijl heeft echter de meeste invloed, waarbij de leefomgeving een grote rol speelt (Prentice, 1997). De maatschappij zou geëvolueerd zijn naar meer mogelijkheden tot het eten van energierijke voeding en tot minder beweging. Factoren als sociale veiligheid, nabijheid van voorzieningen, groen en speelmogelijkheden en het sportaanbod in de buurt stimuleren of belemmeren het beweeggedrag. Persoonlijke factoren die van invloed zijn op overgewicht bij kinderen zijn onder andere het gebruik van zoete dranken en snacks, en een toename van lichamelijke inactiviteit als tv kijken en computeren ten koste van het buitenspelen (Bulk-Bunschoten et al., 2005). Deze factoren zorgen er onder andere voor dat de energiebalans positief wordt en het lichaamsgewicht toeneemt.

Overgewicht komt het meest voor bij kinderen in gezinnen met een lage sociaal-economische status (SES), dit wil zeggen een relatief lage opleiding en een laag inkomen (VMU, 2005). Daarnaast komt overgewicht het meest voor bij kinderen van allochtone –vooral Marokkaanse en Turkse- afkomst. Het risico van het ontwikkelen van overgewicht ligt bij deze groepen significant hoger dan gemiddeld als gevolg van ongezond gedrag en/of een ongezonde leefomgeving.

In Utrecht hebben kinderen van laag opgeleide ouders vaker overgewicht (28%) dan kinderen van hoog opgeleide ouders (10%) (VMU, 2005). Dit kan voor een deel verklaard worden door verschillen in omgevingsfactoren op regionaal/lokaal niveau. De lage SES-groep heeft met meer belemmerende factoren te maken vanuit zowel de fysieke, economische als sociaal-culturele omgeving. Gebrek aan sportfaciliteiten en speelplekken hebben invloed op het beweeggedrag. In Utrecht hebben kinderen in lage SES-wijken vaker onvoldoende speelplekken in de buurt (VMU, 2005). Ook is er mogelijk gebrek aan voldoende kennis over de rol van voeding en lichamelijke activiteit bij overgewicht. Tenslotte zorgt de waargenomen beschikbaarheid en betaalbaarheid van gezonde voeding er mede voor dat het eetpatroon van mensen met een lage SES ongezonder is dan die van mensen met een hogere SES (Inglis, Ball & Crawford, 2007). Ook Utrechtse kinderen van laag opgeleide ouders eten ongezonder, sporten minder, spelen minder buiten en zitten vaker lang voor de televisie dan kinderen van hoog opgeleide ouders (VMU, 2005).

Marokkaanse en Turkse kinderen in Utrecht hebben vaker overgewicht dan Nederlandse kinderen (VMU, 2005). De verklaringen hiervoor zijn deels gelijk aan die van de lage SES-groepen. Marokkaanse en Turkse kinderen sporten minder in georganiseerd verband dan autochtone kinderen. Vooral Marokkaanse en Turkse kleuters besteden relatief veel tijd aan tv en computer. De opvatting van ouders ten aanzien van overgewicht kan hierbij een rol spelen. Zo prefereert men in mediterrane landen een stevig kind nog altijd boven een mager kind, aangezien men dit ziet als een uitdrukking van goede gezondheid en welvaart (Braet, 2001).

Voeding en beweging zijn de belangrijkste beïnvloedbare determinanten voor overgewicht, ook bij zeer jonge kinderen (Van Overbeek, Bakker, de Vries & Hopman-Rock, 2005). Ouders spelen dan ook een belangrijke rol in de ontwikkeling van eet- en beweeggedrag van kinderen. De controle van het voedingsgedrag, aanmoediging, kritiek en het faciliteren van meer beweging, hebben een belangrijke invloed op de vorming van voedings- en beweegpatronen van kinderen (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002). Uit onderzoek naar opvoedingsstijlen blijkt dat kinderen van moeders met lage sensitiviteit en minimale emotionele steun naar het kind meer risico hebben op overgewicht (Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti & Bradley, 2006).

Kritische periodes voor het ontwikkelen van overgewicht zijn de postnatale periode en de schoolperiode. Zo heeft borstvoeding een beschermend effect op de ontwikkeling van overgewicht

bij kinderen (Hediger, Overpeck, Kuczmarski & Ruan, 2001). Goede of slechte eet- en drinkgewoontes ontstaan al tijdens de peuterperiode. In deze periode blijkt het kind zelf de energie-inname te corrigeren. Bij kinderen vanaf drie tot vier jaar treedt deze correctie echter steeds minder op en worden andere invloeden zoals omgevingsfactoren steeds belangrijker. Eetproblemen, zoals het niet willen eten, kunnen vooral bij peuters en kleuters tijdelijk voorkomen en horen bij de normale ontwikkeling (Donkers, Douwes & Hammink, 1999).

Bestrijding van overgewicht op de kinderleeftijd zal eenvoudiger zijn dan op volwassen leeftijd. Voedings- en beweginggewoonten zijn nog nauwelijks ingeslepen en dus gemakkelijker veranderbaar. Daarnaast is het bij kinderen in de groei voldoende om gelijk te blijven in gewicht om het overgewicht te doen afnemen (Bulk-Bunschoten et al., 2005). Preventie van overgewicht op jonge leeftijd zal tenslotte het verlies van kwaliteit van leven in de toekomst als gevolg van overgewicht kunnen terugdringen. Het is dus belangrijk dat de preventie tegen overgewicht al bij (jonge) kinderen in gezet wordt.

## Preventie van overgewicht

Preventie van overgewicht richt zich met name op de volgende drie factoren: het stimuleren van gezonde voeding; het stimuleren van voldoende lichaamsbeweging en het reduceren van inactiviteit (Renders, Seidell, Van Mechelen & Hirasing, 2003).

Bij de GG&GD wordt onderscheid gemaakt tussen drie niveaus van preventie op overgewicht: universele, selectieve en geïndiceerde preventie (Van den Bosch, Koornstra & Mascini, 2006). Universele preventie richt zich op de gehele bevolking en heeft als doel om de gedragsgerelateerde gezondheid van de bevolking te bevorderen en de eigen mogelijkheden van bevolkingsgroepen te versterken. Selectieve preventie richt zich op risicogroepen en heeft als doel het bevorderen van de gezondheid van deze groepen en het aanpakken van risicogedrag. Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die nog geen gezondheidsprobleem hebben, maar wel symptomen hebben die hieraan vooraf gaan, in dit geval mensen die overgewicht hebben. Hierbij gaat het om het bevorderen van samenwerking van de organisaties en instellingen die een taak vervullen op het gebied van gezondheidsbevordering en curatie.

Er zijn nog geen interventiestrategieën bekend die overgewicht bij kinderen effectief kunnen voorkómen (Gezondheidsraad, 2003). Van veel preventiemaatregelen is nog onbekend wat de effecten zijn op gewicht, beweggedrag en energie-inname (Bemelmans, Wendel-Vos, Bos, Schuit & Tijhuis, 2004). Door de verscheidenheid tussen interventies bij de opzet, doelgroep en invulling is het daarnaast moeilijk om vast te stellen welke factoren bepalen of een interventie effectief is. Wel



zijn er kansrijke maatregelen vastgesteld die kunnen bijdragen aan een leefomgeving waarin bewegen wordt gestimuleerd en overmatig eten wordt tegengegaan (Storm, Nijboer, Wendel-Vos, Visscher & Schuit, 2006). Voorbeelden zijn een gezonde schoolomgeving, bewegingstimulerende schoolpleinen en het optimaal gebruik van sportfaciliteiten. Wanneer deze maatregelen gecombineerd worden kan het uiteindelijke effect groter zijn dan wanneer slechts één maatregel genomen wordt.

Interventies op overgewicht kunnen zich op verschillende niveaus afspelen. Ritchie, Crawford, Hoelscher en Sothorn (2006) onderscheiden individu-, gezins-, school- en communitygerichte interventie. Een voorbeeld van een individugerichte interventie is het 'Overbruggingsplan bij kinderen met overgewicht' (Bulk-Bunschoten et al., 2005). Dit is een methode voor universele en selectieve preventie bij de Jeugdgezondheidszorg. Kinderen waarbij overgewicht is gesignaleerd worden met hun ouders op vier speerpunten geadviseerd en begeleid: het minder drinken van zoete dranken, meer buiten spelen en bewegen, minder voor de tv of computer zitten en regelmatig en goed ontbijten.

Voorlichting alleen gericht op individuele determinanten lijkt niet altijd geschikt om een verandering in leefstijl van een kind teweeg te brengen (Vaandrager, 2001). De laatste jaren vond een verschuiving plaats naar een aanpak die op meerdere niveaus plaatsvindt. Ook de overheid is zich van het belang van de omgeving bewust: 'Gezond gedrag staat niet op zichzelf, maar vertoont een sterke samenhang met de sociale en fysieke omgeving waar mensen geboren worden, opgroeien en leven. Actie moet daarom vooral plaatsgrijpen in de directe leefomgeving' (VWS, 2007). Zo worden er steeds meer gezinsgerichte, schoolgerichte en communitygerichte interventies opgezet.

Gezinsgerichte interventies zijn gebaseerd op de aanname dat het gezin de primaire sociale leeromgeving is voor kinderen, door modeling, feedback en instructies op voeding- en beweeggewoontes. Deze interventies kunnen zich richten op ouders en kinderen of op de ouders alleen. Uit onderzoek blijkt dat wanneer het gewicht van ouders afneemt, dit ook positieve gevolgen heeft voor gewichtsafname bij kinderen. Oudertraining als onderdeel van interventie zou effectief zijn in het reduceren van overgewicht bij kinderen (Ritchie et al. 2006).

Schoolgerichte interventies hebben het voordeel alle kinderen te bereiken met een gestructureerde aanpak. De meerderheid van deze interventies laat positieve effecten zien op kennis, attitude en gedrag rond gezondheid (WHO, 2003). Daarentegen zijn er weinig tot geen effecten op de afname van gewicht. Een verklaring hiervoor is wederom dat er behalve de school meerdere factoren in de omgeving zijn die invloed hebben op het gedrag van het kind.

In navolging van het Amerikaanse programma 'Communities that Care (CtC)' (Hawkins & Catalano, 1992) worden steeds meer gezondheidsinterventies op communityniveau opgezet. Een

communitygerichte interventie kenmerkt zich door de uitvoering binnen een bepaalde gemeenschap, vanuit het feit dat de omgeving waar iemand leeft, werkt en/of naar school gaat voor een deel het gedrag en gezondheid bepaalt. Deze interventies richten zich -naast het individuele gedrag- op de community zelf, met doel deze zo te veranderen dat die het beoogde gezonde gedrag en de gewenste verbeteringen in gezondheid zo goed mogelijk ondersteunt (Harting & Assema, 2007). Deze verandering kan plaatsvinden in het beleid, in sociale marketing en/of omgevingsveranderingen en richt zich op leden van bepaalde groepen uit de gemeenschap of op de gemeenschap in het geheel (Ritchie et al., 2006).

Een belangrijk werkprincipe hierbij is aansluiting zoeken bij het bestaande. Dat betekent dat een communityproject zoveel mogelijk voortbouwt op wat er in een gemeenschap al aanwezig is (Thompson & Kinne, 1999). Bestaande menselijke expertise en de materiele, sociale en machtsmiddelen die in een community aanwezig zijn worden gebruikt om (gezondheids)problemen op te lossen (Norton, McLeroy, Burdine, Felix & Dorsey, 2002). Belangrijk hierbij is het verstevigen van de onderlinge contacten en samenwerkingsrelaties tussen verschillende sectoren. Intersectorale samenwerking bevordert het onderlinge vertrouwen en de communicatie van de samenwerkingspartners (Butterfoss & Kegler, 2002). Dit stimuleert de uitwisseling van kennis, ideeën en vaardigheden, zodat deze vanuit de ene sector in de andere kunnen worden uitgezet. Een doel hiervan is dat het kiezen, plannen en implementeren van interventies effectiever en efficiënter gebeurt, mede doordat versnippering of overlap van interventies voorkomen wordt. Doordat meerdere sectoren samenwerken, ontstaat een breed draagvlak waardoor zij gezamenlijk meer invloed kunnen uitoefenen.

Communitybenadering heeft het voordeel dat een grotere groep in de gemeenschap wordt bereikt dan met individuele- en gezinsgerichte gezondheidsprogramma's. Interventies binnen bepaalde communities zouden beter dan de 'klassieke' interventies in staat zijn de achterstandsgroepen te bereiken (Hoffman & Jackson, 2003). Zodoende zou een communitybenadering kunnen bijdragen aan het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

## Programma Gezond Gewicht: communitygericht

Ook in Utrecht is gekozen voor een communitybenadering. Sinds 2007 loopt het stedelijk programma Gezond Gewicht. Het doel van dit programma is dat in 2011 de stijging van overgewicht in de vijf Grotestedenbeleid-wijken (GSB) op zijn minst afneemt (GG&GD Utrecht, 2007). In deze GSB-wijken is de prevalentie van overgewicht het hoogst. Met de aanpak wordt

ondermeer de samenwerking tussen lokale professionals op het gebied van gezondheidszorg, voeding, school, welzijn, sport en opvoeding gestimuleerd. Deze *intersectorale samenwerking* staat samen met de volgende communitydoelen centraal: *participatie van de doelgroep* bij activiteiten gericht op voeding en beweging; *empowerment* - bewoners grip laten krijgen op hun leefstijl- en *sociale netwerkbenadering*. Dit laatste houdt in dat het bestaande netwerk, zoals gezin, school of hulpverlening van een persoon gebruikt wordt om de boodschap over te brengen.

Een onderdeel van het programma is het vergroten van de kennis van aanbod op het gebied van voeding en beweging bij de professionals in het werkveld. Hiermee zal de doorverwijzing van bewoners naar het aanbod verhoogd worden. Ook moeten de moeilijk bereikbare risicogroepen extra ondersteund worden in de toegang naar dit aanbod. Daarnaast is een beter aanbod en aansluiting op het aanbod nodig bij bewoners die al overgewicht hebben: dichtbij, in het bekende netwerk, laagdrempelig en aansluitend bij de vraag.

Zoals gezegd is het belangrijk om de preventie al bij kinderen in te zetten. Voorbeelden van activiteiten binnen het programma Gezond Gewicht zijn het afstemmen van beleid rond voeding en beweging op alle Utrechtse voorscholen, aandacht voor voeding en bewegen op basisscholen, gezond kantineaanbod op middelbare scholen en groepsaanbod voor kinderen met (licht) overgewicht. Om deze activiteiten door te trekken naar andere sectoren, zal dit onderzoek zich richten op de rol van opvoedingsondersteuners bij de preventie van overgewicht bij kinderen. In hun bestaande netwerk met ouders kunnen zij ouders stimuleren om voedings- en beweeggedrag in hun gezin te verbeteren. Binnen het programma Gezond Gewicht kunnen opvoedingsondersteuners een rol spelen bij gezinsgerichte interventie.

## Opvoedingsondersteuning

Vandemeulebroecke (1995) definieert opvoedondersteuning als ‘de reeks middelen, service, structuur en activiteiten die gericht zijn op het verrijken en/of optimaliseren van de mogelijkheden van de (vroeg) opvoedingssituatie, om ouders, kinderen en jongeren optimale opvoeding- en ontwikkelingsmogelijkheden te geven.’

De landelijke overheid heeft vijf functies geformuleerd waaraan het aanbod aan opvoed- en ontwikkelingssteun op het lokale niveau minimaal moet voldoen (Ministerie van VWS, 2007). Dit zijn (a) het informeren van ouders en kinderen over opvoeden en ontwikkelen, (b) het signaleren van vragen en problemen, (c) het geven van toegang tot het hulpaanbod, (d) het geven van pedagogische steun aan ouders en jeugdigen bij problemen in de opvoeding en/of ontwikkeling en (e) coördinatie en het afstemmen van de hulp aan gezinnen met meervoudige problematiek.

De zwaarte van de opvoedingsproblematiek verschilt. Kousemaker en Timmers-Huigens (1985) onderscheiden hierin vier niveaus: opvoedingsvragen, opvoedingsspanning, opvoedingscrisis en opvoedingsnood. Opvoedingsondersteuning houdt zich voornamelijk bezig met opvoedingsvragen en opvoedingsspanning (Prinsen & Koch, 2001). Bij opvoedingscrisis en opvoedingsnood speelt de zwaardere hulpverlening een grote rol. Aangenomen wordt dat er bij opvoedingsondersteuning meer plaats zal zijn om tijdens de contacten met ouders de aandacht te richten op het thema voeding en bewegen. Daarom zal dit onderzoek zich op deze groep richten.

Ouders zijn primair verantwoordelijk voor de opvoeding en verzorging van hun kind. Dit betekent dat opvoedingsondersteuning altijd uitgaat van de situatie van de ouders (Prinsen & Koch, 2001). Kelly (1986) noemt hierbij het belang van een ecologische benadering: de hulpverlener moet de sociale context van de cliënt begrijpen om vanuit deze context een oplossing te bedenken voor problemen. De subjectieve beleving van ouders en de objectieve waarneming van opvoedingsondersteuners kunnen ervoor zorgen dat ouders geen probleem zien en/of niet voor hulp openstaan. Ook bij het thema gezonde voeding en bewegen zal dit het geval kunnen zijn. Om gezond(er) gedrag te kunnen bevorderen, is het dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in achtergronden of determinanten van gedrag.

## Gedragsverandering

In dit onderzoek zal aan de hand van het ASE-model (De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988) de ondersteuning aan ouders rond het thema Gezond Gewicht onderzocht worden. In het ASE-model staan drie determinanten centraal die gedrag kunnen verklaren: Attitude (A), Sociale invloed (S) en Eigen-effectiviteitsverwachting (E). Deze drie determinanten voorspellen samen de intentie om bepaald gedrag uit te voeren. Om ouders goed te kunnen stimuleren tot gedragsverandering zal op deze drie determinanten uit het model ondersteuning geboden moeten worden. Of het gedrag na de intentie daadwerkelijk wordt uitgevoerd hangt af van aanwezige barrières en vaardigheden.

### *Attitude*

Met attitude wordt de houding ten opzichte van bepaald gedrag bedoeld. Hierbij spelen bewustzijn en kennis een belangrijke rol. Veel mensen zijn zich er niet van bewust hoeveel zij eten en hoe weinig zij bewegen (Lechner, Brug, De Vries, Van Assema & Mudde, 1998). Ouders die niet beseffen dat hun kind overgewicht heeft of niet weten dat dit een probleem is waaraan gewerkt kan worden, zijn niet klaar om ondersteuning of interventie te ontvangen (Elder, Zyzla & Harris, 1999). Voldoende bewustwording van het eigen voeding- en beweeggedrag is dan ook een noodzakelijke

eerste stap voor gedragsverandering. Ook cultuur speelt een rol in de attitude ten opzichte van gezond gewicht. Zo blijkt dat veel allochtone ouders onbekend zijn met de Nederlandse sportcultuur, waardoor hun kinderen minder vaak de gelegenheid krijgen om een sport te beoefenen (Van der Brug & Horstmannshoff, 2001).

### *Sociale invloed*

Onder sociale invloed wordt onder andere de subjectieve norm verstaan: de gepercipieerde verwachting van belangrijke personen over het gedrag, bijvoorbeeld 'Mijn partner verwacht van mij dat ik gezond eet'. Ook vallen sociale steun en sociale druk hieronder. Sociale steun die ouders ondervinden van hun eigen sociale netwerk heeft een belangrijke invloed op de kwaliteit van de opvoeding, en daarmee ook op de ontwikkeling van het kind (Hashima & Amato, 1994).

### *Eigen-effectiviteit*

De eigen-effectiviteitsverwachting gaat in op de mate waarin men zichzelf in staat acht een bepaald gedrag uit te voeren. Het vertrouwen dat ouders hebben in de kwaliteiten van hun opvoeding verschilt. Sommige ouders voelen zich snel machteloos of slachtoffer van de omgeving en hebben het gevoel weinig invloed te hebben op de ontwikkeling van hun kind (Prinsen, 2005). De opvoedingscompetentie wordt daarnaast beïnvloed door externe factoren. Als er bijvoorbeeld financiële of relatieproblemen zijn, kunnen normale opgroei problemen van kinderen voor extra spanning zorgen.

### *Barrières en vaardigheden*

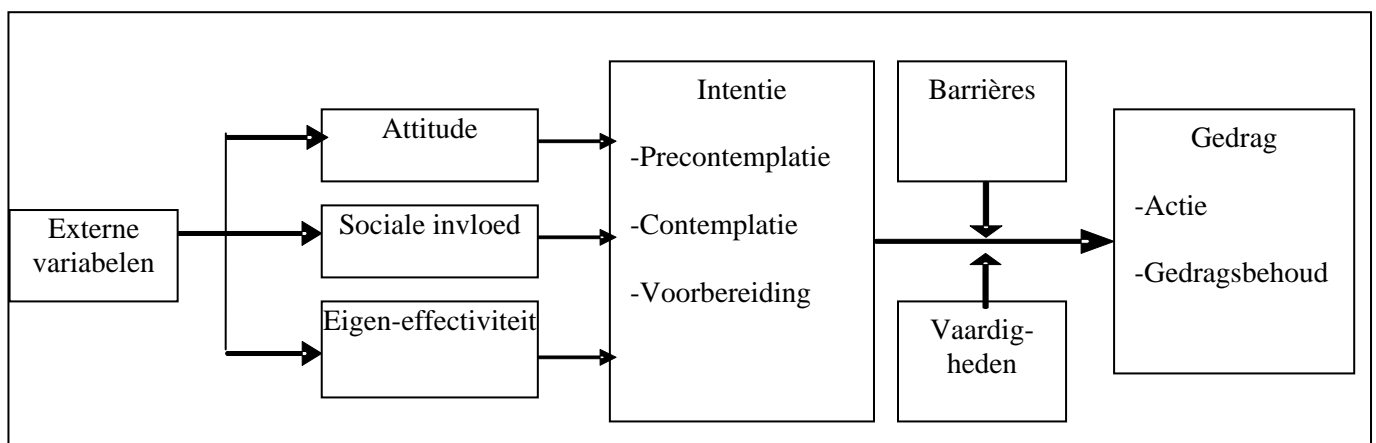
Barrières kunnen ervoor zorgen dat de intentie tot een gezonder voedings- en beweeggedrag niet tot uitvoer komt. Gezondheid, bereidingsgemak en kosten kunnen hierbij een rol spelen. Zo worden de kosten vaak als drempel gezien om lid te worden van een sportclub (Rijpma & Roques, 2000). Bepaalde kenmerken van de leefomgeving zijn belemmerend voor lichamelijke activiteit van kinderen in stadswijken, zoals druk verkeer en gebrek aan speelplaatsen (De Vries, Bakker, Van Overbeek, Boer & Hopman-Rock, 2005).

Empowerment, de vaardigheid om gedrag zelf te kunnen reguleren, blijkt een werkzaam bestanddeel van effectieve gezinsondersteunende programma's (MacLeod & Nelson, 2000). Het herstel van de zelfregulatie waardoor opgroeien en opvoeden weer even vanzelfsprekend gaan als dat normaal het geval is, werkt niet alleen beter, maar ook langer.

De motivatie van ouders is belangrijk bij het bereiken van een gezonder voedings- en beweegpatroon van hun kind. Motivational Interviewing is een middel om de gedragsverandering te

stimuleren. De gedachte hierachter is dat de motivatie tot verandering vanuit de cliënt zelf komt en niet van buitenaf wordt opgelegd (Miller & Rollnick, 1999). De relatie tussen de hulpverlener en de ouders is gebaseerd op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van gedragskeuze en sluit goed aan bij het vraaggericht werken. Het is van belang dat de hulpverlener aansluit bij het motivationeel stadium waarin de ouders zich bevinden. Deze stadia, ook wel Stages of Change genoemd (Prochaska & Velicer, 1997) houden de volgende fasen in: precontemplatiefase, contemplatiefase, voorbereidingsfase, actiefase en gedragsbehoud. In de precontemplatiefase zijn ouders zich (nog) niet bewust dat er een dreigend gewichts- of gezondheidsprobleem bestaat. De hulpverlener zal vooral moeten werken aan het bewustmaken van ouders. In de contemplatiefase kennen ouders de gevaren van overgewicht, maar staan nog in dubio of zij vanwege het (dreigende) overgewicht bij hun kind het gedrag willen gaan veranderen. De hulpverlener zal de redenen om wel of niet te veranderen bespreken, evenals de voor- en nadelen van een gezonder gewicht. De verantwoordelijkheid om daadwerkelijk het gedrag te veranderen ligt bij de ouders. Tijdens de voorbereidingsfase is door de ouders het besluit genomen om het gedrag te gaan veranderen. De hulpverlener maakt met de ouders concrete plannen. In de actiefase volgt er daadwerkelijk een gedragsverandering waarna gestreefd wordt naar gedragsbehoud.

Kloek, Van Lenthe, Van Nierop, Schrijvers & Mackenbach (2006) integreerden de Stages of Change in het ASE-model. Hierbij vallen de precontemplatie-, contemplatie- en voorbereidingsfase onder de gedragsintentie van het ASE-model. De actie en het gedragsbehoud vallen onder het (gewenste) gedrag (Figuur 1).



Figuur 1: Geïntegreerd model van ASE en Stages of Change (Kloek, Van Lenthe, Van Nierop, Schrijvers & Mackenbach, 2006).

Gezien hun functie kunnen opvoedingsondersteuners een belangrijke groep professionals zijn om ouders te stimuleren tot een gezonder voedings- en beweegpatroon in het gezin. Ouders zullen op hun beurt het voedings- en beweegpatroon van hun kinderen verbeteren. De vraag is op welke manier opvoedingsondersteuners te werk gaan bij het thema voeding en bewegen. Ook is onbekend welke eventuele belemmeringen zij hebben om ouders voldoende op weg te kunnen helpen naar een gezonder voedings- en beweegpatroon bij hun kinderen. Dit onderzoek richt zich op de werkwijze, knelpunten en behoeftes van opvoedingsondersteuners op het gebied van voeding en bewegen. Het inzicht hierin zal de GG&GD Utrecht beter in staat stellen om een gepast ondersteuningsaanbod te kunnen doen voor deze groep professionals.

## Methodes

### Respondenten

Om een antwoord te vinden op onderzoeksvragen is een onderzoek uitgevoerd bij opvoedingsondersteuners die werkzaam zijn in de stad Utrecht. Omdat opvoedingsondersteuner een breed begrip is, werden enkele criteria gehanteerd waaraan de gekozen opvoedingsondersteuners voldeden. Een eerste criterium was dat de hulpverlening zich hoofdzakelijk richtte op ouders van kinderen in de leeftijd tot en met twaalf jaar. In deze leeftijdscategorie hebben ouders de grootste invloed op het voeding- en bewegingsgedrag van kinderen (Hediger, Overpeck, Kuczmarski & Ruan, 2001). Ten tweede was de hulpverlening niet primair op gezondheid gericht. Hiermee werden jeugdverpleegkundigen en -artsen van de jeugdgezondheidszorg uitgesloten van deelname. Deze waren reeds betrokken bij interventies gericht op preventie van overgewicht en werden vanuit dat traject voorzien van extra kennis en vaardigheden. Het laatste criterium was dat de opvoedingsondersteuners werkten in de aandachtswijken die zijn geselecteerd in het programma Gezond Gewicht.

De groepen die vielen binnen deze criteria en zijn benaderd voor het onderzoek zijn het schoolmaatschappelijk werk (SMW) van de drie welzijnsorganisaties Cumulus, Doenja en Portes, oudercoaches van Cumulus en Doenja, wijkpedagogen van het Opvoedbureau (GG&GD), Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) van de GG&GD, docenten van oudercursussen bij het ROC en vrijwilligers van Homestart. Van de 81 personen die zijn benaderd, hebben er 52 deelgenomen aan het onderzoek. Dit betekent dat er een responsie was van 64%.

Van de 52 respondenten die ondervraagd zijn, is 11,5% man en 88,5% vrouw. De leeftijd van de respondenten lag tussen de 22 en 64 jaar, met een gemiddelde van 41 jaar. In Tabel 1 is te zien hoe de verdeling per groep is.

Tabel 1  
*Verdeling Respondenten*

| <b>Groep</b>                       | <b>Aantal benaderd</b> | <b>Aantal respondenten</b> |
|------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Voorlichters Eigen Taal en Cultuur | 7                      | 5                          |
| Pedagogen Opvoedbureau             | 11                     | 9                          |
| Schoolmaatschappelijk werk Cumulus | 9                      | 7                          |
| Schoolmaatschappelijk werk Doenja  | 14                     | 7                          |
| Schoolmaatschappelijk werk Portes  | 10                     | 6                          |
| Oudercoaches Cumulus               | 2                      | 2                          |
| Oudercoaches Doenja                | 4                      | 3                          |
| Docenten oudercursus ROC           | 12                     | 4                          |
| Vrijwilligers Homestart            | 16                     | 9                          |
| <b>Totaal</b>                      | <b>81</b>              | <b>52</b>                  |

### **Onderzoeksinstrumenten**

Om de behoeften en ervaringen van opvoedingsondersteuners te onderzoeken is gebruik gemaakt van zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve methode. Kwantitatief onderzoek is gericht op de ‘hoeveelheid, de frequentie en de mate van voorkomen van iets of iemand’ (Baarda, De Goede & Teunissen, 1995). Om het kwantitatief onderzoek te ondersteunen en dieper op de ervaringen en behoeften van opvoedingsondersteuners in te kunnen gaan, is gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode. In kwalitatief onderzoek richt de vraagstelling zich op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Zo wordt het mogelijk om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren (Boeije, 2005).

### *Vragenlijst*

Het kwantitatieve gedeelte bestond uit een vragenlijst. Deze begon met een algemeen deel waarin geslacht, leeftijd en functie werd gevraagd. In het volgende deel werd door middel van gesloten antwoordcategorieën (driepuntsschaal) gevraagd hoe vaak de respondenten het thema ‘gezonde voeding en beweging’ bespraken en op welke manier dit thema ter sprake kwam. Hierna werd gevraagd op welke manier zij ouders hierbij ondersteunden. Er werden zes mogelijkheden voorgelegd waarbij een driepuntsschaal werd gebruikt (nooit, soms of vaak) en een open regel voor ‘anders’. Deze zes mogelijkheden zijn gebaseerd op het ASE-model (De Vries et al., 1988). Een voorbeeld was ‘ouders helpen met steun zoeken in de omgeving.’ Vervolgens werd gevraagd waar de respondenten mogelijk behoefte aan hadden om ouders beter te kunnen ondersteuning bij dit thema. Hierbij werden dezelfde zes items voorgelegd met de antwoordcategorieën ‘geen behoefte’,



‘weinig behoefte’ of ‘veel behoefte’. Ook was hier open ruimte voor een aanvullende antwoord. Met een vervolgvraag werd nagegaan wat naast opvoedingsondersteuning gezien werd als mogelijkheid om ouders beter te kunnen helpen. De vragenlijst sloot af met ruimte voor eventuele toelichting en de vraag of de respondenten bereid waren tot deelname aan een interview.

### *Interview*

Ter verdieping en ondersteuning van de vragenlijst werd gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview. Een semi-gestructureerd interview werkt met vooraf opgestelde topics, maar de interviewer heeft de vrijheid te beslissen over de volgorde van de vragen, de manier waarop de vragen worden gesteld en de tijd die aan een bepaalde topic besteed wordt (Robson, 2002). De antwoorden op de vragenlijst zijn gebruikt voor de topiclijst. Hierbij werden de volgende topics gemaakt: problemen op voeding- en bewegingsgebied bij ouders, de rol en activiteiten van opvoedingsondersteuners, knelpunten van opvoedingsondersteuners en behoeftes van opvoedingsondersteuners. Daarnaast werd ingegaan op de specifieke antwoorden op de vragenlijst.

### **Procedure**

Er is contact gelegd met de teamleiders van de verschillende onderzoeksgroepen om medewerking te vragen bij het invullen van de vragenlijsten. In de eerste instantie is gevraagd om tijdens een werkoverleg de vragenlijsten te laten invullen. Wanneer dit niet mogelijk was, zijn de vragenlijsten per post verstuurd. Bij vier groepen is de vragenlijst tijdens een werkoverleg ingevuld, de andere drie groepen hebben de vragenlijst per post ontvangen. Deze zijn door de teamleiders onder de medewerkers verspreid. Uiteindelijk hebben 38 respondenten de vragenlijst tijdens een werkoverleg ingevuld en van 14 respondenten is de vragenlijst per post geretourneerd.

Via de vragenlijst is gevraagd of de respondenten bereid waren hun antwoorden toe te lichten in een interview. Daarop is door 35 respondenten positief gereageerd. Uit deze groep is een selectie gemaakt van 13 deelnemers aan de interviews op basis van relevante antwoorden op de vragenlijst. Met deze deelnemers is telefonisch contact gezocht om een afspraak te maken. Vijf interviews zijn gehouden op de werkplek van de onderzoeker, de andere acht interviews zijn gehouden op de werkplek van de respondenten. De interviews duurden tussen de 22 en 50 minuten. De interviews zijn opgenomen en verbatim uitgeschreven, wat de betrouwbaarheid ten goede komt.

Er is rekening gehouden met de ethische consequenties van het onderzoek. Alle respondenten hebben vrijwillig meegedaan aan het onderzoek en er zijn geen valse voorstellingen van zaken gegeven. Daarnaast zijn de gegevens anoniem verwerkt waardoor de resultaten geen nadelige gevolgen voor de respondenten hebben (Baarda et al., 2001). De vragenlijst was grotendeels

kwantitatief en door middel van SPSS geanalyseerd. Voor de algemene gegevens zijn de percentages, het gemiddelde en de range berekend.

Voor het kwalitatief analyseren is gebruik gemaakt van het stappenplan van Boeije (2005), dat begint met het open coderen waarbij de gegevens in categorieën worden verdeeld. Bij het axiaal coderen zijn hiervan de voor dit onderzoek belangrijkste categorieën gekozen waarna het selectief coderen de samenhang tussen deze gegevens onderzocht werd om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen.

## Resultaten

### **Thema gezonde voeding en bewegen**

In de vragenlijst is gevraagd hoe vaak de opvoedingsondersteuners zich bezighielden met het thema gezonde voeding en beweging tijdens contacten met ouders. Hierop gaf 83% van de respondenten aan zich wel eens met dit thema bezig te houden. Bij de meerderheid (79%) van deze respondenten was dit tijdens een tot vijf van de tien contactmomenten en bij 21% speelde het thema vaker dan vijf van de tien contactmomenten.

Van de respondenten die het thema behandelden gaf 20% aan dat het thema voeding en bewegen voornamelijk door de ouders ingebracht wordt. Zeventien procent van de opvoedingsondersteuners bracht dit voornamelijk zelf in en bij 63% gebeurde dit even vaak door de ouders als door de opvoedingsondersteuner.

In de interviews is gevraagd welke problemen de opvoedingsondersteuners bij ouders tegenkomen op het gebied van gezonde voeding en beweging. Wat hierbij opviel was dat vooral bij de pedagogen van het opvoedbureau vaak de ‘normale’ eetproblemen van kinderen ter sprake kwamen, zoals kinderen die niet willen eten. Dit onderwerp werd vaak gebruikt als ingang om andere problemen op voedinggebied bij ouders te signaleren. Alle geïnterviewde opvoedingsondersteuners noemden hierbij een ongezonde voedingskeuze bij ouders. Deze werd gekoppeld aan gebrekkige opvoedkundige vaardigheden. Het merendeel zag het ontbreken van structuur in gezinnen, zoals geen vaste eetmomenten en het overslaan van het ontbijt. Ook het niet stellen van grenzen op eetgebied werd vaak genoemd.

*“Die ouders kunnen gewoon geen nee zeggen. Zodra het kind begon te huilen omdat ze nee hadden gezegd, vonden ze hem zielig en kreeg hij het dubbele.”*

Daarnaast vonden opvoedingsondersteuners dat veel kinderen te weinig beweging hebben. Vrijwel alle opvoedingsondersteuners noemden specifiek de allochtone gezinnen waar zij de grootste problemen op voedings- en beweeggebied zagen. Volgens hen waren deze ouders zich vaak

niet bewust van de gevolgen van hun voedings- en beweegpatroon en hadden deze ouders een beperkte kennis van gezonde voeding.

*“Voor sommige ouders is dit echt nieuw. Ze zeggen: ‘mijn kind eet wat hij wil, hij heeft geen honger, hij speelt goed en gaat naar school, dus gaat het goed’. Maar ouders weten niet dat het zo later misschien niet goed gaat.”*

*“Die moeder zei: ‘Mijn kind is dol op patat. Maar, ik koop het niet ergens anders, maar ik maak het thuis. En soms als ontbijt.’ Dus ik zei: ‘Of je het thuis of ergens anders eet: patat is patat, erg vet.’ Toen zei ze: ‘Oh, dat wist ik niet, ik dacht dat patat thuis wel gezond was.’”*

Alle geïnterviewde opvoedingsondersteuners erkenden het belang van aandacht voor gezonde voeding en bewegen in hun werk en ze zagen hierbij een rol voor zichzelf. De meeste vonden immers dat de verandering van het voeding- en beweegpatroon bij kinderen begint bij de ouders.

*“Ik denk dat uiteindelijk de ouders meer benaderd moeten worden. Want nu gaat het via de kinderen en de scholen, maar het zijn uiteindelijk de ouders die daar wat mee moeten doen.”*

### **Werkwijze rond het thema ‘voeding en beweging’**

Aan de opvoedingsondersteuners die met het thema in aanraking kwamen is gevraagd op welk van de gebieden zij hun ondersteuning richten, namelijk attitude, sociale invloed en/of eigen-effectiviteitsverwachting. Hierbij werd de attitudeverandering het meest genoemd (tabel 2).

Tabel 2  
Overzicht percentages soort ondersteuning bij ouders

|   | <b>Nooit</b> |      | <b>Soms</b> |      | <b>Vaak</b> |      |
|---|--------------|------|-------------|------|-------------|------|
|   | n            | %    | n           | %    | n           | %    |
| <i>Totaal aantal respondenten: 43</i>   |              |      |             |      |             |      |
| Informatie geven over gezonde voeding/<br>beweging/ overgewicht (attitude).   | 3            | 7,0  | 22          | 51,2 | 18          | 41,9 |
| Het belang van gezonde voeding en bewegen bij<br>ouders onder de aandacht brengen (attitude).   | 3            | 7,0  | 16          | 37,2 | 24          | 55,8 |
| Praktische tips voor het gezin noemen om aan een gezonder voedings-<br>en beweegpatroon te kunnen werken (eigen-effectiviteitsverwachting). | 5            | 9,6  | 26          | 50,0 | 12          | 27,9 |
| Ouders het vertrouwen geven dat ze zelf aan een gezonder voedings- en<br>beweegpatroon kunnen werken (eigen-effectiviteitsverwachting).     | 3            | 7,0  | 22          | 51,2 | 18          | 41,9 |
| Ouders helpen met steun zoeken in de omgeving, bijvoorbeeld<br>vrienden/familie die mee gaan sporten of gezond koken (sociale<br>invloed).  | 11           | 25,6 | 24          | 55,8 | 8           | 18,6 |
| Ouders weerbaar maken tegen hun (ongezonde) omgeving, bijvoorbeeld<br>familie die ‘gezond eten’ niet belangrijk vindt (sociale invloed).    | 15           | 34,9 | 21          | 48,8 | 7           | 16,3 |

Zo gaf 42% van de opvoedingsondersteuners die het thema behandelden vaak informatie over gezonde voeding/beweging/overgewicht en bracht 56% vaak het belang van gezonde voeding

en bewegen onder de aandacht. Ondersteuning bij de eigen-effectiviteitsverwachting van ouders kwam op de tweede plaats. Het minst werd er ondersteund op het gebied van sociale invloed. Zo zei 26% van de opvoedingsondersteuners ouders nooit te helpen met steun zoeken in de omgeving en zei 35% ouders nooit te helpen weerbaar te maken tegen hun ongezonde omgeving.

Uit de interviews bleek dat er naast het informeren en bewust maken ook veel aandacht ging naar de opvoedingsvaardigheden rond voeding. Dit gebeurde vooral bij moeders, omdat de opvoedingsondersteuners met hen het meest in contact kwamen. Het verbeteren van specifieke opvoedingsvaardigheden was volgens de opvoedingsondersteuners ook op andere gebieden belangrijk. Zo werden vooral moeders gestimuleerd om hun gevoel van eigen-effectiviteitsverwachting te verhogen en grenzen te stellen.

*“Dus wat ik aan kennis heb, geef ik door. En ik zeg ook altijd: wát kinderen eten, daar heb jij invloed op. En hoeveel ze eten, dat bepalen je kinderen. Wat jij niet in huis haalt, kan ook niet naar binnen bij een kind. En dat geef ik ouders aan: maak regels.”*

De diepgang van de ondersteuning bij het thema voeding en bewegen was bij de schoolmaatschappelijk werkers en de oudercoaches anders dan bij de rest van de groepen. Bij deze groepen werd minder ingegaan op het eetpatroon, wat bij de andere groepen vrijwel altijd ter sprake kwam. De reden die hiervoor werd genoemd was dat er meer uitgegaan werd van de hulpvraag en deze vrijwel nooit op het gebied van voeding en beweging lag. Wel werd regelmatig naar het sportgedrag van kinderen gevraagd en met de ouders gezocht naar sportmogelijkheden.

*“Heel weinig ja. Helemaal niet eigenlijk. Meestal is de hulpvraag niet gericht op eten. Sporten en beweging automatisch wel, maar inhoudelijk over eten, nee dat niet.”*

Tevens is gevraagd in hoeverre de opvoedingsondersteuners contacten hebben met andere professionals of instanties op het gebied van voeding en beweging, waarnaar zij ouders kunnen doorverwijzen of waar zij zelf informatie kunnen opvragen. Uit de interviews bleek dat hierbij verschillen waren tussen de groepen die binnen de GG&GD werkzaam zijn (de voorlichters eigen taal en cultuur en de pedagogen van het opvoedbureau) en de rest van de groepen die daar niet onder vallen. De eerstgenoemde groepen bleken op dit gebied een breder netwerk te hebben. Ook werkten zij intensiever samen met de jeugdarts, jeugdverpleegkundigen en diëtisten.

*“En dan komen ze bij de schoolarts en die ziet dan wel dat een kind fors overgewicht heeft en vraagt dan: ‘Wilt u niet naar het opvoedbureau om dit te bespreken?’ Ik had laatst een cliënt die ik had doorverwezen gekregen door de diëtist hiernaast.”*

Bij de andere groepen leek deze samenwerking minder structureel. Een aantal opvoedingsondersteuners uit deze groep gebruikte het opvoedbureau en de jeugdarts/-verpleegkundige om aan informatie te komen over het aanbod. Wat hierbij opviel, was dat vrijwel

alle opvoedingsondersteuners, ook degene die onder de GG&GD vallen, geen compleet beeld hadden van het aanbod en hier vaak op een toevallige wijze achter kwamen.

*“Ik probeer kinderen ook wel op een sport te krijgen, via Doenja, die heeft een beweegmakelaar. Ik kwam er laatst achter via de schoolverpleegkundige. Toevallig eigenlijk. De rest van mijn collega’s wist het ook niet. Ik heb het daar ook verteld. Terwijl bleek dat hij al anderhalf jaar werkzaam was.”*

Eén opvoedondersteuners benoemde de toegevoegde waarde van gestructureerde samenwerkingsverbanden:

*“De school, schoolmaatschappelijk werk en de schoolarts komen eens in de zes weken in de zorgpilot bij elkaar om uitgebreid te bespreken op school-, hulpverlening- en gezondheidsniveau. Dus je kunt het aan alle kanten belichten waardoor het heel compact wordt. Ik merk ook duidelijk het verschil. Het is veel intensiever, de lijntjes zijn korter, je krijgt zoveel informatie.”*

### **Knelpunten van opvoedingsondersteuners**

Aan de opvoedingsondersteuners is in de interviews gevraagd waar knelpunten liggen bij het ondersteunen van ouders op het gebied van voeding en beweging. Ook hierbij was een verschil op te merken tussen de groepen die zich minder intensief bezig hielden met het thema en de groepen die dat wel deden.

De condities waarin ouders zich bevonden konden belemmerend werken om met het thema bezig te zijn. Zo kwamen vooral de schoolmaatschappelijk werkers en de oudercoaches urgentere problematiek tegen bij de gezinnen en was het thema gezonde voeding en bewegen op dat moment minder belangrijk.

*“Wat wij allemaal tegenkomen als schoolmaatschappelijk werkers, als je die in categorieën zet van nul tot tien en nul is dan niet zo erg, dan denk ik dat onder- of overgewicht zelfs op twee komen. En dat veel dingen zoveel erger zijn dan dat.”*

Verder was de financiële situatie van ouders een veelgehoorde barrière om een gezondere leefstijl aan te nemen. Veel ouders waren door gebrek aan geld niet in staat hun kinderen te laten sporten. De meeste opvoedingsondersteuners erkenden dit. Toch vonden zij dat het financiële gebrek geen geldige reden is om niet gezond te kunnen eten, maar maakten ouders vaak verkeerde voedingskeuzes.

*“En die moeder zat in de bijstand, maar maakte structureel de verkeerde keuzes. Die kocht dure vitaminepillen voor die kinderen, en die legde dan geen brood op tafel maar een pak koeken.”*

De opvoedingsondersteuners die wél intensiever konden werken aan gedragsverandering vonden het moeilijk om de attitude van ouders te veranderen. De culturele waarde van voeding bij allochtone gezinnen was hierbij een belangrijk aspect.

*“Wat ik wel van ouders weet, is dat zij van het dorp kwamen, en zij hadden niet veel financiële mogelijkheden. En nu zij het geld eindelijk wel hebben, willen zij hun kinderen niet tekort doen, dus alles in huis halen. Dat is hun manier van liefde naar voren brengen.”*

*“Als ze die kennis hebben, dan doen ze er wel wat mee, maar dat zijn de Nederlandse. De Marokkaanse en Turkse ouders, daar is eten ook een bepaald onderdeel van familiegebeuren.”*

Omdat de opvoedingsondersteuners vaak alleen met de moeder spraken, hadden zij voornamelijk invloed op de attitude van de moeder. De sociale omgeving van de moeder werd regelmatig als barrière gezien voor zowel de moeder als de opvoedingsondersteuner.

*“Ik had laatst nog een moeder die het wel als probleem ziet, dat het kind overgewicht heeft. Maar van haar man mag zij het kind niet laten huilen. Dus dat kind kan eten wat hij wil.”*

*“Je kunt die vrouw helpen meer vertrouwen en empowerment te geven en ‘wat je dan kunt doen, doe dat!’ Maar ja, daar kan ik verder niet aankomen.”*

Daarnaast bleek dat de grens van de ondersteuning op dit gebied vaak lag bij de beperkte tijd die er voor was. Na de focus op de bewustwording en het geven van adviezen op voeding en beweeggebied, was er bij de meeste opvoedingsondersteuners geen tijd meer om de gedragsverandering te begeleiden en te monitoren. Uitzondering hierop waren de vrijwilligers van Homestart, die gezinnen voor langere tijd begeleidden.

### **Behoeftes van opvoedingsondersteuners**

Aan de opvoedingsondersteuners is via de vragenlijst gevraagd in hoeverre zij zelf behoefte hebben aan ondersteuning om ouders beter te kunnen helpen op het gebied van voeding en bewegen. Uit de antwoorden bleek dat 85% van de opvoedingsondersteuners in meer of mindere mate behoefte had aan ondersteuning. Ook is hierbij een zestal mogelijkheden met drie antwoordcategorieën voorgelegd. Op elk gebied was in meer of mindere mate behoefte aan ondersteuning gewenst. In tabel 3 volgt een overzicht met de percentages per behoefte.

Tabel 3  
*Overzicht percentages behoeftes van opvoedingsondersteuners*

|  | <b>Geen behoefte</b> |      | <b>Matige behoefte</b> |      | <b>Veel behoefte</b> |      |
|--|----------------------|------|------------------------|------|----------------------|------|
|  | n                    | %    | n                      | %    | n                    | %    |
| <i>Totaal aantal respondenten: 52</i>  |                      |      |                        |      |                      |      |
| Mijn eigen kennis over gezonde voeding/<br>beweging/ overgewicht (attitude).   | 23                   | 44,2 | 20                     | 38,5 | 9                    | 17,3 |
| Het belang van gezonde voeding en bewegen bij<br>ouders onder de aandacht brengen (attitude).  | 15                   | 28,8 | 25                     | 48,1 | 12                   | 23,1 |
| Praktische tips voor het gezin noemen om aan een gezonder voeding-<br>en beweegpatroon te kunnen werken (eigen-effectiviteitsverwachting). | 13                   | 25,0 | 19                     | 36,5 | 20                   | 38,5 |
| Ouders het vertrouwen geven dat ze zelf aan een gezonder voeding-<br>en beweegpatroon kunnen werken (eigen-effectiviteitsverwachting).     | 15                   | 28,8 | 26                     | 50,0 | 11                   | 21,2 |
| Ouders helpen met steun zoeken in de omgeving, bijvoorbeeld<br>vrienden/familie die mee gaan sporten of gezond koken (sociale invloed).    | 18                   | 34,6 | 25                     | 48,1 | 9                    | 17,3 |
| Ouders weerbaar maken tegen hun (ongezonde) omgeving, bijvoorbeeld<br>familie die 'gezond eten' niet belangrijk vindt (sociale invloed).   | 18                   | 34,6 | 24                     | 46,2 | 10                   | 19,2 |

De meeste behoefte lag bij het belang van gezonde voeding onder de aandacht brengen (23% veel behoefte en 48% matige behoefte), het geven van praktische tips aan ouders (39% veel behoefte en 37% matige behoefte) en het vertrouwen geven aan ouders dat zij zelf aan een gezonder voeding- en bewegingspatroon kunnen werken (21% veel behoefte en 50% matige behoefte). Hieruit is op te maken dat opvoedingsondersteuners het meest behoefte hadden aan ondersteuning bij het bevorderen van de eigen- effectiviteit van ouders. In de interviews is dieper ingegaan op de behoeftes.

### *Eigen kennis*

Van de opvoedingsondersteuners had 56% behoefte aan ondersteuning op het gebied van eigen kennis. Uit de interviews is gebleken dat niet elke opvoedingsondersteuner genoeg kennis over gezonde voeding en bewegen dacht te hebben. De eigen kennis beek vooral opgedaan te worden uit de persoonlijke ervaringen en hing niet samen met de beroepsgroep:

*“Nee, ik heb het idee dat mijn kennis daarover behoorlijk groot is. Ik ben best wel een gezondheidsfreakje, sporten, gezond eten. Ik denk dat dat wel voldoende is, in ieder geval om het daar met de ouders over te hebben.”*

*“Wat ik zeg, ik doe het nu een beetje op eigen, ja wat ik denk.. een beetje intuïtie en hoe doe ik het met mijn kinderen. Maar ja, je hoopt dat het goed is maar echt zeker weten doe je het niet.”*

De opvoedingsondersteuners die zelf behoefte hadden aan meer kennis rond voeding en beweging zouden dit graag zien in de vorm van een workshop. Daarbij benoemden twee respondenten uit verschillende groepen ook de behoefte van hun collega's:

*“En op een themaachtend een workshop over gezonde voeding is zeker welkom. Ik denk dat je heel veel vragen krijgt.”*

#### *Doorverwijsmogelijkheden*

De meeste geïnterviewde opvoedingsondersteuners misten een sociale kaart van het aanbod in hun wijk rond gezonde voeding en beweging. Een overzicht van dit aanbod zou volgens hen het opvragen van eigen informatie en doorverwijzen van ouders volgens de opvoedingsondersteuners vergemakkelijken.

*“Maar ja als er dus meer informatie zou komen vanuit de GG&GD bijvoorbeeld, hoe je dat beter kunt aanpakken of misschien doorverwijzen of waar ze informatie kunnen krijgen, ik zou dat wel prettig vinden. Dat ik ook weet dat er echt een speciaal iets is waar dat heel erg thuis hoort. Nu is dat voor mij nog een beetje vaag.”*

#### *Meer betrokken bij programma Gezond Gewicht*

Enkele geïnterviewde opvoedingsondersteuners zouden binnen hun werk het thema een grotere rol willen laten spelen. Dit zou dan wel in teamverband besloten moeten worden, zodat er meer draagvlak is.

*“Als ouders het helemaal niet als probleem zien, dan laat ik het ook. Heel vaak laat ik het daarbij dan. Wel zonde hoor, ergens denk ik dat het een gemiste kans is. Ik denk wel dat het goed zou zijn als wij daar wat meer op gefocust zijn.”*

Een aantal van hen zag dat een slecht voedings- en beweegpatroon vaak samenhang met andere problematiek van hun cliënten en vond dat meer aandacht hierop een verrijking zou zijn van de ondersteuning.

*“Ik zie het ook niet als ‘dat moet er ook nog bij,’ ik zie het meer iets om mij te kunnen helpen om het ook over te hebben. Het is niet zo dat het mijn werk in de weg staat. Nee, ik zie het meer als een toevoeging.”*

#### Conclusie en discussie

In dit onderzoek stonden de vragen centraal, op welke manier opvoedingsondersteuners in Utrecht bij contacten met ouders werken aan het thema gezonde voeding en bewegen, welke knelpunten de opvoedingsondersteuners hierbij tegenkomen en welke behoeftes zij hebben om ouders beter te stimuleren tot een gezonder voedings- en beweegpatroon bij hun kinderen. Het doel van het onderzoek was om aanbevelingen te doen voor de GG&GD Utrecht om vanuit het programma



Gezond Gewicht een gericht ondersteuningsaanbod te bieden aan deze groep professionals. Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn bij 52 opvoedingsondersteuners vragenlijsten afgenomen. Hierbij zijn verschillende groepen opvoedingsondersteuners benaderd. De vragenlijsten zijn grotendeels afgenomen in werkoverleggen, waardoor de meeste opvoedingsondersteuners hebben deelgenomen en dit de generaliseerbaarheid ten goede is gekomen. Vervolgens is bij 13 van deze respondenten een interview afgenomen. Uit elke groep opvoedingsondersteuners zijn hiervoor respondenten gekozen, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek heeft vergroot.

Van de ondervraagde opvoedingsondersteuners bleek 83% zich bij contacten met ouders regelmatig bezig te houden met het thema voeding en bewegen. Alle geïnterviewde opvoedingsondersteuners erkenden het belang van aandacht voor gezonde voeding en bewegen in hun werk en zagen hierbij een rol voor zichzelf. Daarbij had 85% van de opvoedingsondersteuners in meer of mindere mate behoefte aan ondersteuning bij het behandelen van dit thema.

Een probleem op voedingsgebied dat alle opvoedingsondersteuners signaleerden bij ouders was een ongezonde voedingskeuze. Hieraan werden gebrekkige opvoedingsvaardigheden gekoppeld, zoals onregelmatige eetmomenten en het niet stellen van grenzen bij het voedingsgedrag van kinderen. Opvoedingsondersteuners vonden daarnaast dat veel kinderen onvoldoende bewegen. De meerderheid van de opvoedingsondersteuners stelde dat allochtone ouders de meeste problemen hebben op voedings- en beweeggebied.

De opvoedingsondersteuners die met het thema voeding en bewegen bezig waren, richtten zich het meest op attitudeverandering bij ouders, zoals het bewust maken van ouders van een (dreigend) gewichtsprobleem en het geven van kennis over voeding en bewegen. Daarnaast werkten de opvoedingsondersteuners veel aan de algemene opvoedingsvaardigheden van vooral moeders, zoals het stellen van grenzen op eetgebied. Uit de vragenlijsten bleek dat opvoedingsondersteuners zich het minst richtten op de sociale invloed van ouders, zoals het weerbaar maken van ouders tegen een ongezonde omgeving. Opvallend is dat de samenwerking met andere instanties op het gebied van voeding en bewegen onder de opvoedingsondersteuners niet structureel was en bij sommige helemaal niet bestond. Vooral de groepen die niet onder de GG&GD vallen hadden op dit gebied weinig contacten met andere professionals, ondanks dat zij aangaven vooral een signaleer- en doorverwijsfunctie te hebben. Zij noemden tijdgebrek en/of urgentere problematiek bij ouders op een ander gebied waardoor zij minder diepgaand op het thema voeding en bewegen konden ingaan.

Knelpunten die opvoedingsondersteuners tegenkwamen lagen vooral bij culturele aspecten. In de meeste allochtone gezinnen heeft voeding een hoge sociale waarde, waardoor het moeilijk was om deze ouders voldoende bewust te maken van het belang van gezonde voeding en meer bewegen opdat dit leidt tot gedragsverandering. Verder bereikten opvoedingsondersteuners vaak alleen de

moeders en was dit niet genoeg om het patroon in het hele gezin te veranderen. Als familieleden niet achter de keuze van een gezonder stonden, dan konden opvoedingsondersteuners hier vaak geen invloed op uitoefenen. Dit kan een reden zijn voor het feit dat zij zich het minst richtten op de sociale invloed. De behoeftes aan ondersteuningsaanbod van opvoedingsondersteuners lagen dan ook vooral bij het aspect waar zij wel invloed op konden uitoefenen: de eigen-effectiviteit van ouders, zoals het beter kunnen empoweren van ouders om zelf iets aan hun voedings- en bewegingsgebied te doen. Ook misten opvoedingsondersteuners een sociale kaart van het aanbod in de wijk gericht op voeding en/of bewegen waarnaar zij ouders kunnen doorverwijzen of waar zij zelf informatie kunnen opvragen. Tenslotte was de eigen kennis rond voeding en bewegen niet bij elke opvoedingsondersteuner voldoende om ouders goed te kunnen helpen, zo had 56% van hen in meer of mindere mate behoefte aan het vergroten van deze kennis.

Uit voorgaande blijkt dat de meeste opvoedingsondersteuners aan hulp bij daadwerkelijke gedragsverandering op voedings- en bewegingsgebied niet toekomen. Om hun positie te versterken, zouden zij kunnen werken aan de taken die zij wél kunnen uitvoeren. Zoals gezegd richten opvoedingsondersteuners zich vooral op de attitudeverandering van ouders. In de literatuur wordt beschreven dat voldoende bewustwording van het eigen voeding- en bewegingsgedrag bij ouders een onmisbare stap voor gedragsverandering is (Elder, Zyzla & Harris, 1999). Ouders die niet beseffen dat hun kind overgewicht heeft of niet weten dat dit een probleem is, zijn niet klaar om ondersteuning of interventie te ontvangen. Bij de bewustmaking van ouders ligt dan ook een belangrijke taak voor opvoedingsondersteuners, die alleen uitgevoerd kan worden als zij zelf over voldoende kennis en vaardigheden beschikken. Ondersteuning bij de volgende stap naar gedragsverandering zal grotendeels bij andere instanties liggen, maar betekent voor opvoedingsondersteuners dat zij ouders kunnen doorverwijzen naar professionals in het werkveld. Daarnaast hebben opvoedingsondersteuners de vaardigheid nodig om bij ouders de eigen-effectiviteitsverwachting te versterken, zodat zij de stap naar gedragsverandering willen en kunnen maken.

De Vries et al. (1988) stellen dat er op drie determinanten –attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteitsverwachting- gericht moet worden voordat de intentie tot gedragsverandering bereikt wordt. Aangezien opvoedingsondersteuners zich vooral richten op de attitude en in mindere mate op de sociale invloed, bestaat de kans dat hun inspanningen niet zullen leiden naar een intentie tot gedragsverandering. Om dit wel te bereiken zullen opvoedingsondersteuners hun ondersteuning meer moeten verdelen over de drie determinanten.

Wel kan de vraag gesteld worden of van opvoedingsondersteuners verwacht mag worden dat zij zelfstandig een intentie tot gedragsverandering bij ouders teweegbrengen. Vanuit een

communitybenadering gezien is aanvulling en ondersteuning door andere professionals nodig om gedragsverandering te realiseren. Verschillende disciplines zetten hierbij hun expertise en materiële, sociale en machtsmiddelen in om gezond gedrag te bevorderen (Norton, McLeroy, Burdine, Felix & Dorsey, 2002). Omdat opvoedingsondersteuners weinig invloed hebben op de sociale omgeving van moeders, zal de omgeving via een andere weg dan opvoedingsondersteuning bereikt moeten worden om gedragsverandering in gezinnen te realiseren. De intersectorale samenwerking tussen deze groep intermediairs en andere instanties zal versterkt moeten worden om gezamenlijk dit doel te kunnen bereiken. Dit benadrukt het belang van de communitybenadering: een breder draagvlak creëren om meer invloed uit te oefenen op de bevolking en daarbij ook de sociale omgeving van moeders te bereiken (Butterfoss & Kegler, 2002).

Uit dit onderzoek is gebleken dat opvoedingsondersteuners een belangrijke rol kunnen vervullen bij het stimuleren van ouders tot een gezonder voedings- en beweegpatroon van hun kinderen. Ook sluit hun werk aan bij de communitybenadering om de doelen van het programma Gezond Gewicht te helpen behalen, zoals het vergroten van empowerment bij ouders en het participeren van ouders bij activiteiten gericht op voeding en bewegen. Toch bespreekt 17% van de opvoedingsondersteuners nooit het thema in contacten met ouders. De reden hiervoor kan zijn dat zij bij ouders geen problemen zien ten aanzien van dit thema, maar het kan ook betekenen dat zij het thema voeding en bewegen niet hoog genoeg op hun agenda hebben staan. Een goed aanknopingspunt voor het versterken van de betrokkenheid bij het thema voeding en bewegen is de behoefte van enkele opvoedingsondersteuners om het thema meer aandacht te geven in hun werk. Om de gehele community, maar vooral de opvoedingsondersteuners zelf zich van hun belangrijke rol bewust te maken, zullen zij een prominentere plaats binnen het programma Gezond Gewicht moeten innemen.

## Aanbevelingen

Uit dit onderzoek is gebleken dat 85% van de opvoedingsondersteuners in Utrecht behoefte heeft aan ondersteuning bij het thema voeding en bewegen. Een ondersteuningsaanbod voor deze professionals is daarom wenselijk. Naar aanleiding van de bevindingen uit dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan aan de GG&GD Utrecht om vanuit het programma Gezond Gewicht een ondersteuningsaanbod te kunnen doen aan opvoedingsondersteuners in Utrecht:

### **Versterken van rol bij bewustmaking van ouders**

Gebleken is dat opvoedingsondersteuners zich vooral op de attitudeverandering van ouders richtten, zoals het geven van informatie en het bewust maken van het belang van gezonde voeding en bewegen. Omdat dit een onmisbare eerste stap is op weg naar gedragsverandering, wordt aanbevolen om deze taak te versterken. De kennis en vaardigheden van opvoedingsondersteuners moet hiervoor voldoende zijn. Hierbij is het ook belangrijk dat opvoedingsondersteuners kunnen omgaan met de culturele aspecten van voeding en bewegen in allochtone gezinnen.

Daarnaast wordt aanbevolen om ondersteuningsaanbod te richten op het kunnen vergroten van de eigen-effectiviteitsverwachting van ouders, zodat zij ouders genoeg empowerment kunnen geven om tot een intentie tot gedragsverandering te komen.

### **Betere kennis van doorverwijsmogelijkheden**

De meeste opvoedingsondersteuners vervullen vooral een signaleer- en doorverwijfsfunctie bij het thema voeding en bewegen. Dit zijn vooral de opvoedingsondersteuners die niet binnen de GG&GD vallen. Voor deze intermediairs is het belangrijk dat zij ouders op de juiste manier kunnen doorverwijzen naar instanties die gericht zijn op het daadwerkelijk veranderen van het voedings- en beweegpatroon. Uit dit onderzoek blijkt dat vrijwel alle opvoedingsondersteuners een overzicht van aanbod in hun wijk missen. Aanbevolen wordt dan ook om te zorgen dat zij een sociale kaart van instanties gericht op voeding en bewegen tot hun beschikking hebben. Op deze manier zal de doorverwijzing van ouders en kinderen naar het aanbod vergroot worden en daarmee de participatie van de doelgroep in het aanbod.

### **Grotere betrokkenheid bij het communityproject**

Zoals gezegd moet er op drie aspecten gericht worden om gedrag bij ouders te veranderen: attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteitsverwachting. Gebleken is dat opvoedingsondersteuners vaak alleen de moeders bereiken en weinig invloed hebben op de sociale omgeving van moeders. Zo kan de sociale druk van familieleden ervoor zorgen dat moeders geen gezonder voedingspatroon aannemen. Dit betekent dat opvoedingsondersteuners alleen niet in staat zijn om ouders optimaal te kunnen stimuleren om tot gedragsverandering te leiden. Om ook deze omgeving aan te zetten tot gedragsverandering zal ondersteuning en aanvulling vanuit andere disciplines nodig zijn. Aanbevolen wordt om de groep opvoedingsondersteuners meer te betrekken bij de activiteiten van het programma Gezond Gewicht, zodat de interdisciplinaire samenwerking wordt vergroot en de interventie efficiënter verloopt. Op deze manier zal een groter draagvlak ontstaan voor de gezamenlijke boodschap: gezondere voeding en meer bewegen. Tenslotte zal een grotere

betrokkenheid bij het project ervoor zorgen dat deze groep professionals meer bewust wordt van hun rol en taken in het gehele proces van gedragsverandering bij ouders.

## Literatuur

- Asp, N.-G., Björntorp, P., Britton, M., Carlsson, P., Kjellström, T., Marcus, C., Nerbrand, C., Naslund, I., Ranzlov, E., Rossner, S., Sjöstrom, L., & Ostman, J. (2002). *Obesity – problems and interventions. A systematic review*. Stockholm: The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de & Teunissen, J. (1995). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Bemelmans, W. J. E., Wendel-Vos, G. C. W., Bos, G., Schuit, A. J. & Tijhuis, M. A. R. (2004). *Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg; een verkennende studie naar de effecten*. Bilthoven: RIVM.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Bosch, M. van den, Koornstra, A. & Mascini, M. (2006). *Gezondheidsbevordering bij GGD'en*. Utrecht: GGD Nederland.
- Bulk-Bunschoten, A. M. W., Renders, C. M., Leerdam, F. J. M. van & Hira Sing, R. A. (2005). *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg*. Amsterdam: VUMC.
- Braet, C. (2001). Hoe ontwikkelt zich kinderobesitas? De rol van omgevingsfactoren, leerprocessen en psychologische factoren. In C. Braet & M.A.J.M. van Winckel (2001). *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Lochem.
- Brug, H. van der & Horstmanshoff, M. A. (2001). *Sportgedrag Jongeren in Amsterdam*, Amsterdam: Stichting Sportinitiatieven Amsterdam.
- Butterfoss, F.D. & Kegler, M.C. (2002). Toward a comprehensive understanding of community coalitions: moving from practice to theory. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.). *Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for improving public health* (p. 157–193). San Francisco: Jossey-Bass.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2008). *Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl*. Verkregen op 12 mei, 2008, van

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=03799&D1=242,254,267-270&D2=0-2,4-7&D3=0&D4=0,4-7&HD=080509-0835&HDR=G2,T&STB=G1,G3>

- Donkers, E. C. M. M., Douwes, A. C. & Hammink, J. (red.)(1999). *Voedingsadviesing bij jonge kinderen*. Assen: Van Gorcum.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D.B. & Ludwig, D.S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*, 360, 473-82.
- Elder, J. P., Zyzla, G.X. & Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 275–284
- Gard, M. & Wright, J. (2005). *The Obesity Epidemic: Science, Morality and Ideology*. London: Routledge.
- Gezondheidsraad (2003). *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GG&GD Utrecht (2007). *Plan van Aanpak Gezond Gewicht*. Utrecht: GG&GD.
- Golan, M., Weizman, A., Apter, A., Fainaru, M. (2008). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67, 1130–1135.
- Guo, S.S., Wu, W., Chumlea, W.C. en Roche, A. F. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *American Journal of Clinical Nutrition*, 76, 653-658.
- Harting, J. en Assema, P. van (2007). *Community-projecten in Nederland: de eeuwige belofte?* Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (1992). *Communities that Care. Action for drug abuse prevention*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hashima, P. & Amato, P. (1994). Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development*, 65, 394-403.
- Hediger, M.L., Overpeck, M.D., Kuczumarski, R.J. & Ruan, J.W. (2001). Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2453-2460.
- Hill, J.O. (2002). Long-term maintenance of weight from the National Weight Control Registry. *International Journal of Obesity*, 26, 127- 482.
- Hoffman, K. & Jackson, S. (2003). A review of the evidence for the effectiveness and costs of interventions preventing the burden of non-communicable diseases: How can health systems respond?

- Inglis, V., Ball, K. & Crawford, D. (2007). Socioeconomic variations in women's diets: what is the role of perceptions of the local food environment? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 191–197.
- Kelly, J. G. (1986). Content and process: An ecological view of the interdependence of practice and research. *American Journal of Community Psychology*, 14, 581-589.
- Kemper, H.G.C., Ooijendijk, W.T.M. & Stiggelbout, M. (2000). Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 78, 180-183.
- Kloek, G. C, Lenthe, F. J. van, Nierop, P. W. M. van, Schrijvers, C. T. M. & Mackenbach, J. P. (2006). Stages of change for moderate-intensity physical activity in deprived neighborhoods. *Preventive medicine*, 43, 325-331.
- Kousemaker, N. P .J. & Timmers - Huigens, D. (1985). Pedagogische hulpverlening in de eerste lijn. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 14, 549-565.
- Lechner, L.J., Brug, J., De Vries, H., Assema, P. van & Mudde, A. (1998). Stages of change for fruit, vegetable and fat intake: consequences of misconception. *Health Education Research*, 13, 1-11.
- MacLeod, J. & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1127-1149.
- Miller & Rollnick (1999). *Motivational Interviewing: preparing people for change*. New York: The Guilford Press.
- Ministerie van VWS (2007). *Alle kansen voor alle kinderen: programma voor jeugd en gezin 2007-2011*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van VWS (2007). *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: VWS.
- Norton, B. L., McLeroy, K. R., Burdine, J. N., Felix, M. R. J. & Dorsey, A. M. (2002). Community capacity. Concept, theory, and methods. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.). *Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for improving public health* (p. 194-227). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Overbeek, K. van, Bakker, I., Vries, S. I. de & Hopman-Rock, M. (2005). *Rol kinderopvang in de preventie van bewegingsarmoede en ongezonde voeding bij 0-4 jarigen*. Leiden: TNO-rapport.
- Prentice, A. M. (1997). Obesity – The inevitable penalty of civilization? *British Medical Bulletin*, 53, 229-237.
- Prinsen, B. (2005). *Steun aan ouders rondom de geboorte en het opgroeien van hun eerste kind*. Utrecht: NIZW.

- Prinsen, B. & Koch, W. (2001). *Vragen staat vrij. Naar een vraaggerichte opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: NIZW.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38–48.
- Renders, C.M., Seidell, J.C., Mechelen, W. Van & Hirasing, R.A. (2003). *Overgewicht bij kinderen en adolescenten*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Rhee, K.E., Lumeng, J.C., Appugliese, D.P., Kaciroti, N. & Bradley, R.H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117, 2047-2054.
- Rijpma, S. G. & Roques, C. (2000). *Diversiteit in vrijetijdsbesteding. Rapportage van een onderzoek naar de deelname van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse Rotterdammers van de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> generatie aan onder andere cultuur, openluchtrecreatie en sport in 1999*. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS).
- Ritchie, L. D., Crawford, P. B., Hoelscher, D. M. & Sothorn, M.S. (2006). Position of the American Dietetic Association: Individual-, Family-, School-, and Community-Based Interventions for Pediatric Overweight. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 925-945.
- Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Strauss, R.S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105, 1–5.
- Storm, I., Nijboer, C., Wendel-Vos, G. C. W., Visscher, T. L. S. & Schuit, A. J. (2006). *Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging; nationale en lokale mogelijkheden*. Bilthoven: RIVM.
- Thompson, B. & Kinne, S. (1999). Social Change Theory. Applications to community health. In: N. Bracht (eds.), *Health promotion at the community level 2 – New advances* (p. 29-58). Thousand Oaks: Sage.
- Hurk, K. van den, Dommelen, P. van, Wilde, J. A. de, Verkerk, P. H., Buuren, S. van & HiraSing, R. A. (2006). *Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004*. Leiden: TNO.
- Vaandrager, L. (2001). Gezonde wijken. In: J.F.E.M. Keijsers en L. Vaandrager (red.), *Gezond leven, stand van zaken en voorstel voor programmering*. Den Haag: Zorg Onderzoek Nederland.
- Vandemeulebroecke, L. (1995). Opvoedingsondersteuning en pedagogische preventie als beleidsterrein. In H. Haerden & D. Janssen (Red.), *Pedagogische preventie: een antwoord op kansarmoede?* (p. 63-72). Leuven: Garant.



- Voedingscentrum (2008). *Gezond Gewicht*. Verkregen op 23 april, 2008, van <http://www.voedingscentrum.nl/EtenEnGezondheid/Gewicht/gezond+gewicht/>
- Volksgezondheidsmonitor Utrecht (2005). *Themarapport Jeugd*. Utrecht: GG&GD Utrecht.
- Vries, H. de, Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research*, 3, 273-282.
- Vries, S. I. de, Bakker, I., Overbeek, K. van, Boer, N. D. & Hopman-Rock, M. (2005). *Kinderen in prioriteitswijken: lichamelijke (in)activiteit en overgewicht*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- World Health Organisation (2003). *The SuRF Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current status of global data*. Geneve: WHO.