

Preventie overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg; gewichtig genoeg?!

Afstudeeronderzoek

Student:	mw. W.J. Brink-Melis
Studentnummer:	3098818
Status:	definitief
Opleiding:	Masteropleiding Verplegingswetenschap UMC-Utrecht, Universiteit Utrecht
Begeleider:	mw. Drs. G. van der Hoof-Leemans
Blokdocent:	dhr. Dr. J.J. Georges
Stage-instelling:	Icare Jeugdgezondheidszorg, Meppel
Aantal woorden artikel:	4923
Aantal woorden samenvatting:	299
Aantal woorden abstract:	278
Beoogd wetenschappelijk tijdschrift:	International Journal of Obesity
Referentiestijl:	volgens tijdschrift "International Journal of Obesity"
Datum:	10 juli 2009

Samenvatting

TITEL: *Preventie overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg; gewichtig genoeg?!*

INLEIDING: *De prevalentie van overgewicht bij jonge kinderen stijgt de laatste decennia sterk. Aandacht voor preventie van overgewicht is belangrijk. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft preventie als kerntaak en hoort in het kader hiervan ouders aan te moedigen tot het zorgen voor een evenwichtige energiebalans van hun kinderen. Op dit moment ligt het accent echter meer op signalering van overgewicht dan op preventie hiervan. Tevens wordt de preventie niet uniform uitgevoerd.*

DOEL: *Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de uitvoering van de preventie door de JGZ en de beïnvloedende factoren hierop. Hierdoor kunnen verbeterpunten worden geformuleerd voor de uitvoering van de preventie.*

METHODE: *Een beschrijvend, correlatieel en dwarsdoorsnede kwantitatief onderzoek onder 127 JGZ professionals (zowel artsen als verpleegkundigen) bij een thuiszorginstelling voor JGZ in het midden en noorden van het land. De data werden verzameld middels de 'Vragenlijst van Dera'.*

RESULTATEN: *De respons bedroeg 92,1% (n=117). Bij 89,7% van alle respondenten is sprake van erkenning van het belang van preventie. Tegelijkertijd geeft 73,5% van de respondenten aan het moeilijk te vinden om preventie van overgewicht te bespreken bij ouders die weerstand tonen. Dit wordt met name aangegeven door respondenten werkzaam in lage Sociaal Economische Status wijken. Van de respondenten geeft 40,2% aan niet met een richtlijn voor overgewicht te werken.*

CONCLUSIE/AANBEVELINGEN: *Dit onderzoek laat een verschil zien tussen de huidige uitvoering en de gewenste (meer uniforme) uitvoering van de preventie van overgewicht. Scholing in motiverende gespreksvoering kan helpen dit verschil te verkleinen en hoort een basiscompetentie te worden voor de JGZ professionals. Aanpassing van voorlichtingsmateriaal en richtlijnen voor de populatie in de lage SES wijken is nodig. Nader onderzoek naar de implementatiecultuur van richtlijnen binnen de JGZ is wenselijk.*

TREFWOORDEN: *preventie; overgewicht; kinderen; jeugdgezondheidszorgprofessionals; motiverende gespreksvoering.*

Inleiding

Toename overgewicht jonge kinderen

De prevalentie van overgewicht en obesitas bij jonge kinderen is de afgelopen decennia sterk toegenomen.¹ Een op de zeven jonge kinderen heeft overgewicht.² Deze kinderen eten meer dan nodig is voor een normale groei en beweging, waardoor hun energiebalans niet in evenwicht is. De energiebalans is de balans tussen de energie-inname (via de voeding) en het energiegebruik (door lichamelijke activiteit), waarbij genetische, biologische, psychosociale en omgevingsfactoren een rol spelen.^{3,4} Door een langdurige onevenwichtigheid van deze energiebalans ontstaat overgewicht. Bij obesitas is sprake van ernstig overgewicht.¹ In het verdere verloop van dit artikel wordt gesproken over overgewicht,

maar daaronder wordt tevens obesitas verstaan. Onderzoek toont aan dat de prevalentie van overgewicht bij kinderen het snelst is toegenomen bij de lage SES-groepen (Sociaal Economische Status) en niet-westerse groepen van de bevolking.⁵

Overgewicht op jeugdige leeftijd is gerelateerd aan overgewicht op volwassen leeftijd⁶, waardoor de toename van overgewicht bij kinderen ook implicaties heeft voor de morbiditeit bij volwassenen. Behandeling van overgewicht bij kinderen laat tot op heden teleurstellende resultaten zien.⁷ In dit kader spreekt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie VWS) van een snel groeiend probleem. Naast allerlei individuele lichamelijke- en psychosociale problemen als diabetes mellitus type 2, cardiovasculaire ziekten en een negatief zelfbeeld brengen de gevolgen van overgewicht ook grote economische schade met zich mee.⁸

Uit onderzoeken die gedaan zijn naar de ontwikkeling van overgewicht bij jonge kinderen komen als belangrijke risicofactoren een ongezonde leefstijl en ongezonde voedingsgewoonten van de ouders naar voren.⁹ Voorbeelden hiervan zijn het belonen van kinderen met eten,¹⁰ het gebruik van vermageringsdiëten door de ouders⁹ en het eigen overgewicht van de ouders.¹¹ Ook een ongezond beweegpatroon, waarbij kinderen weinig actief (buiten) spelen en waarbij teveel televisie- en computergebruik toegestaan wordt, komt als belangrijke risicofactor naar voren.⁴ Deze ongezonde voedings- en leefstijlgewoonten en een ongezond beweegpatroon komen vaker voor bij groepen met een lage SES en niet-westerse groepen dan bij de rest van de bevolking.^{4,5,11,12} Tenslotte speelt bezorgdheid over groei een rol, bijvoorbeeld bij te vroeg geboren baby's of huilbaby's.¹³ Ouders zijn geneigd als eerste te denken dat hun baby honger heeft als het huult, waardoor mogelijk een teveel aan voeding gegeven wordt.¹³

Het geven van borstvoeding en een gezonde leefstijl met gezonde voedings- en beweeggewoontes komen naar voren als beschermende factoren.⁴ Een sociale en culturele omslag van de samenleving naar een positievere benadering ten aanzien van gezonde voedings- en beweeggewoonten lijkt essentieel om het belang van preventie van overgewicht verder te onderstrepen.¹⁴

Belang van preventie en de rol van de JGZ

Preventie is de kerntaak van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) professionals (artsen en verpleegkundigen) en is gericht op het beschermen of bevorderen van de gezondheid en daarmee op het voorkomen van meerdere ziekten.¹⁵ In figuur 1 wordt het landelijke takenpakket van de JGZ¹⁶ nader toegelicht.

Bij jonge kinderen zijn ouders de eerst verantwoordelijke voor de voedings- en leefstijlontwikkeling van hun kinderen. Onder preventie van overgewicht wordt in dit kader daarom verstaan: het aanmoedigen van ouders tot het zorgen voor een evenwichtige energiebalans van hun kinderen.¹⁷

In de dagelijkse praktijk ten aanzien van overgewicht, richt de JGZ zich op dit moment vooral op het signaleren ervan en op het verwijzen van ouders met kinderen met overgewicht naar derden (bijvoorbeeld diëtisten). Dit vindt plaats aan de hand van de beoordeling van de lengte en gewichtsgroei. Er lijkt nog weinig aandacht te zijn voor preventie en een landelijke evidence based richtlijn op dit gebied bestaat nog niet.⁴ Op basis van best-practice zijn landelijke richtlijnen (zie figuur 1) ontwikkeld, maar deze worden niet door alle JGZ organisaties gebruikt.¹⁸ Ook is de wijze waarop deze richtlijnen vertaald worden naar de eigen JGZ organisatie verschillend, waardoor er geen sprake is van uniformiteit.⁴

Uit onderzoeken die gedaan zijn naar de rol van de professional bij de preventie van overgewicht komt een aantal belemmerende factoren naar voren. Professionals zien zelf het belang van preventie niet voldoende in.^{11,19} Gebrek aan vaardigheden met betrekking tot motiverende gesprekstechnieken in het bespreekbaar maken van het risico op overgewicht, kan hieraan ten grondslag liggen. Het ontbreken van goed geïmplementeerde richtlijnen, een tekort aan adequate kennis ten aanzien van de achtergronden van de oorzaken van overgewicht en de risicofactoren hierbij, zijn eveneens van invloed.²⁰ Voorts kan door tijdsgebrek, wat vaak een geldprobleem is, te weinig aandacht besteed worden aan het motiveren van ouders tot het verbeteren van de voedings- en beweegpatronen van hun kinderen.²¹ Tenslotte zijn er aanwijzingen uit de literatuur dat eigen overgewicht van de professional een belemmerende invloed heeft op het bespreekbaar maken van het overgewichtprobleem met ouders.²²

Figuur 1 Basistakenpakket JGZ¹⁶

Theoretisch kader

Het model van Paulussen²³ is in dit onderzoek gebruikt, omdat het rekening houdt met de hierboven genoemde belemmerende factoren bij het in kaart brengen van een gedragsverandering. Onder 'gedragsverandering' wordt in dit onderzoek verstaan: het veranderen van de nadruk op het signaleren van overgewicht naar de nadruk op de preventie van overgewicht en het bespreekbaar maken hiervan met de ouders door de JGZ professionals. Daarnaast wordt ook een gedragsverandering bedoeld in de zin van het loslaten van de eigen werkwijze richting het gebruiken van de uniforme, landelijk

ontwikkelde, best practice richtlijnen. Binnen het model van Paulussen staan de kenmerken van de beoogde gebruiker (de JGZ professional) centraal. Deze kenmerken zijn onder andere de ervaren bruikbaarheid en toepasbaarheid van een richtlijn, kennis over de inhoud, het volgen van een scholing, de ervaren ondersteuning en de eigen effectiviteitsverwachting. Daadwerkelijke verandering veronderstelt niet alleen het gebruik van nieuwe materialen en richtlijnen, maar ook verandering van gedrag en attitude van de gebruiker (de JGZ professional).²³ Om het concept 'gedrag van de gebruiker' verder uiteen te rafelen is het ASE (Attitude, Sociale invloeden en eigen Effectiviteit) model²⁴ gebruikt. Dit model stelt dat gedrag te verklaren is vanuit de intentie om dat gedrag te vertonen.²⁴ Deze intentie op haar beurt is te verklaren vanuit drie hoofdelementen: attitude (ten aanzien van gebruik richtlijnen), sociale steun (bewustzijn van het probleem, ervaren steun) en eigen effectiviteitsverwachting (vaardigheden, bespreekbaar maken van het probleem).

Probleemstelling

In de eerste, voorschoolse levensfase van kinderen van nul tot vier jaar ligt de basis voor het verwerven van een evenwichtige energiebalans, waardoor mogelijk overgewicht voorkomen kan worden. Vroegtijdig signaleren van een ongezonde leefstijl en hierop interveniëren zijn belangrijk. Op dit moment bestaat er nog geen evidence based landelijke richtlijn voor de preventie van overgewicht door de JGZ. De voorhanden zijnde best practice richtlijnen worden niet uniform gebruikt door de JGZ professionals. Een gedragsverandering lijkt nodig om hier verbetering in te brengen. Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de wijze waarop de JGZ professionals de preventie van overgewicht uitvoeren en wat hun intentie hierbij is. Tenslotte is het onduidelijk welke beïnvloedende factoren hierbij een rol spelen en hoe de JGZ professionals zelf denken de uitvoering van de preventie te kunnen verbeteren.

Doel

Het doel van dit onderzoek is enerzijds het verkrijgen van inzicht in de manier waarop de JGZ professionals (artsen en verpleegkundigen) de preventie van overgewicht bij kinderen van nul tot vier jaar uitvoeren. Anderzijds is in dit onderzoek nagegaan welke factoren deze uitvoering beïnvloeden. Van hieruit kunnen verbeterpunten worden geformuleerd, die leiden tot een plan van aanpak om de preventie van overgewicht op een meer uniforme wijze te laten uitvoeren door de JGZ.

Onderzoeksvragen

Vanuit de doelstelling zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe vindt op dit moment de uitvoering plaats van de preventie van overgewicht door Jeugdgezondheidszorg professionals?
2. Welke persoons- en werkgerelateerde kenmerken beïnvloeden deze uitvoering?
3. Welke factoren geven de Jeugdgezondheidszorg professionals aan om hun uitvoering van de preventie van overgewicht te kunnen verbeteren?

Methode

Design

Dit onderzoek is een beschrijvend, correlatieel, dwarsdoorsnede, kwantitatief onderzoek onder JGZ professionals en is uitgevoerd in de periode van januari 2009 tot en met april 2009.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie in het onderzoek vormden de JGZ professionals (zowel de artsen als de verpleegkundigen) van een grote instelling voor Jeugdgezondheidszorg in het midden en noorden van het land. Bij deze instelling zijn 70 artsen en 145 verpleegkundigen werkzaam, verdeeld over zes regio's. Deze regio's zijn verder onderverdeeld in 21 organisatorische teams waarin artsen en verpleegkundigen samenwerken. De assistenten en screeners die ook binnen deze teams werken, werden geëxcludeerd van dit onderzoek, omdat zij geen voorlichtingstaken hebben op het gebied van preventie van overgewicht.

Bij het onderzoek zijn geen patiënten betrokken, waardoor het niet WMO-plichtig is (CCMO).²⁵ De managers van de onderzoekspopulatie hebben toestemming gegeven aan de onderzoeker om de vragenlijsten onder de professionals af te nemen. De vragenlijsten zijn anoniem ingevuld en gecodeerd naar regio. Wanneer de gegevens gebruikt worden voor verder wetenschappelijk onderzoek, zal handhaving van de anonimiteit gegarandeerd worden.²⁶

De steekproef was een doelgerichte selecte steekproef, waarbij artsen en verpleegkundigen per organisatorisch team zijn geselecteerd uit alle zes de regio's.²⁷ De verhouding artsen en verpleegkundigen (ongeveer 1:2) was in de meeste teams gelijk. Door te selecteren per regio kunnen deze onderling vergeleken worden. Om een representatief resultaat te verkrijgen dat geldig was voor de hele onderzoekspopulatie, is een poweranalyse verricht aan de hand van de methode van Cohen.²⁸ Cohen gaat standaard uit van een alpha van 0,05 en een power van 0,80. In dit onderzoek werd uitgegaan van een normaal te verwachten verband (gamma 0,15) waardoor, rekening houdend met de analysemethoden (correlaties) en met 10% non respons, een steekproefgrootte van 107 respondenten nodig

was. De selectie heeft plaatsgevonden door per regio telkens 2 teams te selecteren. Doordat de teamgrootte varieerde zijn in totaal 127 respondenten geïnccludeerd. De vragenlijsten zijn uitgedeeld tijdens werkoverleggen. Alle aanwezige professionals vulden de vragenlijsten ter plekke in. Aan de afwezige professionals werd verzocht de vragenlijst later alsnog in te vullen en per mail of per post retour te sturen.

Dataverzameling

Als meetinstrument is de 'Vragenlijst van Dera' (Onderzoek Preventie van Overgewicht; Vragenlijst voor de Professional)²⁹ gebruikt. Deze vragenlijst is ontwikkeld op basis van het theoretische model van Paulussen en het ASE model en daardoor passend bij de vraagstelling van dit onderzoek.

Deze vragenlijst bestaat uit dertien vragen verdeeld over drie onderdelen. Het eerste onderdeel bevat tien vragen, onderverdeeld in 79 items. Deze items zijn geclusterd rondom de hierboven genoemde kenmerken van gedragsverandering uit de gebruikte theoretische modellen; bewustzijn van het belang van preventie van overgewicht, het bespreekbaar maken van overgewicht en de kennis en attitude ten aanzien van de (landelijke) richtlijnen van overgewicht. De eerste negen vragen worden beantwoord op een vijf punts Likertschaal die loopt van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens' of een variant hierop. De tiende vraag is een vraag naar de vermeende taakverdeling ten aanzien van de uitvoering. In het tweede onderdeel kunnen mogelijk ervaren belemmerende factoren, in volgorde van belangrijkheid, worden aangekruist (vraag 11), die de professionals ondervonden hebben bij de uitvoering van de preventie. Tevens kan, in volgorde van belangrijkheid, worden aangekruist welke factoren de uitvoering van de preventie kunnen bevorderen (vraag 12). Vraag 13 vormt het derde onderdeel en bevat deelvragen over persoons- en werkgerelateerde kenmerken; functie, aantal uren werkzaam, aantal jaren werkzaam in deze functie, geboortedatum, lengte, gewicht, geslacht, regio en SES.

Validiteit en betrouwbaarheid meetinstrument

Op het moment van de uitvoering van dit onderzoek waren er nog geen gepubliceerde, gevalideerde meetinstrumenten voorhanden, die gebruikt konden worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden. De 'Vragenlijst van Dera' werd op het moment van dit onderzoek ontwikkeld in het kader van een promotieonderzoek naar preventie van overgewicht in de JGZ.²⁹ De lijst is gebaseerd op een bestaand gevalideerd meetinstrument³⁰ welke is ontworpen ten behoeve van het identificeren van knelpunten voor het invoeren van vernieuwingen. De topics uit de vragenlijst komen voort uit semi-structureerde diepte-interviews die zijn gehouden onder JGZ professionals.²⁹ Deze

verkregen topics komen grotendeels overeen met de resultaten die hierover vanuit de wetenschappelijke literatuur zijn gevonden.

De 'Vragenlijst van Dera' verkeerde nog in de laatste ontwikkelfase en was nog niet eerder gebruikt. Dit onderzoek heeft tevens bijgedragen aan het verder valideren van de vragenlijst door voorafgaand aan de uitvoering van dit onderzoek een expertpanel de vragenlijst te laten toetsen. Deze experts waren werkzaam bij een JGZ organisatie of betrokken bij het onderwerp preventie van overgewicht. Tevens is, voorafgaand aan de analyses, met de verzamelde data een item-analyse uitgevoerd. De uitkomst van deze analyse; een Cronbach's Alpha Coëfficiënt waarde van $\alpha = 0,824$, laat een hoge interne consistentie van de items van de vragenlijst zien.

Data analyse

De verzamelde data zijn geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versie 16.0. De antwoorden die de respondenten per vraag hebben gegeven, zijn gehercodeerd en kregen de codes 1-5. Door rekening te houden met positief en negatief geformuleerde vragen, correspondeerden hoge scores met een positieve houding ten aanzien van de preventie van het overgewicht bij jonge kinderen.²⁷ Onjuiste invoering van de data is door middel van een steekproef bepaald ($n=10$, invoerfouten $< 1\%$). Met behulp van de vragen naar lengte en gewicht is van elke respondent de BMI waarde berekend. Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor verschillende analysetechnieken.³¹ De resultaten zijn allereerst met behulp van beschrijvende statistiek beschreven, gerangschikt en geordend in (frequentie)tabellen en figuren.³² Een Mann Whitney voor twee onafhankelijke steekproeven is gebruikt om te toetsen of de uitvoering van de preventie door de artsen en de verpleegkundigen verschilt. Ook een verschil tussen het werken in een wijk met lage SES en een wijk met hoge SES is getoetst met een Mann Whitney. Tenslotte is de Mann Whitney nog gebruikt om het verschil tussen de regio's te analyseren. Correlatieanalyses, de Spearman's Rho, zijn uitgevoerd om na te gaan of er een verband bestond tussen de uitvoering van de preventie en één van de persoons- en werkgerelateerde kenmerken.

Resultaten

Onderzoekspopulatie

Van de 127 geselecteerde respondenten hebben uiteindelijk 117 de vragenlijsten ingevuld (36 artsen en 81 verpleegkundigen). Dit is een responsrate van 92,1%. Drie van de tien niet ingeleverde vragenlijsten kwamen na de einddatum binnen, waardoor deze niet meer meegenomen zijn in het onderzoek. Niet alle respondenten kenden de eigen 'Richtlijn

Overgewicht op het CB' , waardoor ze de items van vraag 9 niet konden invullen. Dit leidde tot een lagere respons op deze vraag (n=70) in vergelijking tot de andere vragen.

In tabel 1 zijn de karakteristieken van de respondenten per regio uiteengezet. Het percentage vrouwelijke respondenten was 100%. Het aantal jaren ervaring per regio liep uiteen van 10,87 jaar (regio 5) tot 19,62 jaar (regio 2).

Tabel 1 Karakteristieken van de respondenten per regio, n=117.

Uitvoering van de preventie

De eerste onderzoeksvraag is operationaliseerbaar gemaakt door middel van de eerste negen vragen van de vragenlijst. Hierin zijn de kenmerken van de eerder genoemde theoretische modellen terug te vinden; bewustzijn van het belang van preventie van overgewicht, het bespreekbaar maken van overgewicht en de kennis en attitude ten aanzien van de (landelijke) richtlijnen van overgewicht. De resultaten van deze negen vragen beantwoorden samen de vraag naar de uitvoering van de preventie. De resultaten zijn weergegeven in tabel 2 en 3. Deze tabellen laten de gemiddelde scores zien per item. De maximaal haalbare score per item is 5, hetgeen de meest positieve houding van de JGZ professional ten opzichte van de uitvoering van de preventie inhoudt.

Tabel 2 Scores per item vraag 1.1 tot en met vraag 9.1 (vragenlijst van Dera²⁹), n=117.

Bewustzijn van het belang van preventie van overgewicht

Uit de tabel blijkt dat het belang van preventie door de meeste respondenten erkend werd voor kinderen boven een jaar (89,7% scoorde hier 4 en 5). Voor wat betreft kinderen jonger dan een jaar was het bewustzijn van dit belang 50% (score 4 en 5). Van de respondenten vond 95,6% (score 4 en 5) dat het aanleren van een gezond voedingspatroon al in de babytijd begint. Op de vraag naar hun 'bewustzijn van het belang van' voorlichting over beweginggewoonten in het eerste levensjaar scoorden zij 50,4% (score 4 en 5).

Bespreekbaar maken

De scores op vraag 1 en 2 waren hoger dan de scores op vraag 3 (situaties waarin bespreekbaar maken moeilijk is). De scores op vraag 3 waren lager dan de scores op vraag 4 (vaardigheden). Van de deelvragen van vraag 3 scoorden de deelvragen 3.4 (bespreken van overgewicht bij ervaren weerstand van de ouder: 9,4% score 4 en 5) en 3.6 (bespreken bij het niet gemotiveerd zijn van de ouder: 7,7 % score 4 en 5) het laagst. Over de eigen effectiviteit van de borstvoedings-, kunstvoedings- en bijvoedingsadviezen waren de meeste

respondenten positief (respectievelijk 65,8 %, 71,8% en 71,8% score 4 en 5). De effectiviteit van de eigen advisering (deelvraag 5.5) werd door 60,7% (score 1 en 2) lager ingeschat ten opzichte van de effectiviteit van de advisering van de collega's.

Kennis en attitude

Het gebruik van de borstvoedingsrichtlijn scoorde hoog (93,2% score 4 en 5), evenals de richtlijn voeding 0-4 jaar (83,6% score 4 en 5). Het stroomdiagram overgewicht, een essentieel onderdeel van zowel de landelijke richtlijn als de richtlijn overgewicht in de eigen organisatie, werd door 65,5% (score 1 en 2) niet gebruikt. Het uitrekenen van de BMI indien een kind boven de twee jaar een groeilijn boven de +1standaarddeviatie (sd) heeft, werd door 19% (score 1 en 2) meestal of altijd gedaan.

Een aantal respondenten (40,2%) gaf aan de richtlijn overgewicht zoals deze is ingevoerd in de organisatie, niet te kennen. De respondenten die aangaven de eigen richtlijn te kennen, vonden deze richtlijn over het algemeen zinvol en hebben geen weerstand tegen het werken met protocollen in het algemeen. Ze gaven aan dat het werken volgens deze richtlijn meer tijd kost en dat ze meer ondersteuning van de organisatie wensten bij de ontwikkeling, implementatie, uitvoering en evaluatie van de richtlijn. De opvallendste items (lage of juist hoge scores) staan in tabel 3.

Tabel 3 Items vraag 9 (vragenlijst van Dera²⁹)

m.b.t. 'Richtlijn Overgewicht op het CB': Richtlijn van de eigen organisatie, n=70.

Beïnvloedende persoons- en werkgerelateerde kenmerken op de uitvoering

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is de invloed geanalyseerd van de persoonskenmerken (leeftijd, aantal jaren ervaring, aantal uren werkzaam en BMI) en de werkgerelateerde kenmerken (functie, werkzaam in een wijk met lage of hoge SES en regio) op de uitvoering van de preventie.

Persoonskenmerken; leeftijd, aantal jaren ervaring, aantal uren werkzaam en BMI.

Het aantal uren dat de respondenten werkzaam waren en de eigen BMI correleerden niet significant ($p > 0,05$) met de uitvoering van de preventie. Ervaring en leeftijd correleerden op een aantal items van de uitvoering van de preventie en lieten een positief verband zien met het ervaren van weerstand bij het bespreekbaar maken van overgewicht (respectievelijk $r=0,20$; $p=0,05$ en $r=0,30$; $p=0,00$), zie tabel 4.

Tabel 4 Correlaties persoons- en werkkenmerken op de uitvoering van de preventie (vragenlijst van Dera²⁹), n=117.

Bij deze kenmerken bestond ook een positief verband bij het gemotiveerd houden van de ouders (respectievelijk $r=0,21$; $p=0,03$ en $r=0,24$; $p=0,01$). Leeftijd vertoonde eveneens een positief verband ($r=0,23$; $p=0,02$) met het bewustzijn van het belang van voorlichting over overgewicht tijdens het eerste levensjaar.

Werkenmerken; functie

Tussen artsen en verpleegkundigen bleek een aantal significante verschillen te bestaan in de uitvoering van de preventie, zie tabel 5.

Tabel 5 Verschil uitvoering van de preventie tussen arts en verpleegkundige (vragenlijst van Dera²⁹), n=117.

Verpleegkundigen bleken minder moeite te ondervinden in het bespreekbaar maken van overgewicht als ze het druk hebben ($p=0,00$). Ze scoorden hoger op de vraag naar het hebben van voldoende vaardigheden om ouders te motiveren tot veranderen van voedingsgewoonten bij borstvoeding ($p=0,00$), tot beweeggewoonten ($p=0,05$) bij hun kind en deze motivatie vast te houden ($p=0,03$). Artsen waren meer overtuigd ($p=0,01$) dan de verpleegkundigen van de idee dat hun voedingsadviezen effectiever zijn dan die van hun collega's en geven aan het overbruggingsplan overgewicht beter te kennen ($p=0,00$) dan de verpleegkundigen. Daarentegen maakten verpleegkundigen meer gebruik van folders en het borstvoedingshandboek (resp: $p=0,00$ en $0,01$) dan de artsen.

In de laatste vraag van het eerste onderdeel werd gevraagd naar de mening van de respondenten over de taakverdeling ten aanzien van de uitvoering van de preventie. Deze vraag is niet opgenomen in de tabel, omdat de beantwoording niet door middel van een Likertschaal kon worden weergegeven. Het geven van voorlichting over voeding en beweging werd door 83,8 % van de artsen en verpleegkundigen als hun beider taak beschouwd. Het beoordelen van eventueel overgewicht werd door 47,2% van de artsen als uitsluitend hun eigen taak beschouwd en voor 52,8% als taak van de beide disciplines. De verpleegkundigen vonden het beoordelen van eventueel overgewicht veel meer een taak van beide disciplines (85,2%).

Werkenmerken; wijk met lage of hoge SES, regio

Het werken in een wijk met lage SES verschilde op een aantal punten significant met het werken in een wijk hoge SES, zie tabel 6.

Tabel 6 Verschil uitvoering van de preventie tussen lage en hoge SES (vragenlijst van Dera²⁹), n=49.

Het werken in een wijk met lage SES scoorde hierbij hoger op het bewustzijn van het feit dat het risico van overgewicht niet pas na het eerste jaar ontstaat. De professionals die in een wijk met lage SES werkten, scoorden lager op de vraag naar het effect van hun adviezen over bijvoeding ($p=0,02$) en beweging ($p=0,00$) in het eerste jaar. Ook gaven ze minder vaak folders ($p=0,04$) van het voedingscentrum mee aan de ouders en gaven ze minder vaak ($p=0,02$) aan dat de richtlijn overgewicht handig in gebruik is.

Tussen de regio's bestonden geen significante verschillen voor wat betreft de uitvoering van de preventie.

Factoren die de uitvoering van de preventie kunnen verbeteren

De derde onderzoeksvraag is beantwoord door middel van de vragen 11 en 12 van de vragenlijst, zie tabel 7. De respondenten konden per vraag drie factoren aankruisen uit een reeks van 13 belemmerende factoren en 7 bevorderende factoren. Hierbij werd gevraagd een rangorde aan te geven door middel van de cijfers één tot en met drie.

Tabel 7 Ervaren belemmerende en bevorderende factoren (vragenlijst van Dera²⁹), n= 116.

Als belangrijkste belemmerende factoren werd door 68,1% van de respondenten de ervaren weerstand bij de ouder aangegeven en door 62,1% onvoldoende consulttijd. De prioriteit van andere onderwerpen werd door 42,2% van de respondenten als belemmering ervaren. Als belangrijkste bevorderende factoren werden het jaarlijks bespreken van de richtlijn (59,5%), ondersteunende cursussen en bijscholingen (49,1%), het evalueren van de nieuwe werkwijze (40,5%) en oefeningen door vaardigheidstrainingen (37,1%) genoemd.

Discussie

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat er een verschil is tussen de huidige en de gewenste uitvoering (op alle vragen hoge scores) van de preventie van overgewicht. Ook wordt de preventie niet uniform door de professionals uitgevoerd, zoals ook is gebleken uit eerder onderzoek⁴. Verandering hierin is nodig om de preventie te kunnen verbeteren. JGZ professionals vinden preventie van overgewicht belangrijk, maar missen in lastige situaties de vaardigheden om dit bespreekbaar te kunnen maken met de ouders. Het verschil is het

grootst in situaties waarin de professionals te maken hebben met ongemotiveerde ouders en ouders die weerstand tonen in wijken met een lage SES. Hierin is, analoog aan het model van Paulussen, zichtbaar dat kenmerken van de gebruiker een centrale rol spelen bij een daadwerkelijke gedragsverandering. Het bovengenoemde verschil kan vanuit het ASE model (Attitude, Sociale invloeden en eigen Effectiviteit)²³ worden verklaard door aan te nemen dat de intentie om de preventie van overgewicht daadwerkelijk met alle ouders, vooral de ongemotiveerde, te kunnen bespreken nog verbeterd kan worden. De attitude ten aanzien van de uitvoering van de preventie en het gebruik willen maken van richtlijnen, is positief. De sociale steun ontbreekt echter vaak; de professionals wensen meer steun vanuit de organisatie bij de uitvoering van de preventie. Randvoorwaarden als gebrek aan tijd en scholing (in kennis en vaardigheidstraining), belemmeren de uitvoering. Deze belemmeringen komen ook uit eerdere onderzoeken naar voren.^{20,21}

Motiverende gespreksvoering kan hierbij als vaardigheidstraining worden ingezet.³³ Deze gespreksvoering is erop gericht om bij ongemotiveerde ouders gezonde keuzes met betrekking tot hun leefstijl (en daarmee ook die van hun kinderen) aan te moedigen. Uitgangspunt hierbij is het voldoende aansluiten bij de belevingswereld van de ouders.

Dit onderzoek toont aan dat de respondenten zich bewust zijn van het belang van voorlichting over overgewicht. Uit eerdere onderzoeken^{11,19} kwam juist naar voren gekomen dat JGZ professionals over het algemeen dit belang niet goed inzien. Dit verschil is mogelijk veroorzaakt door een voortschrijdend inzicht gedurende de laatste jaren, waarin ook de media veelvuldig aandacht schenken aan het probleem van overgewicht.

In dit onderzoek is niet onderzocht of respondenten in situaties waarin ze het bespreken van preventie als lastig ervaren, er ook voor kiezen om het onderwerp niet te bespreken. Tevens is niet onderzocht waarom het gebruik van het voorlichtingsmateriaal minder is in wijken met een lage SES. Mogelijk sluit het huidige materiaal (folders, richtlijnen) minder goed aan bij deze doelgroep.

Ruim een derde van de respondenten geeft aan de richtlijn overgewicht van de eigen organisatie niet te kennen. Onvoldoende aandacht voor implementatie kan hieraan ten grondslag liggen. Dit komt overeen met de resultaten van het onderzoek van Fleuren en Jong³⁴ waaruit blijkt dat een landelijke implementatiecultuur binnen de JGZ ontbreekt. Doordat de vragen over de richtlijn apart zijn geanalyseerd met uitsluitend het aantal respondenten dat de richtlijn zegt te kennen en hierbij de missing data niet zijn meegenomen, is vertekening van de resultaten voorkomen.

In dit onderzoek kan niet worden aangetoond dat de BMI van de professional correleert met de uitvoering van de preventie. In de literatuur zijn hiervoor wel aanwijzingen.²² Ook liggen de gemiddelde BMI scores van de professionals lager dan het landelijke gemiddelde. Volgens cijfers van het RIVM³⁵ heeft 40% van de vrouwen tussen de 20 en 59 jaar overgewicht (BMI >25). Van de respondenten die meededen met dit onderzoek heeft 20,6% overgewicht. Een verklaring voor dit feit zou kunnen zijn, dat de professionals zelf minder risicofactoren hebben op de ontwikkeling van overgewicht. Voor een deel kan dit mogelijk ook worden verklaard door het feit dat zelfrapportage leidt tot het lager invullen van het eigen gewicht.³⁶ In dit onderzoek is verder niet onderzocht wat de invloed is van een hoge BMI bij professionals op de gedragsverandering van ouders ten aanzien van hun voedings- en beweegpatronen.

Er is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar de uitvoering van de preventie van overgewicht door de JGZ professional en er bestonden tot op heden geen bruikbare meetinstrumenten op dit gebied. De gebruikte vragenlijst van Dera²⁵ is recent ontwikkeld en dit onderzoek heeft bijgedragen aan de verdere validering hiervan. Omdat het een zelfrapportage betrof, moet er rekening mee worden gehouden dat sommige medewerkers sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. De resultaten kunnen hierdoor mogelijk beïnvloed zijn.

Bij een schriftelijke vragenlijst is de te verwachten respons gesteld op 60 %.²⁷ De responsrate is in dit onderzoek aanmerkelijk hoger (92,1%), doordat de onderzoeker de vragenlijsten tijdens teamoverleggen aan de respondenten uitdeelde en na invulling direct weer inzamelde. Hiermee wordt de representativiteit van de steekproef vergroot.²⁷

Generalisatie naar JGZ professionals werkzaam bij andere organisaties voor Jeugdgezondheidszorg lijkt mogelijk, omdat alle organisaties overheidswege werken met het basistakenpakket (zie figuur 1) en de regio's onderling weinig verschilden.

Conclusie

De preventie van overgewicht wordt verschillend uitgevoerd door de JGZ professionals. De huidige richtlijnen op dit gebied worden niet unaniem gebruikt. De meeste professionals zijn zich wel bewust van het belang van preventie, maar missen vaardigheden om het probleem overgewicht bespreekbaar te kunnen maken met ongemotiveerde ouders en bij ervaren weerstand van ouders. Ze geven aan dat scholing in motiverende gespreksvoering gebruikt kan worden om de uitvoering van de preventie te verbeteren. Dit lijkt met name van belang voor de JGZ professionals die werkzaam zijn in de lage SES wijken. Daarnaast zijn het op de juiste wijze implementeren van richtlijnen, het jaarlijks bespreken van de richtlijn en het

scheppen van goede randvoorwaarden, zoals voldoende tijd voor extra consulten, noodzakelijk om de uitvoering van de preventie te verbeteren.

Kennis van de theorie en wetenschappelijke inzichten dragen in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van zorg in de praktijk. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de verwetenschappelijking van de uitvoering van preventie van overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg.

Aanbevelingen

Wetenschappelijk onderzoek is nodig om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven verbeteren. Door het terugkoppelen van resultaten nadat een onderzoek is afgerond, wordt bereikt dat medewerkers zien waar ze aan hebben meegewerkt en kan een traject worden ingezet om een verbeterslag te maken. Voor de organisatie in dit onderzoek wordt aanbevolen na te gaan waar deze slag gemaakt kan worden ten aanzien van het implementeren van een richtlijn preventie overgewicht. Ook wordt aanbevolen om de huidige richtlijn aan te passen aan de landelijke richtlijnen die er op dit gebied bestaan. Hierdoor wordt zoveel mogelijk best-practice en uniform gewerkt, waardoor onderzoek naar het effect van deze werkwijze mogelijk is. Onderzoek naar de implementatiecultuur van richtlijnen binnen de JGZ is belangrijk, zodat deze kan worden verbeterd.

JGZ professionals die werkzaam zijn in wijken met een lage SES dienen extra ondersteund te worden door de organisatie. Enerzijds omdat zij aangeven minder effect te verwachten van het werken met de richtlijn overgewicht, zoals die in hun organisatie is ingevoerd en anderzijds omdat juist in deze wijken de toename van overgewicht het grootst is. Onderzoek naar voorlichtingsmethoden en materialen die specifiek aansluiten bij deze doelgroep is wenselijk.

Motiverende gespreksvoering zou een basiscompetentie moeten worden van de JGZ professionals. Na voldoende training kan onderzoek volgen naar de effecten ervan op de uitvoering van preventie van overgewicht, met name in wijken met een lage SES.

Referenties

1. HiraSing RA, Fredriks AM, Buuren S van, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlands kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001; **145**: 1296-1303.
2. RIVM. *Voedselconsumptiepeiling bij peuters en kleuters 2005/2006*. RIVM: Bilthoven, 2008.
3. Burg J, Visscher TLS. Determinanten van overgewicht: *Bijblijven, Cumulatief Geneeskundig Nascholingsstelsel* 2004; **20**: 12-22.
4. Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam FJM van, HiraSing RA. *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg*; VUmc: Amsterdam, 2005.
5. Fredriks AM, Buuren S van, HiraSing RA, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Alarming prevalences of overweight and obesity for children of Turkish, Moroccan and Dutch origin in The Netherlands according to international standards. *Acta Paediatr* 2005; **94**: 496-498.
6. Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr* 1999; **70s**: 145s-148s.
7. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; **40**(3): CD001871.
8. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Nota Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag, 2007.
9. Vogels N, Posthumus DLA, Mariman ECM, Bouwman F, Kester ADM, Rump P, Hornstra G, Westerterp-Plantenga MS (2006). Determinants of overweight in a cohort of Dutch children. *Am J Clin Nutr* 2006; **84**: 717-724.
10. Hulsmann AR, Senyurek A, Oostenbrink R. Verschillen in voedingsgewoonten in het eerste levensjaar tussen Turkse en Nederlandse zuigelingen. *Tijdschr Kindergeneeskd* 2005; **73**: 201-205.
11. Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Beltman M, Brui J, Dijkstra N, Engelberts AC. Overgewicht en obesitas bij jonge kinderen (0-4 jaar): gedrag en opvattingen van ouders. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2008; **152**: 324-330.
12. Kroller K, Warschburger P. Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight, *Appetite* 2008; **51**:166-172.

13. Bulk-Bunschoten AMW, Renders C, Leerdam FJM van, HiraSing RA. *Signaleringsprotocol Overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg*. VUmc: Amsterdam, 2004.
14. Swinburn B. Obesity Prevention in Children and Adolescents *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. North Am* 2009; **18**: 209-223.
15. Boudewijnse EB, Lokven EM van, Oskam E, Boere-Boonekamp MM, Kuiper M de, Luttmer LCF, Swagerman-van Hees MB. *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, Deel A* Organisatie. (6^e druk). Van Gorcum: Assen, 2005.
16. Platform jeugdgezondheidszorg. *Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. 2003.
17. HiraSing RA, Gouwerok M. *Kinderen en overgewicht, een actieplan voor Ouders*. Uitgeverij Rean: Hoorn, 2007.
18. Caron M, Kroes S de, Assema P van, Kremers SPJ. De implementatie van het overbruggingsplan overgewicht bij GGD West-Brabant. *Tijdschr JGZ* 2008; **4**: 84-86.
19. Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Krysko Davis R. Factors Associated With Parental Readiness to Make Changes for Overweight Children. *Pediatrics* 2005; **116**: e94-e101.
20. Hinchman, J, Beno L, Dennison D, Trowbridge F. Evaluation of a Training to Improve Management of Pediatric Overweight. *J Contin Educ Health Prof* 2005; **25**: 259-267.
21. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, et al. Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills and Training Needs Among Health Care Professionals. *Pediatrics* 2002; **110**: 210-214.
22. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? *Prev Med* 2003; **37**: 534.
23. Paulussen T, Wiefferink K, Mesters I. In Brug J, Assema P, Lechner L. (red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Van Gorcum: Assen, 2007.
24. Vries H de, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ Res* 1988; **3**: 273-282.
25. CCMO. Op 29-09-2008 ontleend aan:
<http://www.ccmo-online.nl/main.asp?pid=43&thid=57&catid=2#a1>.
26. WBP. Op 29-09-2008 ontleend aan: <http://www.wetboek-online.nl/wet/Wbp.html>.
27. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2004.
28. Cohen J. A Power Primer: *Psychological Bulletin* 1992; **112**: 155-159.

29. Dera E. *Meetinstrument, ontwikkeld ten behoeve van het 'onderzoek naar de preventieve activiteiten gerelateerd aan overgewicht en obesitas in de JGZ'*. Maastricht: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg: Maastricht, 2008.
30. Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. *Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbetering in de patiëntenzorg*. Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud: Nijmegen, 2003.
31. Knapp RG. *Basis Statistics for Nurses*. Delmar Publishers: New York, 2000.
32. Slotboom A. *Statistiek in woorden*, Wolters Noordhoff: Goningen/Houten, 2001.
33. Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF, et al. Office-Bases Motivational Interviewing to Prevent Childhood Obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; **161**: 495-501.
34. Fleuren MAH & Jong ORW. *Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg*. TNO Kwaliteit van Leven: Leiden, 2006.
35. Visscher TLS, Viet AL, Brink CL van den, Gommer AM. Hoeveel mensen hebben overgewicht of ondergewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM: Bilthoven. Op 24-06-2009 ontleend aan: <http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Persoonsgebonden\ Lichaamsgewicht.
36. Viet AL, Hof S van den, Elvers LH, Ocké MC, Seidell JC, Otten F, et al. *Risicofactoren en gezondheidsevaluatie Nederlandse bevolking, een onderzoek op GGD' en*. RIVM: Bilthoven, 2001.

Figuur 1 Basistakenpakket JGZ.

JGZ professionals zien bijna alle kinderen met hun ouders op door de overheid vastgestelde contactmomenten volgens de Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg.¹⁶ Dit takenpakket wordt geïntegreerd en in samenhang tussen beide disciplines (artsen en verpleegkundigen) uitgevoerd. Het takenpakket geeft per contactmoment (consult of huisbezoek) aan welke activiteiten daarin horen plaats te vinden en verwijst hierbij telkens naar landelijke JGZ richtlijnen. In het kader van overgewicht betreft dit: de 'richtlijn borstvoeding', het 'overbruggingsplan overgewicht', 'het signaleringsplan overgewicht' en de 'Richtlijnen goede voeding 2006'. Bovengenoemde richtlijnen zijn niet in elke organisatie geïmplementeerd en/of er worden eigen richtlijnen gebruikt.⁴ De huidige landelijke voedings- en leefstijladviezen van de JGZ professionals zijn niet concreet uitgewerkt ten aanzien van preventie van overgewicht. Ook houden deze adviezen geen rekening met individuele achtergronden en mogelijke risicofactoren van kinderen en hun ouders ten aanzien van het ontwikkelen van overgewicht.

Figuur 1: Basistakenpakket JGZ¹⁶.

Tabel 1 Karakteristieken van de respondenten per regio, n=117.

Regio	1	2	3	4	5	6	totaal	gem
Respons								
n	26	26	15	19	16	15	117	
%	96,3%	100%	75%	95%	84%	100%		
Functie								
Arts	10	5	6	5	5	5	36	
Vpk	16	21	9	14	11	10	81	
Geslacht*								
Gemiddelde leeftijd in jaren	43,62	50,80	43,87	46,33	42,55	48,98		46,30
Gemiddeld aantal jaren ervaring in de praktijk	12,63	19,62	12,00	14,89	10,87	15,67		14,65
Gemiddeld aantal uren per week werkzaam	18,50	20,85	17,20	20,84	21,50	18,80		19,65
BMI	22,99	23,70	23,32	23,14	23,32	24,13		23,40

* De steekproef bestond uitsluitend uit vrouwen.

Tabel 2 Scores per item vraag 1.1 tot en met vraag 9.1 (vragenlijst van Dera²⁹), n=117.

Vraag	Vragen gerangschikt per variabele*	Gemiddelde score**	M o d u s	Totaalscore 1+2 van de Likerschaal in %	Totaalscore 4+5 van de Likerschaal in %
	<i>Bewustzijn van het belang van preventie van overgewicht</i>				
1.1	Belang voorlichting overgewicht tijdens het eerste levensjaar	3,43	4	14,5	51,3
1.2	Belang voorlichting overgewicht na het eerste levensjaar	4,29	4	1,7	89,7
1.3	Belang voorlichting over borstvoeding	4,23	5	6,8	86,3
1.4	Belang voorlichting over kunstvoeding	4,02	4	3,4	77,0
1.5	Belang voorlichting over bijvoeding in eerste levensjaar	4,26	4	3,4	88,9
1.6	Belang voorlichting over beweging in eerste levensjaar	3,52	3	12,8	50,4
2.1	Een zuigeling mag best mollig zijn	2,32	2	62,4	6,8
2.2	Ik vind de 'klinische blik' een betrouwbare maat	2,97	3	29,9	24,0
2.3	Aanleren van een gezond voedingspatroon begint in eerste jaar	4,69	5	3,4	95,7
2.4	Het risico op het ontstaan van overgewicht begint na eerste jaar	3,94	5	15,4	73,5
	<i>Bespreekbaar maken</i>				
3.1	Moeilijk bij cliënten met andere culturele achtergrond	3,06	2	36,8	37,6
3.2	Moeilijk bij cliënten behorende tot lage SES klasse	3,25	4	27,4	47,1
3.3	Moeilijk als ouders overgewicht hebben	3,09	4	37,6	42,8
3.4	Moeilijk als ouders niet gemotiveerd zijn	2,03	2	75,2	9,4
3.5	Moeilijk als ouders weinig weten over ontstaan overgewicht	3,70	4	15,5	63,8
3.6	Moeilijk bij ervaren weerstand	2,09	2	73,5	7,7
3.7	Moeilijk om juiste toon te vinden om boodschap over te brengen	2,68	2	48,7	20,5
3.8	Moeilijk bij tijdsdruk	2,85	2	45,3	29,0
3.9	Moeilijk als er meerdere personen bij het consult zijn	3,17	4	31,6	46,1
4.1	Voldoende vaardig om te bespreken	3,94	4	2,6	77,0
4.2	Voldoende vaardig om te motiveren veranderen gewoontes t.a.v.				
4.2	- borstvoeding	3,73	4	7,7	65,8
4.3	- kunstvoeding	3,83	4	2,6	71,8
4.4	- bijvoeding	3,80	4	5,1	71,8
4.5	- beweeggewoonten	3,72	4	5,1	64,9
4.6	Voldoende vaardig om ouder gemotiveerd te houden	3,40	3	12,0	44,5
5.1	Ik denk dat mijn adviezen over borstvoeding effect hebben	3,80	4	0,0	66,7
5.2	Ik denk dat mijn adviezen over kunstvoeding effect hebben	3,75	4	0,9	67,5
5.3	Ik denk dat mijn adviezen over bijvoeding effect hebben	3,68	4	2,6	59,0
5.4	Mijn adviezen over beweging in eerste jaar hebben effect	3,30	3	6,8	33,4
5.5	Mijn voedingsadviezen zijn effectiever dan die van collega's	2,11	2	60,7	5,2
5.6	Mijn voedingsadviezen zijn effectiever dan die van ketenpartners	2,93	3	32,5	31,6
6.1	Ik registreer altijd voedingsadviezen in dossier	3,91	4	9,4	72,6
6.2	Tijdens volgend consult kom ik hierop terug	3,89	4	9,4	69,3
6.3	Ik vind registreren van voedingsadviezen belangrijk	4,10	4	6,0	80,4
	<i>Kennis en attitude</i>				
7.1	Ik ben bekend met de richtlijn borstvoeding	4,35	4	0,0	93,2
7.2	Ik ben bekend met het overbruggingsplan ***	2,31	1	58,1	21,4
7.3	Ik ben bekend met het signaleringsplan ***	3,12	4	33,6	46,6
7.4	Ik ben bekend met richtlijn goede voeding 2006 (gezondheidsraad)	3,16	4	26,5	44,4
7.5	Ik ben bekend met richtlijn voeding voor kinderen van 0-4 jaar	4,13	4	3,4	83,6
8.1	Ik gebruik stroomdiagram overgewicht beneden 2 jaar	2,00	1	65,5	6,9
8.2	Ik gebruik stroomdiagram overgewicht boven 2 jaar	2,68	3	40,5	26,7
8.3	Ik reken BMI uit bij kind boven 2 jaar met een +1sd	2,36	1	54,3	19,0
8.4	Ik gebruik folders van het voedingscentrum (borstvoeding, bijvoeding)	2,91	4	6,9	48,6
8.5	Ik geef ouders de placemat mee	3,29	4	27,6	54,3
8.6	Ik geef de ouders folders van eigen organisatie mee	3,52	4	11,2	56,0
8.7	Ik wijs ouders op de site van eigen organisatie waarop folders staan	3,70	4	11,2	66,4
8.8	Ik gebruik borstvoedingshandboek eigen organisatie	3,88	4	8,6	75,9
9.1*	Ik ben bekend met richtlijn eigen organisatie m.b.t. overgewicht op het cb	2,93	1	40,5	50,0

* Vraag 9 is in een aparte tabel opgenomen.

** De gemiddelde score van de schaal loopt van 1-5.

*** Het signaleringsplan en het overbruggingsplan zijn de landelijke richtlijnen m.b.t. overgewicht.

Tabel 3 Items vraag 9* (vragenlijst van Dera²⁹)**m.b.t. 'Richtlijn Overgewicht op het CB':Richtlijn van de eigen organisatie, n=70.**

Vraag		Gemiddelde score **	M o d u s	Totaalscore 1+2 van de Likertschaal in %	Totaalscore 4+5 van de Likertschaal in %
9.2	Ik mis bepaalde kennis om met deze richtlijn te kunnen werken	3,36	4	24,8	48,0
9.5	Ik mis bepaalde vaardigheden om met deze richtlijn te werken	3,33	4	21,9	47,9
9.6	Ik vind de richtlijn zinvol	4,04	5	8,2	69,8
9.8	Ik werk in de praktijk al meer dan een half jaar met deze richtlijn	2,71	3	42,5	21,9
9.10	Het werken volgens deze richtlijn kost meer consulttijd	2,32	2	60,3	10,7
9.11	Ik heb in het algemeen weerstand tegen het werken met protocollen	4,09	5	10,8	77,0
9.13	Het is mij duidelijk op welke wijze deze richtlijn tot stand is gekomen	2,86	3	39,7	30,0
9.14	Ik heb zelf voldoende invloed gehad op de ontwikkeling van de richtlijn	1,89	1	72,6	3,5
9.17	De organisatie geeft mij de mogelijkheid deze richtlijn eigen te maken	3,08	3	25,0	34,7
9.18	Het management stimuleert het gebruik van deze richtlijn	2,62	2	51,4	20,9
9.23	Ik signaleer bij mijn collega's een verschil in uitvoering deze richtlijn	2,99	3	30,0	16,2
9.27	De organisatie komt jaarlijks terug op gebruik deze richtlijn	2,16	2	66,7	7,1
9.28	Deze richtlijn is na evaluatie door de organisatie bijgesteld	2,52	3	40,3	7,5

* Alleen opvallend verschillende items zijn weergegeven.

** De gemiddelde score van de schaal loopt van 1-5.

Tabel 4 *Correlaties persoons- en werkkenmerken op de uitvoering van de preventie (vragenlijst van Dera²⁹), n=117.*

Vraag		Correlatie met	ρ (rho) *	p **
3.6	Bespreekbaar maken is moeilijk bij ervaren weerstand	Ervaring	0,20	0,05
4.6	Voldoende vaardig zijn om ouder gemotiveerd te houden	Ervaring	0,21	0,03
1.1	Bewustzijn belang voorlichting overgewicht tijdens eerste levensjaar	Leeftijd	0,23	0,02
3.6	Bespreekbaar maken is moeilijk bij ervaren weerstand	Leeftijd	0,30	0,00
4.6	Voldoende vaardig zijn om ouder gemotiveerd te houden	Leeftijd	0,24	0,01

* Spearman rank correlation coefficient.

** $p < .05$, tweezijdig.

Tabel 5 Verschil uitvoering van de preventie tussen arts en verpleegkundige (vragenlijst van Dera²⁹), n=117.

Vraag		Gemiddelde rangscore Arts(n=36) Vpk(n=81)		Z waarde	p*
3.8	Bespreikbaar maken moeilijk bij tijdsdruk	46,33	64,63	-2,78	0,00
	Voldoende vaardig om te motiveren veranderen gewoontes t.a.v.				
4.2	- borstvoeding	47,14	64,27	-2,71	0,00
4.5	- beweeggewoonten	50,61	62,73	-1,96	0,05
4.6	Voldoende vaardig om ouder gemotiveerd te houden	49,35	63,29	-2,21	0,03
5.5	Mijn voedingsadviezen zijn effectiever dan die van collega's	72,05	53,20	-2,92	0,00
5.6	Mijn voedingsadviezen zijn effectiever dan die van ketenpartners	70,94	53,69	-2,63	0,01
7.2	Ik ben bekend met het overbruggingsplan	83,79	47,98	-5,49	0,00
8.4	Ik gebruik folders van het voedingscentrum (borstvoeding,bijvoeding)	45,72	64,25	-2,84	0,00
8.5	Ik geef ouders de placemat mee	33,50	69,75	-5,53	0,00
8.6	Ik geef de ouders folders van eigen organisatie mee	45,76	64,23	-2,91	0,00
8.8	Ik gebruik borstvoedingshandboek eigen organisatie	46,89	63,72	-0,50	0,01

* $p < .05$, tweezijdig.

Tabel 6 *Verskil uitvoering van de preventie tussen lage en hoge SES (vragenlijst van Dera²⁹), n=49.*

Vraag		Gemiddelde rangscore		Z waarde	p*
		Lage SES (n=30)	Hoge SES (n=19)		
2.4	Het risico op het ontstaan van overgewicht begint na eerste jaar	27,67	20,79	-1,71	0,02
5.3	Ik denk dat mijn adviezen over bijvoeding effect hebben	21,47	30,58	-2,36	0,02
5.4	Mijn adviezen over beweging in eerste jaar hebben effect	20,92	31,45	-2,00	0,00
8.4	Ik gebruik folders van het voedingscentrum (borstvoeding,bijvoeding)	21,87	29,95	-2,00	0,04
9.7	De richtlijn is handig in gebruik	12,24	18,92	-2,28	0,02
9.8	Ik werk in de praktijk al meer dan een half jaar met deze richtlijn	11,79	19,54	-2,55	0,01

* $p < .05$, tweezijdig.

Tabel 7 *Ervaren belemmerende en bevorderende factoren (vragenlijst van Dera²⁹), n= 116. **

Rangorde belangrijkste genoemde belemmerende factoren	totaal	nr1 **	nr2	nr3	niet genoemd
Ervaren weerstand bij de ouder	79	28	25	26	37
Onvoldoende consulttijd	72	27	29	16	44
Andere prioriteiten tijdens consult	49	15	21	13	67
De marktontwikkeling	42	15	8	19	74
Hoge werkdruk	27	6	12	9	87
Onvoldoende scholingsaanbod vanuit de organisatie	23	7	8	8	93
De hoeveelheid aan nieuwe ontwikkelingen in de JGZ	23	5	8	10	93
Onvoldoende afstemming in de adviezen met ketenpartners	17	2	9	6	99
Zelf niet deskundig genoeg om onderwerp te bespreken	9	3	3	3	107
Geen tijd voor huisbezoeken	8	1	2	5	108
Anders	7	5	-	2	109
Onvoldoende afstemming met collega's	7	1	2	4	109
Zelf niet deskundig genoeg qua signaleren	6	3	2	1	110

Rangorde belangrijkste genoemde bevorderende factoren	totaal	nr1	nr2	nr3	niet genoemd
De richtlijn één keer per jaar bespreken	69	25	25	19	47
Ondersteunende cursussen, bijscholingen	57	17	23	17	59
Evaluatie van nieuwe werkwijze	47	15	15	17	69
Oefeningen door vaardigheidstrainingen	43	19	16	8	73
Intercollegiale toetsing	39	11	13	15	77
Kennis over het onderwerp	35	17	6	12	80
Anders	28	18	5	5	88

* *Doordat sommige respondenten meer dan drie factoren hebben ingevuld, wijkt de N als totaal af van de afzonderlijke delen.*

** *De respondenten konden 3 factoren aankruisen en d.m.v. de cijfers 1,2 en 3 de volgorde van belangrijkheid hierbij aangeven.*

Abstract

BACKGROUND: *The prevalence of overweight and obesity among young children has increased dramatically over the last couple of years. Health care workers can help to prevent overweight by encouraging parents to provide their young children with a healthy diet and life-style.*

AIM: *The aim of this study is to gain a better understanding of the actual execution of the prevention of overweight by health care workers and their contributing factors and characteristics.*

DESIGN: *A descriptive, cross-sectional, and correlational quantitative study.*

SUBJECTS: *In total 127 health care workers of a public health organisation (both doctors and nurses) in the centre and north of the Netherlands.*

MEASUREMENTS: *The self-reported Dera questionnaire.*

RESULTS: *The response-rate was 92,1% (n=117). A total of 89,7% of the respondents recognised the importance of prevention, but 73,5% considered it difficult to make prevention a subject of discussion when parents showed resistance. It was more difficult to make those situations a subject of discussion in low than in high socioeconomic status districts. The protocol for overweight was unknown to 40,2% of the respondents.*

CONCLUSION: *This study shows a difference between the actual and the desired (more uniform) execution of prevention. Health care workers indicate that this difference is most apparent when having to discuss the problem of overweight with unmotivated or resistive parents.*

RECOMMENDATIONS: *Training in motivational interviewing techniques may be a method to reduce the difference and should become a basic competence for health care workers. Adaptation of information material and protocols for the population in low socioeconomic status districts is necessary. Closer study of implementation methods of protocols within public health care is desirable.*

KEYWORDS: *prevention, overweight, child, health care workers, motivational interviewing.*