

# Voeding en opvoeding

Explorierend onderzoek naar de mogelijkheden tot opvoedingsondersteuning in  
de Zwolse wijken Diezerpoort en Holtenbroek



Universiteit Utrecht



A. Rehorst

3329208

Juni 2010

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Master Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

Docent Universiteit Utrecht: Drs. P.L.M. Baar

Begeleider GGD IJsselland: Ir. M.A.J.G. de Jong

---

## Abstract

The governmental health service (GGD IJsselland) has been working several years to obesity prevention in Zwolle, mainly in two neighborhoods called Diezerpoort and Holtenbroek. The aim of the present study was to find out which possibilities professionals in these areas have to make supportive parenting part of their daily activities. In order to reach this aim a qualitative determinants analysis was done. Fourteen welfare workers and childhood nurses participated in this study. The interviews indicated that supportive parenting in healthy eating is just a small part of their daily work. The professionals find this subject important, but only if there are no other areas of attention. Even so professionals expect others to take the lead in this topic, they initially don't feel responsible. Professionals experience some barriers when it comes to support parents. They said that they lack the accurate knowledge and that supporting parents isn't their task. It was recommended to increase the knowledge of the professionals. It is also important to make a clear division between partners. And last but not least the taboo towards discussing healthy eating needs to be broken.

---

**Key words: childhood overweight, prevention, supportive parenting**

### Inleiding

De hoeveelheid kinderen en volwassenen met overgewicht en obesitas is de laatste jaren wereldwijd toegenomen, met uitzondering van Japan (Apovian et al., 2008). Er wordt onderscheid gemaakt tussen overgewicht (body mass index > 25) en ernstig overgewicht, beter bekend als obesitas (body mass index > 30) (World Health Organization, 2010). De World Health Organization geeft aan dat er gesproken kan worden van een epidemie (World Health Organization, 1998). Uit onderzoek naar prevalentie trends in de Verenigde Staten blijkt dat het aantal mensen met overgewicht blijft stijgen (Carroll et al., 2006; Pollack & Strauss, 2001). Deze stijging vindt niet alleen plaats in de Verenigde Staten maar ook in Europa (Anderson & Butcher, 2006; Apovian et al., 2008). Onderzoek laat zien dat deze trend ook in Nederland waar te nemen is. Tevens blijkt dat het aantal mensen met overgewicht en obesitas steeds sneller stijgt (van Buuren, van Dommelen, HiraSing, van den Hurk & Verkerk, 2007). In Nederland heeft gemiddeld 17% van de meisjes en 14% van de jongens in de leeftijd van vier tot vijftien jaar te kampen met overgewicht (RIVM, 2009; TNO, 2006).

Overgewicht ontstaat wanneer een persoon meer energie binnen krijgt dan verbruikt. Veel wetenschappers houden zich al enkele jaren bezig met de vraag welke oorzaken ten grondslag liggen aan deze onbalans. Er is geen eenduidige oorzaak aan te wijzen voor overgewicht. Er wordt dan ook gesproken over multicausaliteit (Akhtar- Danesh, Deghan & Merchant, 2005; He, Kelly & Yang, 2007; Hill & Peters, 1998). In eerste instantie werd aangenomen dat de oorzaken vooral terug te vinden waren op individueel niveau. Zo blijkt uit onderzoek dat leefstijl voorkeuren en erfelijke belasting, overdraagbaar via de genen, belangrijke oorzaken kunnen zijn (Anderson & Butcher, 2006; He et al., 2007). Nu blijkt echter dat het aantal mensen met overgewicht blijft stijgen en het een wereldwijd gezondheidsprobleem vormt. Steeds vaker wordt gekeken naar de invloed van de omgeving (Akhtar- Danesh et al., 2005). De hedendaagse omgeving promoot inname van calorierijk voedsel en ontmoedigd fysieke activiteit (Hill & Peters, 1998). Zo staat er bij wijze van spreken op iedere straathoek een kiosk en vinden veel ouders het gewoon hun kinderen met de auto naar school te brengen. Dit wordt ook wel een obesogene omgeving genoemd (Egger, Raza & Swinburn, 1999). De 21<sup>e</sup> eeuw wordt onder andere gekenmerkt door macdonaldisation (Davies & Evans, 2004). Waarmee verwezen wordt naar de hoeveelheid fastfood die men eet en met welke regelmaat. Tevens kan cultuur een oorzaak zijn voor het ontstaan van de onbalans tussen inname en verbruik (Akhtar- Danesh et al., 2005). In sommige ontwikkelingslanden is overgewicht bijvoorbeeld een teken van welvaart en dus iets waar men naar streeft (Grundy, 1998).

Overgewicht is een gezondheidsprobleem, met name omdat het veel gevolgen met zich mee brengt. Allereerst kan overgewicht leiden tot verschillende chronische ziektes, bijvoorbeeld diabetes type II (World Health Organization, 2006). Diabetes type II wordt officieel ouderdomsdiabetes genoemd. Tegenwoordig komt het echter ook vaak voor bij kinderen met overgewicht en obesitas (Diabetes fonds, 2010). Mensen met overgewicht hebben tevens een verhoogde kans op hart en vaatziekten. Zij hebben namelijk een verhoogd cholesterolgehalte en een hogere bloeddruk. In combinatie met diabetes verhoogt dit de kans op hart en vaatziekten aanzienlijk (Hartstichting, 2010). Ook kan overgewicht leiden tot schade aan gewrichten, zoals de knieën en heupen. Mensen met overgewicht lopen ook meer risico op een aantal specifieke vormen van kanker (World Health

Organization, 2006). De zojuist beschreven gevolgen kunnen leiden tot levenslange beperkingen of nog ernstiger tot vroegtijdig overlijden.

### *Preventie van overgewicht*

Dankzij landelijke initiatieven is er de laatste jaren veel aandacht voor preventie van overgewicht (Convenant Overgewicht, 2010). De meeste preventie activiteiten richten zich op kinderen in de basisschoolleeftijd. Naast de fysieke ontwikkeling is dit ook een tijd van cognitieve en sociale ontwikkeling. Ouders, leraren en leeftijdgenoten spelen hierbij een belangrijke rol (Beemen, 2001). Onderzoek laat zien dat gedrag van kinderen nog niet 'vastgeroest' is en daardoor makkelijker te veranderen (Akthar-Danesh et al., 2005). Daarbij heerst in steeds meer gevallen de gedachte dat voorkomen beter is dan genezen (Grover, Moritsugu & Wong, 2010). Uit onderzoek is gebleken dat interventie programma's gericht op overgewicht en obesitas effectiever zijn bij kinderen dan bij volwassenen (Edmunds, Elliot & Waters, 2001).

Tot op heden zijn er weinig evidence based interventies op het gebied van preventie van overgewicht voor handen. Mogelijke oorzaken hiervoor kunnen zijn dat preventie van overgewicht erg lastig te bewerkstelligen is (Marti, Shaw & Stice, 2006). Een andere oorzaak kan zijn dat het lastig is om randomized control trial (RCT) onderzoek in te zetten bij deze interventies, wat een vereiste is om te kunnen spreken van effectieve interventies. Onderzoek naar bestaande interventies heeft al wel verschillende factoren opgeleverd die mogelijk de effectiviteit van de interventies verhogen. Zo blijkt de intensiteit van de interventie van belang. Een intensieve interventie verhoogt de kans op het gewenste resultaat. Ook de thema's die binnen de interventie aandacht krijgen zijn van invloed op het resultaat. Interventies die zich richten op zowel gezonde voeding als voldoende beweging zijn effectiever dan wanneer op één van deze twee wordt ingezet. Naast deze factoren wijzen meerdere onderzoeken uit dat ouderbetrokkenheid van belang is voor het slagen van de interventie (Bautista-Castaño, Doreste & Serra-Majem 2004; Branca, Nikogosian & Lobstein, 2006; Broome, Cashin & Snethen, 2006). Dit blijkt ook uit het dossier overgewicht van het Nederlands Jeugd Instituut (Nederlands Jeugd Instituut, 2010a). In de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut, zijn drie interventies opgenomen die zich richten op overgewicht. Allereerst is dat het 'Weet & Beweeg' programma. Dit is een ambulante gezinsbehandeling van ongeveer een jaar. Naast de kinderen en jongeren wordt er ook veel aandacht besteed aan de ouders. Het idee hierachter is dat de leefomgeving en het opvoedingsklimaat factoren zijn waar aan gewerkt kan worden. Dit kan alleen wanneer ook de ouders bij de interventie worden betrokken. 'Weet & Beweeg' is geclassificeerd als theoretisch goed onderbouwd (Databank effectieve jeugdinterventies, 2010a). Het tweede programma in de databank is 'JUMP-in'. Dit programma heeft als primair doel het stimuleren van de totale dagelijkse lichamelijke activiteit en sportdeelname van kinderen. Ook in dit programma is ouderbetrokkenheid een belangrijke pijler. Zij proberen ouders te bereiken door middel van voorlichting. Het programma is beoordeeld als theoretisch goed onderbouwd (JUMP-in, 2010). Het derde programma dat opgenomen is in de databank effectieve interventies is het lespakket 'Reclame rakkers'. Deze interventie wordt geheel binnen de school uitgevoerd en hier worden de ouders niet bij betrokken. Net als de twee voorgaande interventies is ook dit programma beoordeeld als theoretisch

goed onderbouwd (Databank effectieve jeugdinterventies, 2010b). Zoals al genoemd is het lastig om aan te tonen dat een interventie daadwerkelijk effectief is. Dit vraagt namelijk om een kostbare en tijdrovende manier van onderzoek. Dit blijkt ook uit de beoordelingen van de programma's. Geen enkel programma heeft de beoordeling bewezen effectief ontvangen. Tot op heden kunnen er daarom geen harde conclusies getrokken worden op basis van de beoordeling die de programma's nu hebben. Naast de interventies specifiek gericht op overgewicht bestaan er ook verschillende programma's die zich richten op opvoedingsondersteuning. Een aantal van deze programma's hebben hun effect de afgelopen jaren bewezen. Een voorbeeld hiervan is 'Triple P', ook wel het 'positive parenting program' genoemd (Markie- Dadds, Sanders & Turner, 2002). Dit programma is in eerste instantie ontworpen om ouders te helpen bij het omgaan met kinderen met gedragsproblemen (de Graaf, Smit, Speetjens, Tavecchio & de Wolff, 2008). Er zijn inmiddels meerdere varianten van het programma, zo is er 'Life Style Triple P', speciaal ontwikkeld voor ouders van kinderen met overgewicht. Hier zijn tot op heden nog geen effectstudies van bekend (Triple-P Nederland, 2010). Ook 'Opstapje' en 'Opstap', interventies die gericht zijn op ontwikkelingsstimulering en 'Sporen' een voor- en vroegschoolse educatie programma, hebben laten zien dat opvoedingsondersteuning tot resultaat kan leiden (Nederlands Jeugd Instituut, 2010b). Alle drie de interventies hebben op dit moment de classificatie theoretisch goed onderbouwd gekregen van het Nederlands Jeugd Instituut (Nederlands Jeugd Instituut, 2010e; Nederlands Jeugd Instituut, 2010f, Nederlands Jeugd Instituut, 2010g).

#### *Opvoedingsondersteuning*

Opvoeding houdt in dat ouders het kind helpen in zijn ontwikkeling, door kennis, waarden en normen over te dragen, en door structuur en een verzorgende en beschermende omgeving te bieden (Herwijer & Vogels, 2004). Ouders vormen de primaire opvoeders voor hun kinderen (Albeda, Blokland, Bordewijk & van de Meer, 2006; Herwijer & Vogels, 2004). Toch zijn zij niet de enige die verantwoordelijkheid dragen op dit gebied. Een goede opvoeding van kinderen is ook maatschappelijk van belang, de samenleving heeft hier baat bij (Albeda et al., 2006). Hierdoor draagt ook de overheid een deel van de verantwoordelijkheid. Het Nederlands Jeugd Instituut, ZonMW en het programmaministerie Jeugd en Gezin werken samen aan het project 'allemaal opvoeders'. Dit project laat zien dat iedereen een bepaalde mate van opvoedingsverantwoordelijkheid heeft zoals de buurman, de tante, de zwemjuf en de groenteboer (Nederlands Jeugd Instituut, 2010d).

Sommige ouders ervaren moeilijkheden in het opvoeden van hun kind. Zij kunnen baat hebben bij ondersteuning. Veelal vinden mensen dit in informele sfeer, bij familie of vrienden (Nederlands Jeugd Instituut, 2010c). De laatste jaren is er echter een individualiserende trend waar te nemen. Gezinnen zijn steeds minder verbonden met familie, buurt en sociale groepen. Dit brengt een positief effect met zich mee, namelijk dat men verlost wordt van knellende sociale controle die de eigen ontwikkeling in de weg stond. Echter is er ook een nadelig effect. De ondersteuning bij de opvoeding door familieleden of mensen uit de buurt ontbreekt (Bronneman – Helmers, 1999). Er is daarom ook een formele manier van opvoedingsondersteuning. Onder opvoedingsondersteuning wordt verstaan het ondersteunen van ouders bij de opvoeding om een optimale ontwikkeling van de kinderen te bevorderen (RIVM, 2010). Het doel van deze ondersteuning is dat vaardigheden en

competenties van ouders vergroot worden zodat zij na verloop van tijd zonder ondersteuning de problemen het hoofd kunnen bieden (RIVM, 2010). Professionele steun kan bijvoorbeeld zijn; informatie, adviesgesprekken of cursussen (Nederlands Jeugd Instituut, 2010c). Opvoedingsondersteuning is een breed begrip. De ondersteuning kan individueel geboden worden of groepsgewijs. Het kan plaatsvinden in een bestaande setting, tijdens huisbezoek, of in een specifieke setting zoals een opvoedingsbureau. Opvoedingsondersteuning kan ook gebruik maken van verschillende media zoals persoonlijke contact, folders of handboeken (Nederlands Jeugd Instituut, 2010i). Opvoedingsondersteuning is dus niet onder een noemer te vatten en kan in vele vormen worden ingezet.

#### *GGD IJsselland*

De opdrachtgever van dit onderzoek is de Gemeenschappelijke Gezondheid Dienst (GGD) IJsselland in Zwolle. De GGD werkt al een aantal jaren actief aan preventie van overgewicht bij kinderen. De afgelopen drie jaar heeft zij dit gedaan door samen te werken met verschillende partners in het actie programma 'Samen Gezond'. De eerste resultaten van dit programma zijn gebundeld in een tussenevaluatie rapport (Hiemstra- Willemsen, 2009). Hieruit blijkt dat de aandacht voor gezonde leefstijl gestegen is in de programma periode. Tevens komt hieruit naar voren dat de samenwerking tussen partners een van de successen is van 'Samen Gezond'. Ook worden er verschillende aandachtspunten genoemd voor het verdere vervolg van het programma. Een daarvan is meer samenhang tussen activiteiten (Hiemstra- Willemsen, 2009). Inmiddels is 'Samen Gezond' afgelopen en heeft er een eindevaluatie plaats gevonden. De resultaten hiervan zijn nog niet bekend. Vanaf januari 2010 zijn de resultaten en opbrengsten van 'Samen Gezond' voortgezet in het programma 'Gezonde Stad Zwolle'. Dit is een integrale aanpak van overgewicht bij jeugd, waarbij naast wijkaanpak en ketenaanpak ook beleid, fysieke omgeving, publiek-private samenwerking, (sociale) marketing en communicatie belangrijke pijlers zijn (GGD IJsselland, 2010). In de gemeente Zwolle zijn drie wijken aangewezen als aandachtswijken. In deze wijken wonen gemiddeld meer mensen met een laag sociaal economische status (ses) dan in andere Zwolse wijken. Gebleken is dat mensen met een lage ses een risicogroep vormen wat betreft het ontwikkelen van overgewicht (Bove, Miller, Olson, 2007; Chinn, Falascheti, Primatesta, Rona & Stamatakis, 2005). Dit onderzoek zal zich richten op twee van de drie aandachtswijken, namelijk Diezerpoort en Holtenbroek. In Diezerpoort kampt 13% van de kinderen met overgewicht. Dit is 3% meer dan het Zwolse gemiddelde. Daarbij is 5% van de kinderen in Diezerpoort obees terwijl in heel Zwolle dat gemiddeld 2% is (Factsheet CheckKid, n.d.a). In Holtenbroek heeft 12% van de kinderen overgewicht en 5% obesitas (Factsheet Checkid, n.d.b).

Om de richting van dit onderzoek te kunnen bepalen heeft er een veldoriëntatie plaatsgevonden. Hierin is gesproken met drie professionals uit Diezerpoort en Holtenbroek. Zij bekleden de functies; jeugdarts op een consultatiebureau, coördinator bredeschool en sociaal cultureel werker. Deze professionals hadden al meerdere malen aangegeven dat ouders meer betrokken moeten worden en wilden hier graag aan mee werken. Uit de veldoriëntatie komt naar voren dat interventies gericht op kinderen hun uitwerking missen wanneer ouders niet betrokken worden in dit proces. Dit wordt ondersteund door verschillende onderzoeken (Bautista-Castaño et al.,

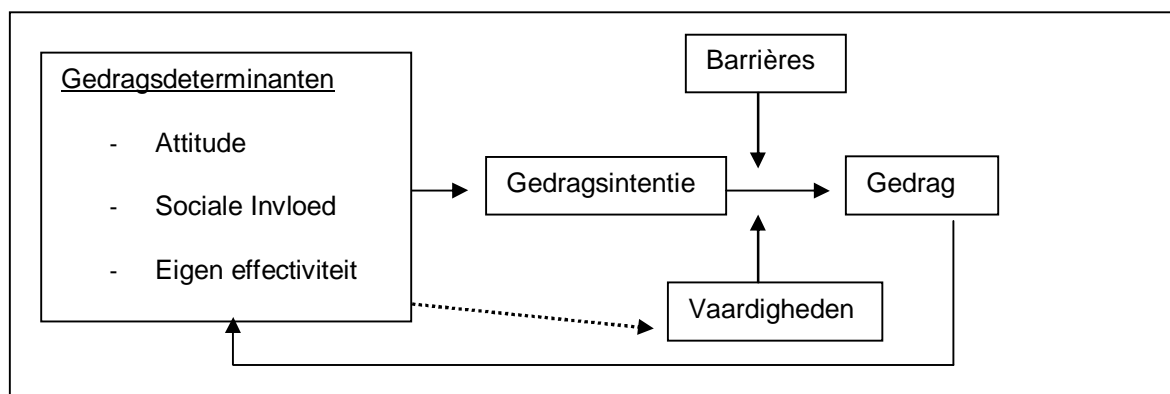
2004; Branca et al., 2006; Broome et al., 2006). Zo blijkt dat ouders een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van overgewicht bij hun kinderen en dat ouders een bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen van overgewicht bij hun kinderen (Appugliese, Bradley, Kaciroti, Lumeng & Rhee, 2006; Arredondo et al., 2006; Crow & Golan, 2004; Gortmaker, Kim, Lindsay & Sussner, 2006). De professionals geven in de veldoriëntatie aan dat ouders meer ondersteuning nodig hebben in het overbrengen van een gezond voedingspatroon op kinderen. Zij signaleren dat veel ouders moeite hebben met het stellen van grenzen op voedingsgebied. De professionals vinden het lastig om door te dringen tot ouders. Ze geven aan dat het moeilijk is om het onderwerp met ouders te bespreken en ook is het aanbod, wat professionals ouders kunnen bieden, beperkt. De professionals geven aan dat zij dit voornamelijk signaleren op het gebied van een gezond voedingspatroon. Met betrekking tot voldoende beweging speelt dit minder.

#### *ASE model*

Professionals hebben een bepaalde gedragsintentie als het gaat om opvoedingsondersteuning aan ouders. In dit onderzoek zal gekeken worden wat de intenties zijn en hoe deze eruit zien. Tevens is het interessant te onderzoeken of de gedragsintenties van professionals inderdaad leiden tot dat gedrag. Als dit niet het geval is, welke barrières zijn dan aanwezig? Om op deze vragen een antwoord te kunnen geven zal een determinantenanalyse gedaan worden. Op deze manier kan onderzocht worden welke determinanten van invloed zijn op het gedrag van de professionals. Uit de literatuur komt naar voren dat ter voorbereiding op een interventie een determinantenonderzoek gebruikt kan worden om ideeën te genereren over hoe gedragsverandering bereikt kan worden (Kremers, Lechner, Meertens & de Vries 2008). Op deze manier kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een interventie op maat ten aanzien van opvoedingsondersteuning op het gebied van voeding. Omdat het gaat om intenties, gedrag en barrières is gekozen deze analyse te baseren op het ASE model.

Het ASE model is een bekend gedragsbeïnvloedingmodel op het gebied van gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Het ASE model is gebaseerd op de theory of planned behaviour van Fishbein en Ajzen, zie figuur 1 (Ajzen 1991; Ajzen, 2002). De centrale factor in de theory of planned behaviour is iemands *intentie* om bepaald gedrag te vertonen. Algemene regel is dat hoe sterker de intentie, hoe groter de kans dat het gedrag ook daadwerkelijk vertoond wordt (Ajzen, 1991). In het ASE model worden drie onafhankelijke determinanten van gedrag onderscheiden. Deze determinanten bepalen iemands intentie. Allereerst is dat de *attitude* ten opzichte van het gedrag. Attitude heeft bijvoorbeeld betrekking op de waardering ten opzichte van risicogedrag, de kennis van risicogedrag, oordelen over voor – en nadelen en gewoonten van iemand (Kremers et al., 2008). Een attitude van een professional kan zijn dat hij het niet belangrijk vindt ouders te vertellen over gezonde voeding. De tweede determinant is subjective norm, in het ASE model omschreven als *sociale norm* of sociale invloed (Kremers et al., 2008). Ook hier zijn verschillende aspecten onder te scharen. Zoals de directe invloeden van anderen op het individuele gedrag, en de geldende norm in de omgeving van een individu. Ook modelling hoort onder sociale norm. Met modelling wordt bedoeld leren door observeren, kijken wat voor gedrag anderen vertonen

en dit overnemen (Kremers et al., 2008). Een voorbeeld van sociale invloed is als collega's elkaar stimuleren om gezonde voeding bespreekbaar te maken met ouders. De derde determinant is *eigen effectiviteit* (Kremers et al., 2008). Eigen effectiviteit is iemands geloof in zijn eigen competentie om controle uit te oefenen over het eigen functioneren en over gebeurtenissen die invloed hebben op het eigen leven (Ajzen, 1991; Ajzen 2002). Bij eigen effectiviteit kan gedacht worden aan de mate van controle van gedrag, de inschatting van de moeilijkheid van de vaardigheid en de mate waarin iemand zelfvertrouwen heeft in het vertonen van gedrag (Kremers et al., 2008). Een voorbeeld van eigen effectiviteit is wanneer iemand vindt dat hij in staat is om ouders te motiveren om gezonder te gaan eten. De zojuist beschreven determinanten bepalen de intentie om bepaald gedrag te vertonen. De intentie voor gedrag en het daadwerkelijk vertoonde gedrag kunnen echter verschillen. Dit heeft te maken met aanwezige vaardigheden en barrières (Kremers et al., 2008). De *vaardigheden* staan in nauwe relatie met eigen effectiviteit. De inschatting van aanwezige vaardigheden kan afwijken van de werkelijke beheersing van vaardigheden. Dit betekent dat de intentie om bepaald gedrag te vertonen niet per definitie leidt tot dit gedrag omdat men niet de vaardigheden beheerst, waarvan men wel had in geschat (eigen effectiviteit) deze te beheersen (Kremers et al., 2008). Vaardigheden kunnen dus geoperationaliseerd worden als de concrete vaardigheden die nodig zijn om bepaald gedrag uit te voeren. Een voorbeeld hiervan is het kunnen motiveren van ouders om gezonde producten te kopen. Een ander voorbeeld is ouders kunnen overtuigen dat het belangrijk is om gezonde voeding te eten. In dit onderzoek zijn vaardigheden vooral terug te brengen naar communicatievaardigheden. Net als de vaardigheden hebben ook aanwezige barrières invloed op het vertoonde gedrag. Een barrière kan in de weg staan bij de uitvoering van bepaald gedrag. Een barrière wordt dan ook geoperationaliseerd als aanwijsbare belemmeringen om bepaald gedrag te vertonen (Kremers et al., 2008). Een barrière kan bijvoorbeeld zijn dat professionals en ouders niet dezelfde taal spreken. Zoals in figuur 1 te zien is vormen de intenties, de vaardigheden en de barrières samen het uiteindelijke gedrag.



Figuur 1. Naar Ajzen (1991; 2002) en Kremers, Lechner, Meertens & de Vries (2008).

### Doelstelling

De bevindingen van de professionals in de veldoriëntatie en de resultaten van verschillende onderzoeken die aangeven dat ouderbetrokkenheid wenselijk is bij preventie van overgewicht (Bautista-Castaño et al., 2004; Branca et al., 2006; Broome et al., 2006) vormen de basis van dit onderzoek. Het algemene doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de betrokkenheid en mogelijkheden van professionals in het ondersteunen van ouders bij het overbrengen van een gezond

voedingspatroon op hun kinderen. Met betrokkenheid wordt de intentie van de professionals bedoeld. Dit is echter een meer conceptuele term. Gedurende dit onderzoek is de term betrokkenheid gehanteerd, gevoelsmatig sluit dit beter aan bij de onderzochte praktijk. De mogelijkheden duiden op het resultaat van aanwezige vaardigheden en barrières. Er zijn verschillende determinanten van invloed op de betrokkenheid en mogelijkheden van de professionals wanneer het gaat om opvoedingsondersteuning. Om deze te kunnen onderscheiden zal een determinantenanalyse plaats vinden. Naar aanleiding hiervan kunnen aandachtspunten geformuleerd worden hoe de GGD professionals kan ondersteunen in hun opvoedingsondersteuning aan ouders. Onder professionals worden in dit onderzoek verstaan alle medewerkers van organisaties die participeren in het programma 'Gezonde Stad Zwolle'. Het gaat om medewerkers die in hun werk in aanraking komen met kinderen en/of ouders.

Dit onderzoek is gebaseerd op een vraag van de professionals in Diezerpoort en Holtenbroek die werken met kinderen in de basisschool leeftijd vier tot en met twaalfjarigen. Deze professionals vormen een belangrijke groep binnen het Zwolse programma 'Gezonde Stad'. Om met het onderzoek aan te kunnen sluiten op de vraag uit de wijk zal dit onderzoek zich richten op deze groep professionals. Uit de veldoriëntatie is naar voren gekomen dat professionals de meeste moeilijkheden signaleren op het gebied van gezonde voeding. Het is lastig om tot ouders door te dringen. De professionals geven aan dat op het gebied van beweging ouders goed uit de voeten kunnen. De afgelopen jaren is er veel in aandacht geweest voor bewegen. Deze boodschap is goed opgepakt door de ouders. Gezonde voeding blijft hierin achter, zo signaleren de professionals. Het onderzoek zal zich daarom uitsluitend richten op het ondersteunen van ouders bij het overbrengen van een gezond voedingspatroon.

De eerste doelstelling van dit onderzoek is in kaart brengen op welke manier professionals op dit moment vorm geven aan het ondersteunen van ouders bij het overbrengen van een gezond voedingspatroon op hun kinderen. Tevens wordt bekeken hoe dit door de professionals ervaren wordt. Zoals eerder genoemd blijkt uit onderzoek dat ouders een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen van overgewicht bij hun kinderen (Appugliese et al., 2006; Arredondo et al., 2006; Crow & Golan, 2004; Gortmaker et al., 2006). Ouders kunnen bijdragen aan een gezonde omgeving waarin gezonde voeding en voldoende beweging van kinderen en adolescenten belangrijke elementen zijn (Gortmaker et al., 2006). Ze bepalen op een directe manier de fysieke en sociale omgeving van het kind en beïnvloeden op een indirecte manier het gedrag, gewoonten en houdingen gedurende het socialisatieproces door een rolmodel te zijn (Gerstein, Ritchie, Styne & Welk, 2005). Hulpverleners kunnen ouders voorzien van opvoedingsondersteuning. Dit kan variëren van een kort advies tot een oudertraining van meerdere bijeenkomsten (Nederlands Jeugd Instituut, 2010c). Het is ook mogelijk dat professionals signaleren dat ouders onvoldoende toegerust zijn om de opvoeding van hun kinderen zonder hulp te voltooien. Ook op dit soort momenten is het mogelijk ondersteuning te bieden. Verwacht wordt dat professionals in hun contact met ouders en kinderen signaleren dat het overbrengen van een gezond voedingspatroon soms moeizaam verloopt. Uit de veldoriëntatie blijkt dat professionals dit bespreekbaar proberen te maken. Naar aanleiding van de veldoriëntatie en op basis van de teruggroportage (Brink – Melis, Derksen & Visscher, 2009) wordt verwacht dat er nog



een flinke slag gemaakt kan worden om een betere afstemming en samenwerking te kunnen bereiken tussen professionals en ouders. Naast deze verwachtingen leven er een aantal vragen. Wat hebben de wijkwerkers en jeugdgezondheidszorgers tot nu toe ondernomen om ouders te ondersteunen op dit gebied? Is er verschil tussen de twee groepen professionals? Uit de literatuur blijkt dat opvoedingsondersteuning een breed begrip is, opvoedingsondersteuning kan verschillende vormen hebben (Nederlands Jeugd Instituut, 2010c; Nederlands Jeugd Instituut, 2010i; RIVM, 2010). Omdat er veel mogelijkheden zijn om opvoedingsondersteuning te bieden, wordt verwacht dat wijkwerkers en jeugdgezondheidszorgers wel opvoedingsondersteuning geven aan ouders. Er wordt wel een verschil verwacht in de manier waarop de professionals dit doen. Uit de gesprekken die gehouden zijn in de veldoriëntatie is gebleken dat wijkwerkers vooral op een informele manier contact hebben met de doelgroep. Jeugdgezondheidszorgers zijn gebonden aan de vaste contactmomenten waarop zij ouders en kinderen zien. Verwacht wordt dat afhankelijk van de vorm en duur van het contact wat de professional heeft met de doelgroep de opvoedingsondersteuning vorm krijgt.

De tweede doelstelling van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de intenties van professionals om ouders te ondersteunen ten aanzien van het overbrengen van een gezond voedingspatroon op hun kinderen. De professionals vormen een belangrijke schakel bij het verlenen van opvoedingsondersteuning. Omdat dit onderzoek voortkomt uit een praktijkvraag kan verwacht worden dat de professionals in Diezerpoort en Holtenbroek een bepaalde mate van bereidheid hebben om deze ondersteuning mee te nemen in hun dagelijks werkzaamheden. Het is echter van belang na te gaan hoe de professionals aankijken tegen gezonde voeding. Vinden alle professionals in deze wijken dit belangrijk? Ontvangen ze steun van collega's en leidinggevenden om ouders te ondersteunen? En hebben zij voldoende kennis om de ouders op dit gebied te ondersteunen (Ajzen, 2002; Bouter, Colland, van Es, Nagelkerke & Scholte, 2001)? De drie determinanten van het ASE model zijn uitgangspunt voor het inzichtelijk maken van de intenties (Ajzen 1991; Ajzen, 2002; Kremers et al., 2008). Op basis van de veldoriëntatie en de tussenevaluatie van 'Samen Gezond' (Hiemstra-Willemsen, 2009) kunnen de volgende verwachtingen geformuleerd worden. De professionals vinden het allen belangrijk dat ouders hun kinderen gezond opvoeden. Tevens voelen de professionals zich gesteund door collega's en hun organisatie om hiermee aan de slag te gaan. Verwacht wordt ook dat de wijkwerkers op dit moment niet voldoende handvatten hebben om ouders echt goed te kunnen ondersteunen op dit gebied. Op basis van de veldoriëntatie en de tussenevaluatie van 'Samen Gezond' (Hiemstra-Willemsen, 2009) wordt verwacht dat wijkwerkers te weinig kennis hebben op het gebied van een gezond voedingspatroon. Zij zijn namelijk niet geschoold op het gebied van voeding. Voor de jeugdgezondheidszorgers zal dit minder spelen. Zij zijn geschoold op het gezondheidsvlak waar voeding een onderdeel van uit maakt.

De derde doelstelling richt zich op de vraag in hoeverre de professionals beschikken over voldoende vaardigheden om ouders te ondersteunen in het overbrengen van een gezond voedingspatroon. In het ASE model zijn vaardigheden nauw verbonden met eigen effectiviteit. Eigen effectiviteit is de inschatting van het beheersen van bepaalde vaardigheden. Dit garandeert echter niet dat deze vaardigheden ook daadwerkelijk aanwezig zijn. Uit de theorie blijkt dat het belangrijk is om te weten of de vaardigheden daadwerkelijk aanwezig zijn om dat gedrag te kunnen vertonen (Kremers,

et al., 2008). Zoals al genoemd wordt verwacht dat wijkwerkers niet voldoende kennis hebben over voeding. Op basis van de veldoriëntatie kan echter verwacht worden dat zij wel over de vaardigheden beschikken om ondersteuning te geven. Wijkwerkers zijn opgeleid om met mensen te werken en hen te helpen bij problemen waar ze zelf niet uit komen. Uit de veldoriëntatie kwam naar voren dat jeugdgezondheidszorgers gebruik maken van verschillende gesprekstechnieken om ouders te stimuleren en motiveren. Op basis hiervan wordt verwacht dat ook deze groep over de juiste vaardigheden beschikt om opvoedingsondersteuning te bieden. De vraag is of de professionals dit zelf ook zo ervaren.

De vierde doelstelling richt zich op wat volgens professionals barrières zijn in opvoedingsondersteuning aan ouders op het gebied van gezonde voeding. Evenals de vaardigheden kunnen ook de barrières belemmeren dat gedrag tot uitvoer wordt gebracht. Het is goed om te weten welke barrières de professionals ervaren (Kremers et al., 2008). Op basis van de veldoriëntatie is te verwachten dat de wijkwerkers belemmeringen ervaren in het contact met ouders. Uit de veldoriëntatie komt naar voren dat het gaat om een moeilijk bereikbare groep ouders. Dit onderzoek richt zich op twee achterstandswijken in de gemeente Zwolle. In deze wijken wonen veel gezinnen waar nog meer problemen spelen. De zogenaamde multi probleem gezinnen (Nederlands Jeugd Instituut, 2010h). Verwacht wordt dat wijkwerkers het als een barrière ervaren dat er nog veel andere problemen spelen in het gezin. De jeugdgezondheidszorgers hebben vaste contactmomenten met ouders. In contact komen met ouders zal voor deze groep daarom geen belemmering vormen. Uit de veldoriëntatie komt wel naar voren dat zij kampen met beperkte tijd. Verwacht wordt dat dit een barrière vormt voor de jeugdgezondheidszorgers. Op basis van literatuur wordt ook verwacht dat de omgeving een barrière vormt. De zogenaamde obesogene samenleving. Zo zijn gezonde producten vaak duurder dan ongezonde alternatieven en is de samenleving ingericht op inactiviteit (Hill & Peters, 1998; Egger, et al., 1999). Naast omgevingsfactoren spelen mogelijk ook culturele invloeden een rol. In de wijken Diezerpoort en Holtenbroek wonen verschillende allochtonen gezinnen die vanuit hun cultuur een minder gezond eetpatroon hebben (Akhtar- Danesh et al., 2005).

De vijfde en laatste doelstelling van dit onderzoek is het in kaart brengen welke wensen en verwachtingen professionals hebben in hun opvoedingsondersteuning aan ouders. Opvoedingsondersteuning kan vele vormen hebben. In de meeste gevallen kunnen ouders na een paar tips zelf weer verder, in sommige gevallen is intensievere begeleiding gewenst (Nederlands Jeugd Instituut, 2010c). Het is goed om duidelijk te krijgen wat de professionals willen bereiken met de opvoedingsondersteuning. Wat is hun verwachting, waar willen ze naar toe? Door dit in kaart te brengen zal ook duidelijk worden welke aard en omvang de opvoedingsondersteuning zal moeten krijgen en kunnen interventies hier op afgestemd worden. De professionals zullen echter ook beperkingen kennen van uit hun functie. Een sportbuurtclubdocent zal bijvoorbeeld gebonden zijn aan zijn takenpakket. Een intensieve begeleiding is voor hem daarom wellicht niet mogelijk. Door deze wensen en verwachtingen in kaart te brengen zal meer duidelijkheid gecreëerd worden over hoe de professionals vorm kunnen geven aan opvoedingsondersteuning bij voeding. Verwacht wordt dat de professionals met name bewustwording willen creëren bij de ouders, zoals ook naar voren komt uit de veldoriëntatie. Op basis van de tussenevaluatie van 'Samen Gezond' (Hiemstra – Willemsen, 2009)

wordt verwacht dat de wijkwerkers betere afstemming wensen tussen de verschillende organisaties en functies.

### **Methode**

#### *Type onderzoek*

Het onderzoek is vooral explorerend van aard. Vooraf waren geen heldere hypothesen of theorieën voor handen. Bij exploratie staat de ontwikkeling van begrippen, hypothesen of een theorie voorop (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de betrokkenheid en mogelijkheden van professionals in het ondersteunen van ouders bij het overbrengen van een gezond voedingspatroon op hun kinderen. Om dit doel te bereiken is gebruik gemaakt van kwalitatieve dataverzameling- en analysemethoden. Kwalitatief onderzoek richt zich op het gedetailleerd in kaart brengen van de werkelijkheid naar aard, waarde en eigenschappen (Baarda et al., 2005). Betekenisverlening van professionals staat in dit onderzoek centraal. Daarbij is de praktijk vooral uitgangspunt van het onderzoek. De literatuur heeft met name een controle functie op de gevonden resultaten. Het theoretisch kader van het ASE model is bedoeld als een formeel kader van waaruit de onderzoeksvragen geformuleerd zijn. Dit onderzoek betreft een casestudie omdat het onderzoek zich specifiek richt op de Zwolse wijken Diezerpoort en Holtenbroek. In een casestudie wordt een groep mensen onderzocht onder alledaagse omstandigheden en in zijn geheel. Belangrijk bij een casestudie is dat de omgeving in tact blijft en dat er rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en beperkingen van de praktijksituatie (Baarda et al., 2005). Er is bij dit onderzoek wel sprake van inhoudelijke generalisatie, maar deze is niet statistisch. De resultaten van dit onderzoek zijn specifiek voor Diezerpoort en Holtenbroek en beperkt generaliseerbaar naar andere wijken of gemeenten. Het onderzoek heeft echter wel een exemplarische functie. Mensen in vergelijkbare functies of situaties kunnen zich herkennen in het onderzoek. Dit sluit goed aan bij casestudie onderzoek wat gedaan wordt om een specifieke situatie te onderzoeken (Baarda et al., 2005). De praktijksituatie, ook wel de context, vormt hierbij uitgangspunt. Er is daarom eerst een veldoriëntatie gedaan om te kijken wat het probleem is, om de context te verhelderen. De context heeft vele facetten met een onderlinge samenhang. Bij kwalitatief onderzoek wordt geprobeerd alle facetten te bekijken. Dit wordt aangeduid met de term holisme (Baarda et al., 2005).

#### *Respondenten*

Dit onderzoek richt zich op alle professionals in Diezerpoort en Holtenbroek die tijdens hun werkzaamheden in aanraking komen met kinderen en/of hun ouders. Alleen professionals die werken met ouders van kinderen tussen vier en twaalf jaar behoorden tot de onderzoeksgroep. Tevens was het van belang dat de professionals een hulp- of zorgverlenende relatie hebben met de ouders. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen drie respondentengroepen. Allereerst de wijkwerkers werkzaam bij Travers welzijn en Sportservice Zwolle. Ten tweede het team van de jeugdgezondheidszorg van de GGD die werkzaam is in deze twee wijken. De derde groep respondenten zijn de leerkrachten van de basisschool in Diezerpoort. Er zijn negen wijkwerkers geïnterviewd. Een van hen is werkzaam bij Sportservice Zwolle, de overige acht bij Travers welzijn. Twee respondenten waren man, zeven respondenten waren vrouw. Er zijn drie jongerenwerkers geïnterviewd, een kinderwerker, een

sportbuurtclubdocent, twee buurtmoeders en twee volwassenwerkers. Allen zijn al enige tijd werkzaam in de wijken. Variërend van een jaar tot negen jaar. Alle onderdelen van het wijkwerk zijn opgenomen in de onderzoeksgroep. Daarbij is bij drie van de vier functies gesproken met twee respondenten. Alleen van het kinderwerk is maar met een respondent gesproken. De sportbuurtclubdocent bekleedt een unieke functie. Het was niet mogelijk iemand met een vergelijkbare functie te spreken. Tevens zijn uit beide wijken meerdere werkers geïnterviewd. Dit verhoogt de representativiteit van de onderzoeksgroep wijkwerkers. Er zijn vijf jeugdgezondheidszorgers geïnterviewd. Dit is een team, werkzaam in Holtenbroek en Diezerpoort. In dit team zaten één jeugdarts, één jeugdartsassistent en drie jeugdverpleegkundigen. Alle respondenten waren vrouw. Bij de jeugdgezondheidszorgers zijn ook alle drie de functies vertegenwoordigd. Tevens is het team actief op verschillende basisscholen. De onderzoeksgroep is daarom representatief voor de situatie in Diezerpoort en Holtenbroek. Zowel de wijkwerkers als de jeugdgezondheidszorgers variëren in leeftijd van midden twintig tot eind veertig.

### *Interviews*

Er is gebruik gemaakt van half gestructureerde interviews. Vooraf zijn topics en vragen opgesteld. De vragen zijn bedoeld als hulpmiddel voor de interviewer om een topic mee te openen. Verder is aangehaakt bij en doorgevraagd op de antwoorden van de respondenten. Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is dat tijdens het interview van de volgorde van de topics en vragen afgeweken kan worden (Baarda et al., 2005). De validiteit van het interview is vergroot door ter afronding van ieder topic te muteren. Door samen te vatten en te parafraseren wordt gecontroleerd of de onderzoeker goed begrepen heeft wat de respondent bedoeld te zeggen. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is ieder interview gestart met een korte gespreksintroduktie. De respondent weet hierdoor wat hij kan verwachten. Tijdens de introductie heeft de onderzoeker uitgelegd waarom zij dit onderzoek uitvoert. Tevens is anonimiteit gewaarborgd. Tot slot heeft de onderzoeker de opbouw van het interview uitgelegd, welke topics er aan bod komen. Voordat gestart is met de topics is er gevraagd naar een aantal achtergrondvariabelen. De topics zijn geformuleerd op basis van de vijf doelstellingen. Het eerste topic was *opvoedingsondersteuning op dit moment*. De vragen binnen dit topic hadden betrekking op de huidige situatie zoals, neemt de professional op dit moment al enige vorm van opvoedingsondersteuning mee in zijn huidige werkzaamheden? Op wiens initiatief is dit? Het tweede topic wat was opgenomen in de lijst is *waarde van gezonde voeding*. De professionals is gevraagd vijf thema's in volgorde van belangrijkheid te leggen. Het betrof de thema's: slapen/nachtrust, gezonde voeding, omgaan met autoriteit, leerproblemen en weerbaarheid van het kind. Dit zijn thema's waar de professionals vaak mee te maken krijgen tijdens hun werk. Vervolgens is gevraagd waarom de respondent de thema's in deze volgorde had gelegd. Het derde topic was *sociale steun*. Er is bijvoorbeeld gevraagd hoe de professionals de steun van collega's ervaren, hoe de afstemming is tussen collega's, of ze zich beleidsmatig gesteund voelen door de organisatie en of hun leidinggevende ontwikkelingen op dit gebied stimuleert. Het vierde topic was *aanwezige kennis en vaardigheden*. Vragen die bijvoorbeeld gesteld zijn bij dit topic; in hoeverre vinden professionals dat zij over voldoende kennis beschikken over gezonde voeding, gezonde producten? In hoeverre vinden zij

dat ze over voldoende kennis beschikken over opvoeding? Ook is er gevraagd naar de vaardigheden met betrekking tot opvoedingsondersteuning, zijn de professionals in staat het onderwerp te bespreken met ouders? Kunnen zij aanzetten tot gedragsverandering door middel van bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering en dergelijke? Het vijfde topic was *barrières*. Vragen die gesteld zijn bij dit topic zijn bijvoorbeeld: Welke factoren belemmeren u om ouders te ondersteunen op het gebied van voeding? Wat zou er volgens u moeten veranderen aan dergelijke omgevingscondities om ondersteuning van ouders voor u beter in te kunnen passen in uw werkzaamheden? Topic zes had betrekking op *wensen en verwachtingen*. Zo is er gevraagd naar de meest ideale situatie van opvoedingsondersteuning op het gebied van voeding. Ook is bijvoorbeeld gevraagd welke stappen gezet moeten worden op dit gebied, door wie en wanneer.

### *Procedure*

De wijkwerkers zijn schriftelijk benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan het onderzoek. Waar nodig is er ook telefonische contact geweest om hen te benaderen. Negen respondenten stemden hier mee in. Eén wijkwerker wilde niet mee werken aan het onderzoek. Alle respondenten participeren in het programma 'Gezonde Stad Zwolle'. Contactgegevens konden daarom verkregen worden middels de GGD. Om de jeugdgezondheidszorgers te kunnen bereiken is gebruik gemaakt van interne contacten. Op deze manier was het mogelijk aan te haken bij een teamoverleg. Het laatste half uur van dit overleg is vrijgemaakt voor het interview. Er waren zes respondenten aanwezig. De derde en laatste groep respondenten heeft uiteindelijk niet deelgenomen aan het onderzoek. Om de leerkrachten te kunnen benaderen was toestemming nodig van het schoolhoofd. Deze is telefonisch benaderd. Echter wilde zij geen prioriteit geven aan het onderzoek. Leerkrachten zijn benaderd via een brief in hun postvak. Wanneer zij mee wilden werken konden zij contact op nemen met de onderzoeker. Hier is geen reactie op gekomen. Alle interviews hebben plaats gevonden in de werkomgeving van de respondent. Op deze manier is getracht zoveel mogelijk in de alledaagse situatie te onderzoeken. De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. De interviews zijn daarna verbatim uitgetypt en geanalyseerd. Op deze manier is de betrouwbaarheid vergroot. Geanalyseerd is conform de kwalitatieve analysemethode van Baar (2002) en Baarda et al. (2005). Op grond van analytische inductie, door het constant vergelijken van uitspraken, is gekomen tot een kernlabel apparaat, dat in principe antwoord geeft op desbetreffende doelstelling.

### **Resultaten**

In deze resultatensectie wordt gekeken naar de mogelijkheden die professionals hebben om ouders te ondersteunen in het overbrengen van een gezond voedingspatroon op hun kinderen. Dit wordt gedaan aan de hand van uit de analyse ontwikkelde belangrijkste kernlabels per doelstelling. Deze staan cursief in de tekst.

De eerste doelstelling van dit onderzoek was in kaart brengen op welke manier professionals op dit moment vorm geven aan het ondersteunen van ouders bij het overbrengen van een gezond voedingspatroon op hun kinderen. En hoe dit door de professionals ervaren wordt. "Ja of als echt moeilijkheden zijn weet je wel, dat je denkt van, dat je gewoon zelf wel aanvoelt van nou nu is het

misschien handig, van nu zitten de ouders ook met de handen in het haar, dat ik dan op basis van nou wat er is voorgevallen of is gebeurd, dat ik ze dan iets mee geef. Maar niet dat ik de maatschappelijk werker ben en dat ik kom vertellen hoe zij het moeten gaan doen. Maar dat is een beetje spelenderwijs hoe ik af en toe wel eens wat kan laten vallen” [wijkwerker kinderen]. Uit dit citaat blijkt dat wijkwerkers *de concrete praktijk als uitgangspunt* nemen om ouders te ondersteunen op het gebied van voeding. Wanneer zich iets voordoet haken ze er op in. Naast het inhaken op de concrete praktijk leggen de wijkwerkers het *initiatief voor ondersteuning vooral bij de ouders*. Wanneer ouders vragen hebben kunnen zij bij de professionals terecht. Professionals zijn in het ondersteunen van ouders dus niet echt proactief. Ook de jeugdgezondheidszorgers nemen de praktijk als uitgangspunt. Als een kind op de groei en gewicht curve er boven of onder uit springt, maken ze het bespreekbaar. De vraag rijst wat respondenten tegenhoudt om doortastender te zijn in hun ondersteuning aan ouders op het gebied van gezonde voeding. Wel geven de wijkwerkers aan dat ze *ouders ondersteunen via het kind*. Wellicht is het kind een makkelijkere ingang dan ouders voor een aantal professionals, met name de jongerenwerkers en de kinderwerkers. Door het aanpassen van het voedingsaanbod in het jeugdhonk, of door het vertellen over gezonde voeding proberen zij kinderen bewust te maken op het gebied van gezonde voeding. Wanneer wijkwerkers zich toch rechtstreeks op de ouders richten en *gezondheid voorzichtig bespreekbaar maken*, vallen ze terug op partners. De professionals geven aan dat *partners worden gezien als noodzakelijk* bij het ondersteunen van ouders. Zo kunnen professionals ouders doorverwijzen naar een van de partners, of overleggen en samenwerken. Beide groepen professionals geven aan dat ze de *ondersteuning op dit moment niet toereikend* vinden. Er valt nog veel werk te verzetten op dit gebied. Daarbij willen wijkwerkers het graag *breder oppakken*. Dus niet alleen inzetten op gezonde voeding, maar op gezonde leefstijl in het algemeen. Sommige professionals geven aan dat daar ook roken en alcohol onder vallen. Anderen noemen weerbaarheid en hygiëne.

De tweede doelstelling had betrekking op de intenties van de respondenten op het gebied van gezonde voeding. Deze intenties zijn bevestigd aan de hand van drie gedragsdeterminanten te weten, attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. Attitude duidt in dit onderzoek het meest op de houding ten opzichte van het gedrag. Sociale invloed duidt het meest op de mate waarin men steun ervaart van uit de omgeving. De laatste determinant, eigen effectiviteit, duidt op de inschatting van de eigen mogelijkheden. “Want we hebben natuurlijk eigenlijk altijd in die tijd de samenwerking gehad met de GGD omdat het, daar ligt het speerpunt en wij hebben de mensen, en wij weten dat daar een probleem ligt nou en dat brengt je naar, breng je samen. En op het moment dat dat wegvalt, ja dan valt dat speerpunt ook weg. Dan krijg je inderdaad eh huiselijk geweld komt naar boven, of armoede komt naar boven. Dat is nou eenmaal de realiteit” [Wijkwerker ouders]. Uit dit citaat komt duidelijk naar voren dat de waarde die de respondenten hechten aan gezonde voeding relatief is. Het is een belangrijk thema om mee aan de slag te gaan, mits er geen andere problemen zijn die belangrijker zijn. Kijkend naar de determinant *attitude* geven de professionals aan dat ze ouders *ondersteunen wel belangrijk* vinden, maar dat er *meerdere facetten belangrijk* zijn. Ouders ondersteunen op het gebied van voeding is niet altijd prioriteit. Een aantal professionals geeft aan dat er soms ernstiger problemen zijn waar zij zich mee bezig houden, zoals kindermishandeling of armoede. Jeugdgezondheidszorgers

geven aan dat ze vaak ook kijken waar het meeste winst op te behalen is. Als er meerdere problemen spelen verwijzen ze door voor het probleem waar ze de meeste winst verwachten. De professionals hebben zich ook uitgesproken over de determinant *sociale invloed*. Wanneer wijkwerkers bezig gaan met het ondersteunen van ouders op het gebied van voeding voelen zij zich wel *gesteund door collega's*. Deze steun uit zich met name door met elkaar te overleggen. De meeste wijkwerkers ervaren ook *steun van uit hun organisatie*. Jeugdgezondheidszorgers zijn meer ieder voor zich bezig met het onderwerp. Voor hen maakt het geen onderdeel uit van overleggen. Kijkende naar *eigen effectiviteit* geven de professionals aan dat *basiskennis aanwezig* is. Ze *missen gespecialiseerde kennis* die volgens hen wel noodzakelijk is om ouders goed te kunnen ondersteunen. Een aantal zeggen hiervoor aan te kunnen kloppen bij collega's of partners. "Maar het gaat mij aan het hart, nogmaals gaat niet om groep 2, gaat om de hele afdeling, hoe ontzettend weinig wij van voeding weten en als je elkaar hoort als collega's denk je 'shit zeg die dit en die dat'. Even los van wat de waarheid is en de een zegt wel zoetstoffen, d'r ander zegt geen zoetstoffen" [JGZ-er]. Uit dit citaat komt naar voren dat de jeugdgezondheidszorgers *niet eenduidig zijn in hun advisering*. Iedereen doet wat hij zelf denkt dat goed is. Hiermee wordt ook verwezen naar het gebrek aan kennis. Er wordt uitgegaan van eigen basiskennis, maar geen gespecialiseerde of onderbouwde kennis. De vraag die gesteld kan worden is wat de respondenten verstaan onder voldoende kennis. Het beeld ontstaat dat de respondenten denken dat zij over veel en gedetailleerde kennis moeten beschikken om ouders goed te kunnen ondersteunen op dit gebied. Is dit terecht?

Naast het in schatten van de eigen mogelijkheden is ook gevraagd naar de vaardigheden die professionals hebben om ouders te kunnen ondersteunen. De professionals *beschikken over verschillende vaardigheden* die ze van belang achten voor het ondersteunen van ouders. Zo wordt *met ouders in gesprek kunnen gaan* genoemd als aanwezige vaardigheid. Twee professionals maken daarbij wel de kanttekening dat het *afhankelijk is van het onderwerp*. De een vindt sport en bewegen makkelijker om over te beginnen en de ander voeding. Het is opvallend dat de professionals aangeven niet over voldoende kennis te beschikken om ouders te kunnen ondersteunen op het gebied van voeding maar wel te beschikken over benodigde vaardigheden.

Uit de hiervoor besproken resultaten wordt duidelijk dat de respondenten gezonde voeding zo nu en dan bespreekbaar maken, met name wanneer ouders hier zelf vragen over stellen. En dat de respondenten het belangrijk vinden om het thema onder de aandacht te brengen van hun doelgroep. Ook is duidelijk geworden dat ze moeite blijken te hebben proactief te zijn. Er is daarom gevraagd naar barrières die professionals ervaren om ouders te ondersteunen in het overbrengen van een gezond voedingspatroon op hun kinderen. "Ehm.. we lopen gewoon constant tegen het probleem aan van hoe bereik je die ouders. En dat is gewoon moeilijk. Ik eh.. als er een project was geweest waar mee ik al die ouders uit hun huizen kon trekken hier en ..een cursus zou kunnen geven van 'oké, jullie moeten allemaal gezond leren koken en je moet nu naar me luisteren en jullie gaan het ook doen', geweldig. Helaas gaat het niet zo. Het is gewoon zo, zo moeilijk ook. Omdat je..Hoe?" [wijkwerker jongeren]. Uit dit citaat komt naar voren dat professionals het *moeilijk vinden om ouders te bereiken*. Met name de kinderen- en jongerenwerkers lopen hier tegen aan. Zij richten zich in eerste instantie op de kinderen en/of jongeren. Ze hebben daardoor *weinig contact met ouders*. Voor volwassenwerkers

en jeugdgezondheidszorgers is dit anders, zijn hebben namelijk wel direct contact met ouders. Toch ervaren ook zij moeilijkheden in het ondersteunen van ouders. De professionals geven aan dat dit te maken heeft met het feit dat *ouders ongemotiveerd zijn*. Het is *lastig vaste patronen van ouders te doorbreken*. Ook zijn er ouders die *geen behoefte hebben aan ondersteuning* omdat zij geen bemoeienis willen en zelf hun problemen op willen lossen. Dit bemoeilijkt het voor de professionals om ouders ondersteuning te bieden. “De houding d'r tegen over. Gewoon heel nonchalant.. nee zo wil ik het niet eens zeggen.. het onvermogen om daar mee bezig te zijn soms. Dat is... ja dat is toch vaak wel wat ik zie” [wijkwerker jongeren]. Zoals ook uit dit citaat naar voren komt, noemen een aantal professionals ook het *ontbreken van competenties bij ouders* als barrière. *Professionals zijn zoekende* hoe ze ouders ondanks deze barrières toch kunnen bereiken. Een aantal professionals geven aan dat een *wijkgerichte aanpak* uitkomst kan bieden. In het verlengde van deze wijkgerichte aanpak ligt het *vraagstuk over verantwoordelijkheid en afstemming* tussen partners. Hier bestaan veel vragen over bij de wijkwerkers. Wie doet wat en wie trekt de kar? Opvallend is dat geen van de professionals zich verantwoordelijk voelt om het op te pakken. Andere partners, zoals de GGD zouden hierin het voortouw moeten nemen vinden zij. Een veel gehoord argument is dat het *ondersteunen van ouders op het gebied van voeding niet in het takenpakket* van de professionals past, ze zien zichzelf niet als hulpverlener. De vraag die gesteld kan worden is of men inderdaad hulpverlener moet zijn om ouders te kunnen ondersteunen in het overbrengen van een gezond voedingspatroon op kinderen. Tevens is er een tegenstelling waar te nemen namelijk, professionals vinden het belangrijk dat er aandacht besteed wordt aan gezonde voeding, maar achten zichzelf daarvoor niet verantwoordelijk. Naast deze barrières bij de professionals of de ouders zelf zorgt ook de omgeving voor barrières. De professionals noemen de *obesogene samenleving* als een belemmering.

De vijfde doelstelling had betrekking op wensen en verwachtingen voor de toekomst. De wijkwerkers zien voor de toekomst een aantal duidelijke verbeterpunten. “Da's denk ik veel van gewoon doen. Dat is eigenlijk gewoon mijn advies. En gewoon wel met participerende elementen, dat mensen uit de wijk kunnen deelnemen” [wijkwerker jongeren]. Uit dit citaat komt naar voren dat wijkwerkers vinden dat *er wat moet gebeuren* op het gebied van ondersteunen van ouders. Zo noemen ze de mogelijkheid om *ouders meer te betrekken door middel van activiteiten*. Professionals willen daarbij *laagdrempelig insteken*, omdat ze verwachten dat ouders er dan meer open voor staan. Opvallend is dat een aantal wijkwerkers aangeeft dat actie ondernomen moet worden, niet langer stil zitten, maar gewoon doen. Dit staat haaks op de uitspraken dat ondersteunen van ouders geen onderdeel uit maakt van het takenpakket van de wijkwerkers. Het *ondersteunen van ouders via het kind*, waar professionals nu ook al mee bezig zijn moet worden voortgezet zo gaven zij aan. Naast losse activiteiten gericht op of ouders of kinderen, verwachten de professionals dat *activiteiten voor ouders en kinderen samen*, of zelfs voor de hele wijk mogelijkheden zijn voor de toekomst. Om een dergelijke *wijkgerichte aanpak* te kunnen realiseren moet er *betere samenwerking zijn tussen professionals*. “Ik denk op moment dat je ehh met professionals een goede duidelijke visie hebt wat je ermee wil met een wijk, dat je van uit daar weer betere pr, betere activiteiten of interventies kan eh plegen. En eh.. ja dan dat weer communiceren naar die ouders toe” [wijkwerker jongeren]. Uit het citaat blijkt dat er de wens is om één visie te hebben met alle professionals. Het moet duidelijk worden



wie wat doet en aan welke doelen gewerkt wordt. Een aantal respondenten noemt daarbij expliciet dat de *GGD actief moet zijn in de wijk*. Zoals genoemd bij doelstelling twee missen professionals kennis, ze geven aan daar graag *scholing* in te willen krijgen. Wanneer hierboven genoemde wensen uitvoer krijgen in de praktijk hopen de professionals dat *ouders bewuster worden* en dat de *kinderen, maar het liefst nog de hele wijk, gezonder worden*. Samenvattend wordt bij deze vijfde doelstelling duidelijk dat professionals willen aanpakken, concrete stappen willen ondernemen om zo ouders beter te kunnen ondersteunen. Dit kan opvallend genoemd worden omdat deze manier van denken niet terug te zien is in de manier van handelen. De vraag rijst waarom professionals een weinig proactieve houding aannemen in hun opvoedingsondersteuning aan ouders.

### Discussie

Het algemene doel van dit onderzoek was inzicht krijgen in de betrokkenheid en mogelijkheden van professionals in het ondersteunen van ouders bij het overbrengen van een gezond voedingspatroon op hun kinderen.

*Ondersteuning op dit moment niet toereikend.* Op basis van de veldoriëntatie werd vooraf verwacht dat professionals moeilijkheden zouden signaleren in hun contact met ouders wanneer het gaat om gezonde voeding. De resultaten bevestigen dit. Wijkwerkers en jeugdgezondheidszorgers zijn niet tevreden over de ondersteuning die zij op dit moment bieden aan ouders. Hier liggen verschillende factoren aan ten grondslag. Een vraag die vooraf bestond was wat professionals tot op heden hebben gedaan om ouders te ondersteunen op het gebied van voeding. Verwacht werd op basis van literatuur dat beide groepen wel opvoedingsondersteuning geven aan ouders. Met name omdat er zoveel mogelijkheden zijn om opvoedingsondersteuning te bieden (Nederlands Jeugd Instituut, 2010c; Nederlands Jeugd Instituut, 2010i; RIVM, 2010). Gebleken is echter dat opvoedingsondersteuning op het gebied van voeding op dit moment slechts een klein onderdeel uitmaakt van de werkzaamheden van de professionals. Zij zijn hierin weinig proactief en afwachtend. Wijkwerkers willen ouders wel ondersteunen maar leggen het initiatief bij de ouders. Zoals verwacht werd op basis van de terugrapportage (Brink – Melis et al., 2009) kan er op dit gebied dus nog een flinke slag gemaakt worden. De verschillen tussen de professionals komen naar voren in de redenen waarom zij ouders niet of weinig ondersteuning bieden. Wijkwerkers vinden dat dit niet binnen hun takenpakket past. Jeugdgezondheidszorgers daarentegen steken liever in op onderwerpen waar meer winst op te behalen valt.

*Opvoedingsondersteuning ten aanzien van voeding is maar relatief belangrijk.* Vooraf werd op basis van de veldoriëntatie en de tussenevaluatie van 'Samen Gezond' (Hiemstra- Willemsen, 2009) verwacht dat de professionals het belangrijk vinden om aandacht te besteden aan gezonde voeding. Met name omdat dit onderzoek gebaseerd is op een praktijkvraag. Hiermee hadden de professionals al aangetoond waarde te hechten aan dit onderwerp. Uit de resultaten komt inderdaad naar voren dat alle professionals deze opvatting delen. De belangrijkheid van het onderwerp is echter relatief, de meeste professionals geven aan dat wanneer er andere problemen spelen in een gezin of wijk daar de voorkeur aan gegeven wordt. Dit sluit aan bij literatuur over multi probleem gezinnen (Nederlands Jeugd Instituut, 2010h). Dat gezonde voeding belangrijk gevonden wordt is ook terug te zien ten

aanzien van sociale invloed. Professionals ondersteunen elkaar op dit gebied. Ten aanzien van eigen effectiviteit werd vooraf verwacht dat professionals over voldoende kennis zouden beschikken om ouders te kunnen ondersteunen. Op basis van de veldoriëntatie werd met name van jeugdgezondheidszorgers verwacht dat zij hier in geschoold zouden zijn. De resultaten sluiten echter niet aan bij deze verwachting. Zo blijken beide groepen professionals van mening te zijn dat zij niet voldoende kennis hebben over gezonde voeding om ouders hierin te ondersteunen. Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de professionals een gematigde betrokkenheid hebben ten aanzien van opvoedingsondersteuning aan ouders op gebied van voeding. Het wordt wel belangrijk gevonden, maar men acht zichzelf niet in staat dit tot uitvoer te brengen.

*Professionals beschikken over de juiste vaardigheden.* Vooraf was de verwachting geformuleerd dat beide groepen professionals over de juiste vaardigheden beschikken om opvoedingsondersteuning te kunnen bieden aan ouders. De resultaten sluiten aan bij deze verwachtingen. Beide groepen professionals zijn opgeleid om te werken met mensen en ze te helpen bij problemen waar zij in hun algemeen dagelijks leven tegen aanlopen. De wijkwerkers liggen hierin niet allemaal op een lijn. Een enkeling heeft aangegeven niet over de juiste vaardigheden te beschikken. Bijvoorbeeld door het ontbreken van overtuigingskracht. En een ander geeft aan het ene onderwerp makkelijker bespreekbaar te vinden dan het ander.

*Veel barrières aanwezig.* Op basis van de veldoriëntatie en literatuur werd vooraf verwacht dat de professionals verschillende barrières zouden ervaren. Dit komt overeen met de gevonden resultaten. Zo zijn professionals zoekende hoe ze ouders kunnen bereiken. Dit blijkt met name voor de wijkwerkers een probleem. Beide groepen professionals geven aan dat de motivatie van ouders vaak ontbreekt. Een laag sociaal en cognitief niveau belemmert ouders om met gezonde voeding bezig te zijn. Dit resultaat wordt ondersteund door literatuur waar uit naar voren komt dat met name de lage ses groepen kampen met overgewicht (Chinn et al., 2005). Daar komt bij dat de wijkwerkers vinden dat andere organisaties en functies de kar moeten trekken. Voor hen vormt het geen speerpunt. Als er geen prikkels komen van uit andere organisaties, zoals de GGD, laten zij het er bij zitten. Vooraf werd verwacht dat beperkte tijd voor jeugdgezondheidszorgers een barrière zou vormen. Dit wordt door hen zelf echter niet als barrière genoemd. Op basis van literatuur werd verwacht dat ook de obesogene samenleving voor belemmeringen zou zorgen (Hill & Peters, 1998; Egger et al., 1999). Deze verwachting werd door de professionals bevestigd.

*Mogelijkheden in de toekomst.* Op basis van de tussenevaluatie van 'Samen Gezond' (Hiemstra- Willemsen, 2009) werd verwacht dat de professionals betere afstemming wensen tussen organisaties en functies. Gebleken is dat de professionals mogelijkheden zien voor de toekomst. De resultaten sluiten aan bij deze verwachting. De wijkwerkers geven aan dat het belangrijk is een wijkgerichte aanpak te hanteren, waarin iedere organisatie zijn taak en verantwoordelijkheden heeft. Nu is deze vaak nog te onduidelijk. De wijkwerkers zien daarbij een belangrijke taak weggelegd voor de GGD die hierin leidend zou moeten zijn. Tevens werd op basis van de veldoriëntatie vooraf verwacht dat professionals meer bewustwording willen creëren bij ouders. Ook dit komt bij de resultaten naar voren, maar is ondergeschikt aan andere wensen van de professionals. Wijkwerkers willen graag laagdrempelige activiteiten voor zowel ouders, kinderen als voor deze twee samen om zo

ondersteuning te kunnen bieden. Beide groepen professionals geven aan dat scholing daarvoor noodzakelijk is. Met name de jeugdgezondheidszorg blijkt hierin een duidelijke wens te hebben.

*Meer initiatief vanuit de professionals.* De algemene doelstelling voor dit onderzoek was inzicht krijgen in de betrokkenheid en mogelijkheden van professionals in het ondersteunen van ouders bij het overbrengen van een gezond voedingspatroon op hun kinderen. Naar aanleiding van de resultaten uit de interviews kan geconcludeerd worden dat opvoedingsondersteuning op het gebied van voeding op dit moment slechts een klein onderdeel uitmaakt van de werkzaamheden van de professionals. Op basis van de determinantenanalyse kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een beperkte betrokkenheid van de professionals. Uit het onderzoek blijkt ook dat de mogelijkheden van de professionals beperkt zijn. Gebleken is dat gezonde voeding voor professionals een beladen onderwerp is. Er rust een bepaalde taboe op. Professionals denken dat ze te weinig kennis hebben. Daarbij vinden ze dat het niet binnen hun functie past. Ook denken ze dat ouders het niet zullen waarderen als ze recht op de man af hier over beginnen. De onderzochte determinanten leiden tot bepaald gedrag. Geconcludeerd kan worden dat de betrokkenheid en mogelijkheden op dit moment niet leiden tot opvoedingsondersteuning aan ouders op het gebied van voeding. Echter om effectief te kunnen zijn in het aanpakken van overgewicht is ondersteuning van ouders van belang, zo blijkt uit verschillende studies (Bautista-Castaño et al., 2004; Branca et al., 2006; Broome et al., 2006). Zoals de professionals zelf al noemden in de interviews zullen er dus verschillende ontwikkelingen moeten plaatsvinden op het gebied van betrokkenheid en mogelijkheden van professionals. Zodat zij ouders de noodzakelijke ondersteuning kunnen gaan bieden. Uit het onderzoek zijn, zoals verwacht werd, verschillen naar voren gekomen tussen de twee groepen professionals. De grootste reden van deze verschillen is het moment en de mate van contact wat beide groepen hebben met professionals. Voor de jeugdgezondheidszorgers ligt dit vast, de wijkwerkers moeten dit zelf tot stand brengen. Toch is gebleken dat de belangrijkste resultaten betrekking hebben op beide groepen. Zoals de mate waarin opvoedingsondersteuning op het gebied van voeding op dit moment aandacht krijgt en de houding van de professionals ten opzichte van gezonde voeding. Ook de steun die collega's aan elkaar geven en barrières die ze ervaren. Op kennisgebied geven beide groepen bijvoorbeeld aan dat dit een barrière vormt.

### **Methodische kanttekeningen**

Er is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Daarbij is gekozen voor half gestructureerde interviews. Deze manier van onderzoek sloot goed aan bij het doel van dit onderzoek. Het bleek echter lastig om vaardigheden en kennis te meten met kwalitatief onderzoek. Wanneer respondenten gevraagd wordt naar aanwezige vaardigheden en kennis volgt een eigen inschatting hiervan. Een aanvullend kwantitatief onderzoek met als doel het meten van aanwezige kennis en vaardigheden had de validiteit van het onderzoek vergroot. De betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot door het gebruik van een voicerecorder en het vervolgens verbatim uittypen van het interview. De analyse van de interviewgegevens is mogelijk gekleurd door de interpretatie en ervaringen van de onderzoeker. Dit is beperkt door vast te houden aan de letterlijke uitspraken van de professionals in de labels en codes. Wanneer in teamverband aan een onderzoek gewerkt wordt is het mogelijk tot intersubjectiviteit te

komen (Baarda et al., 2005). Dit komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede. Voor dit onderzoek was geen tweede onderzoeker beschikbaar. Omdat de interviews kort op elkaar zijn afgenomen was het niet mogelijk om cyclisch te werken. Onder cyclisch werken wordt verstaan het tussentijds aanpassen van de topics op basis van reeds verzamelde resultaten (Baarda et al., 2005). Het was nu echter niet mogelijk tussentijds te corrigeren. Op deze manier is pas verderop in het onderzoek duidelijk geworden dat sommige onderwerpen niet genoeg aan bod zijn gekomen, zoals aanwezige vaardigheden. Tevens is gebleken dat het ontbreken van ervaring met kwalitatieve bevraging de onderzoeker parten heeft gespeeld. Zo bleek achteraf dat niet overal goed op door gevraagd is.

Er is onderzoek gedaan in twee Zwolse wijken. Een sterk punt van dit onderzoek is inclusie van alle onderdelen van het wijkwerk. Echter er zijn niet dezelfde aantallen per functie opgenomen per wijk. Daarbij ontbreekt in een van de wijken de functie kinderwerk. Omdat van sommige functies maar één of twee respondenten geïnterviewd zijn is het lastig onderscheid te maken of opvattingen en kennis een weerspiegeling zijn van de functie of van de persoon die de functie bekleedt. De generaliseerbaarheid van dit onderzoek is beperkt. Er is sprake van een casestudie (Baarda et al., 2005). Dit betekent dat alle resultaten verkregen uit de interviews specifiek betrekking hebben op de Zwolse situatie. De sterke- en verbeterpunten in de twee Zwolse wijken worden in dit onderzoek goed weergegeven maar kunnen in andere steden anders zijn.

### Aandachtspunten

Uit de resultaten komt naar voren dat de professionals de verantwoordelijkheid neerleggen bij andere organisaties waaronder de GGD. Zij vinden dat daar het speerpunt en de kennis ligt. De aandachtspunten die nu volgen zullen daarom gericht zijn op de GGD. Wat kunnen zij als organisatie doen waardoor opvoedingsondersteuning op het gebied van voeding meer onderdeel uit kan maken van de werkzaamheden van de professionals.

*Kennis vermeerdering.* Er ligt een belangrijke taak voor de GGD op het gebied van kennisvermeerdering. Onlangs is er bij de GGD een basiscursus gezonde voeding ontwikkeld, speciaal voor professionals. Het is aan te bevelen deze cursus aan te bieden aan professionals binnen en buiten de eigen organisatie. Op deze manier voelen zij zich wellicht beter toegerust om ouders te ondersteunen.

*Duidelijke afspraken omtrent taakverdeling.* Taakverdeling blijkt een belangrijk item. Het is aan te bevelen dat de GGD duidelijkheid creëert naar de werkers in de wijken hoe de taakverdeling er uit ziet. Belangrijk daarbij is dat de GGD duidelijkheid geeft over haar eigen taken. Op deze manier wordt voorkomen dat professionals verwachtingen hebben die niet waargemaakt kunnen worden. Daarbij is het van belang dat de professionals gaan inzien dat er ook voor hen een belangrijke taak ligt, en dat dit wel degelijk onderdeel uit kan maken van hun huidige functie.

*Afbakening thema gezondheid.* Uit de resultaten blijkt dat gezonde voeding geen speerpunt is van de organisaties die actief zijn in de wijken. Voor deze organisaties is dat veel breder, het welzijn van de bewoners. Het is wellicht goed om na te denken wat voor invloed dit heeft op de samenwerking. Als het geen speerpunt is van de organisaties kan er dan van de professionals verwacht worden dat zij

zich hier volledig voor inzetten? Om een wijkgerichte aanpak te kunnen bewerkstelligen is het belangrijk dat alle neuzen dezelfde kant op wijzen, is dat op dit moment het geval?

*Bereikbaarheid ouders.* Uit de resultaten komt naar voren dat professionals het erg lastig vinden ouders te bereiken. Een aantal wijkwerkers heeft in zijn werk voornamelijk contact met kinderen of jongeren, ouders vormen geen directe doelgroep. Zij kampen erg met dit bereikbaarheidsprobleem. Het is aan te bevelen om alle wijkwerkers, of zelfs alle partners eens bij elkaar te brengen en te brainstormen over hoe ouders het beste bereikt kunnen worden. Er leven veel losse ideeën onder de professionals. Bij elkaar brengen van deze ideeën kan leiden tot nieuwe inzichten.

*Taboe om gezonde voeding bespreekbaar te maken doorbreken.* Er is geconcludeerd dat er een bepaald taboe rust op het bespreekbaar maken van gezonde voeding. Professionals verwachten dat ouders dit niet zullen waarderen en blijven daardoor erg afwachtend. Het is goed dit eens nader te bekijken. Is dit taboe wat er volgens professionals op ligt terecht? Ervaren ouders het inderdaad als vervelend wanneer professionals hen hier op aanspreken? Zo ja, op welke manieren kunnen de professionals dit doorbreken? Het is aan te bevelen hierover te spreken met zowel de ouders als de professionals om de achtergronden hiervan boven tafel te krijgen en dit aan te kunnen pakken.

*Vervolgonderzoek.* Dit onderzoek heeft zich gericht op de professionals in de wijken Diezerpoort en Holtenbroek. Dit heeft interessante resultaten opgeleverd. Het is echter aan te bevelen aannames van professionals met betrekking tot ouders te toetsen bij de ouders. Een vervolg onderzoek waarin onderzocht wordt hoe ouders aan kijken tegen ondersteuning van professionals op het gebied van voeding zal een mooie aanvulling vormen op dit onderzoek. Het kan ook zeker interessant zijn om kinderen te bevragen op dit gebied. Hoe ervaren zij de opvoeding van hun ouders omtrent gezonde voeding? Dit kwalitatieve onderzoek kan tevens een goed uitgangspunt vormen voor een grootschaliger kwantitatief onderzoek. Belangrijk punt om mee te nemen in een kwantitatief onderzoek is de aanwezigheid van vaardigheden bij de professionals. Gebleken is dat dit met kwalitatieve methoden lastig te onderzoeken is.

## Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179 - 211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-68.
- Akhtar- Danesh, N., Dehghan, M. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4, 1-8.
- Albeda, M., Blokland, G., Bordewijk, A. & Meer, van, de, M. (2006). Hulp bij opvoeding. De invulling van de gemeentelijke functie pedagogische hulp. Gezien op 18 februari 2010, <http://www.nji.nl/publicaties/Hulpbijopvoeden.pdf>
- Apovian, C. M., Berghöfer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Sharma, A. M. & Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *Public Health*, 8 (200), 1-10.
- Arredondo, E. M., Ayala, G. X., Baquero, B., Campbell, N., Duerksen, S. & Elder, J. P. (2006). Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families? *Health Education Research*, 21, 862-871.
- Anderson, P. M. & Butcher, K. F. (2006). Childhood obesity: trends and potential causes. *The Future of Children*, 16 (1), 19-45.
- Appugliese, D. P., Bradley, R. H., Kaciroti, N., Lumeng, J. C. & Rhee, K. E. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117, 2047- 2054.
- Baar, P. (2002). Reader kwalitatief analyseren voor pedagogen. Utrecht: Universiteit Utrecht opleiding pedagogiek.
- Baarda, D. B., Goede, de, M. P. M. & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (tweede druk). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bautista-Castaño, I., Doreste, J. & Serra-Majem, L. (2004). Effectiveness of interventions in the

- prevention of childhood obesity. *European Journal of Epidemiology*, 19, 617-622.
- Beemen, L. (2001) *Ontwikkelingspsychologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bouter, L. M., Colland, V. T., Es, van, S. M., Nagelkerke, A. F. & Scholten, R. J. P. M. (2001). An intervention program using ASE-model aimed at enhancing adherence in adolescents with asthma. *Patient Education and Counseling*, 44, 193-203.
- Bove, C. F., Miller, E. O. & Olson, C. M. (2007). Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*, 49, 198-207.
- Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (Eds.). (2006). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response summary. Gezien op 3 februari 2010, [www.euro.who.int/document/E90711.pdf](http://www.euro.who.int/document/E90711.pdf)
- Brink – Melis, W. J., Derksen, R. E. & Visscher, T. L. S. (2009). Een ketenaanpak voor kinderen met overgewicht. Terugrapportage focusgroepen en interviews ten behoeve van expertmeeting. Zwolle: Academische Thuiszorg Werkplaats Overgewicht.
- Bronneman- Helmers, H. M. (1999). *Scholen onder druk. Op zoek naar de taak van de school in een veranderde samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broome, M. E., Cashin, S. E. & Snethen, J. A. (2006). Effective weight loss for overweight children: a meta-analysis of intervention studies. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, 45 – 55.
- Buuren, van, S., Dommelen, van, P., HiraSing, R. A., Hurk, van, den, H. & Verkerk, P. H. (2007). Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 992- 995.
- Carroll, M. D., Curtin, L. R., Flegal, K. M., McDowell, M. A., Ogden, C. L. & Tabak, C. J. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Journal of American Medical Association*, 295, 1549-1555.
- Chinn, S., Falaschetti, E., Primatesta, P., Rona, R. & Stamatakis, E. (2005). Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of socioeconomic factors? *Archives of Disease in Childhood*, 90, 999 - 1004.

Convenant Overgewicht (2010). Convenant. Gezien op 27 januari 2010,

<http://www.convenantgezondgewicht.nl/convenant/>

Crow, S. & Golan, M. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62, 39-50.

Databank effectieve jeugdinterventies. (2010a). Weet & Beweeg. Samenvatting. Gezien op 4 februari 2010, <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=37990&recordnr=124&setembed=>

Databank effectieve jeugdinterventies. (2010b). Reklame Rakkers. Gezien op 4 februari 2010, <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=37990&recordnr=125&adlibtitel=Reklame Rakkers; lespakket&setembed=>

Davies, B. & Evans, J. (n.d.) Hoofdstuk 3: Sociology, the body and health in a risky society. In Davies, B., Evans, J. & Wright, J. (Eds). *Body knowledge and control. Studies in the sociology of physical education and health* (p. 35-51). Londen: Routledge.

Diabetes fonds. (2010). Type 2 en type 1, wat is het verschil? Gezien op 8 februari 2010, <http://www.diabetesfonds.nl/artikel/type-2-en-type-1-wat-het-verschil>

Edmunds, L., Elliott, E. J. & Waters, E. (2001). Evidence based paediatrics. Evidence based management of childhood obesity. *British Medical Journal*, 323, 916-919.

Egger, G., Raza, F. & Swinburn, B. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29, 563- 570.

Factsheet CheckKid. (n.d.a). *Resultaten CheckKid: (on)gezond gedrag en overgewicht bij kinderen in Diezerpoort in vergelijking met Zwolle*. Interne publicatie GGD IJsselland.

Factsheet CheckKid. (n.d.b). *Resultaten CheckKid: (on)gezond gedrag en overgewicht bij kinderen in Holtenbroek in vergelijking met Zwolle*. Interne publicatie GGD IJsselland.

Gerstein, D. E., Ritchie, L. D., Styne, D. & Welk, D. (2005). Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do? *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 70-79.

GGD IJsselland. (2010). Nieuwsbrief Samen Gezond, nummer. 5. Interne publicatie GGD IJsselland.



- Gortmaker, S., Kim, J., Lindsay, A. C. & Sussner, K. M. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *The Future of Children*, 16, 169- 186.
- Graaf, de, I., Smit, F., Speetjens, P., Tavecchio, L. & Wolff, de, M. (2008). Effectiveness of the Triple P positive parenting program on behavioral problems in children. A meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32, 714- 735.
- Grover, D. K., Moritsugu, J. & Wong, F.W. (2010). *Community psychology* (4th edition). Boston, MC: Pearson Education; Allyn & Bacon.
- Grundy, S. M. (1998). Multifactorial causation of obesity: implications for prevention. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67, 563-573.
- Hartstichting. (2010). Overgewicht. Gezien op 27 januari 2010, <http://www.hartstichting.nl/risicofactoren/overgewicht/gevolgen/>
- He, J., Kelly, T. & Yang, W. (2007). Genetic epidemiology of obesity. *Epidemiologic Reviews*, 29, 49-61.
- Herwijer, L. & Vogels, R. (2004). *Ouders over opvoeding en onderwijs*. Den Haag: Centraal Plan Bureau.
- Hiemstra- Willemsen, L. (2009). Samen Gezond, de Gezonde Wijk. Een tussentijdse proces evaluatie van een wijkgerichte aanpak ter preventie van overgewicht in Holtenbroek en Diezerpoort, twee wijken in Zwolle (mei- oktober 2008). Zwolle: interne publicatie GGD.
- Hill, J. O. & Peters, J. C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371- 1374.
- JUMP-in. (2010). Voorlichting voor ouders. Gezien op 4 februari 2010, [http://website.jumpin.nl/?page=toolbox\\_voorlichting\\_ouders](http://website.jumpin.nl/?page=toolbox_voorlichting_ouders)
- Kremers, S., Lechner, L., Meertens, R. & Vries, de, H. (2008). Hoofdstuk 4: Determinanten van gedrag. In Assema, van, P., Brug, J. & Lechner, L. (Eds.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. (p. 75-105). Assen: Van Gorcum.
- Markie- Dadds, C., Sanders, M. R. & Turner, K. M. T. (2002). The development and dissemination of

the Triple P— positive parenting program: a multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3, 173-189.

Marthi, C. N., Shaw, H. & Stice, E. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and Adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132, 667-691.

Nederlands Jeugd Instituut. (2010a). Dossier overgewicht: opvoeding. Gezien op 4 februari 2010, <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/14/595.html>

Nederlands Jeugd Instituut. (2010b). Dossier overgewicht: erkende interventies. Gezien op 4 februari 2010, <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=112718>

Nederlands Jeugd Instituut. (2010c). Dossier opvoedingsondersteuning: wat is opvoedingsondersteuning? Gezien op 8 februari 2010, <http://www.nji.nl/eCache/DEF/5/627.html>

Nederlands Jeugd Instituut. (2010d). Project 'Allemaal opvoeders'. Gezien op 18 februari 2010, <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/16/836.html>

Nederlands Jeugd Instituut. (2010e). Sporen. Gezien op 8 Februari 2010, <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=114021&recordnr=177&setembed=>

Nederlands Jeugd Instituut (2010f). Opstap. Gezien op 8 februari 2010, <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=114021&recordnr=6&setembed=>

Nederlands Jeugd Instituut (2010g). Opstapje. Gezien op 8 februari 2010, <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=114021&recordnr=7&setembed=>

Nederlands Jeugd Instituut (2010h). Multiprobleem gezinnen. Definitie. Gezien op 3 juni 2010, <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/09/644.html>

Nederlands Jeugd Instituut (2010i). Opvoedingsondersteuning. Functies en vormen. Gezien op 7 juni 2010, <http://www.nji.nl/eCache/DEF/5/659.html>

Pollack, H. A. & Strauss, R. S. (2001). Epidemic increase in childhood overweight, 1986-1998. *Journal of American Medical Association*, 286, 2845-2848.

RIVM. (2009). Nationaal kompas volksgezondheid. Gezien op 20 oktober 2009,

[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1253n18950.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1253n18950.html)

RIVM. (2010). Opvoedingsondersteuning. Gezien op 15 juni 2010,

<http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/onderwerpen/voorlichtingenadvies/>

Opvoedingsondersteuning/

TNO. (2006). Overgewicht bij kinderen. Gezien op 10 december, 2009,

<http://www.tno.nl/downloads/PZSCOvergewichtsamenvatting.pdf>

Triple-P Nederland. (2010). Lifestyle Triple P: addressing the obesity epidemic. A current research project of the university of Queensland. Gezien op 4 februari 2010,

<http://www.triplep-nederland.nl/triplep/download/ObesitasDutchSummary.pdf>

World Health Organization. (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva:

Author.

World Health Organization (2006). What are the health consequences of being overweight. Gezien op

27 januari 2010, <http://www.who.int/features/qa/49/en/index.html>

World Health Organization. (2010). Obesity. Gezien op 3 juni 2010,

<http://www.who.int/topics/obesity/en/>