''Jong geleerd is oud gedaan''

Het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen het kinderdagverblijf

Verkennend onderzoek naar de context van kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland voor de Gezonde School methode







Adinda Nahari (492496)
Bachelorscriptie Sport, Gezondheid en Management
Hogeschool Arnhem Nijmegen, januari 2015

Het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen het kinderdagverblijf

Verkennend onderzoek naar de context van kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland voor de Gezonde School methode

Stagiaire: Adinda Nahari
Studentnummer: 492496
E-mailadres: a.nahari@student.han.nl
Bachelorscriptie

Opleiding: Sport, Gezondheid en Management (SGM)
Kennisteam: Health & Performance
Onderwijsinstelling: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Eeste beoordelaar: Ingrid Broeders
Tweede beoordelaar: Marjolein Bron
Stage organisatie: GGD Noord- en Oost-Gelderland
Externe begeleider: Inge Salomons
Afstudeerperiode: september tot en met februari 2015
Nijmegen, 16 januari 2015

Voorwoord

Met deze bachelorscriptie sluit ik de opleiding Sport, Gezondheid en Management aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen af. Ik heb gedurende een halfjaar onderzoek gedaan naar gezondheidsbevordering bij GGD Noord- en Oost-Gelderland, naar de implementatie van de Gezonde School methode bij kinderopvang, een nieuwe doelgroep.

Toen ik aan deze opleiding begon, wist ik niet welke kant ik op wilde, alleen één ding wist ik zeker: mensen gezonder laten leven. Al na het eerste jaar wist ik dat gezondheid en het bevorderen van gedrag een terugkerend thema is voor mij, dat breed en inzetbaar is bij diverse doelgroepen. Mijn derdejaarsstage deed ik bij de Gelderse Sportfederatie in Papendal bij het project 'De vitale werknemer'. Van daaruit kwam ik terecht bij GGD Noord- en Oost-Gelderland binnen de gezondheidsbevordering: de Gezonde School.

Ups en downs zijn de woorden die mijn stageperiode het best omschrijven. Het was een pittig halfjaar waarin hard gewerkt moest worden om de gewenste resultaten te behalen. Maar ook een periode vol uitdagingen en leerzame ervaringen. Een nieuw, verkennend onderzoek binnen de kinderopvang, een branche waarvan nog maar weinig bekend is, én waarbij gelijktijdig landelijk onderzoek loopt.

Graag wil ik de volgende mensen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze scriptie. Mijn afstudeerbegeleidster, Ingrid Broeders, voor haar deskundigheid in gezondheidsbevordering en het stimuleren van eigen keuzes maken. Mijn stagebegeleidster, Inge Salomons, voor de persoonlijke begeleiding, het vertrouwen wanneer ik het even niet zag zitten en haar praktisch denken.

Ook bedank ik Annet Ooink op den Dijk, Margriet Zweers, Maike Blokhuis en Ellen Bakker voor het ondersteunen van mijn onderzoek, voor het meedenken en het geven van bruikbare feedback. En alle andere medewerkers van de GGD Noord-en Oost-Gelderland, die op een of andere manier hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze scriptie. En mijn moeder, bedankt voor het laten zien wat je met taal kan doen en de helpende hand wanneer ik het moeilijk had.

Nu, na bijna vier jaar weet ik wat ik ambieer. Ik heb er alles uitgehaald wat erin zit en mijzelf ontplooid tot volwaardig gezondheidsmanager. Ik ben tevreden met het resultaat van deze scriptie en hoop dat ik een bijdrage kan leveren aan structurele gezondheidsbevordering.

Adinda Nahari
Apeldoorn, januari 2015

Samenvatting

Gezondheid is een randvoorwaarde voor een goede kwaliteit van leven. Kinderen die zich prettig voelen in een gezonde omgeving, leren en werken vaak beter (Loketgezondleven, 2014).
Een (ongezonde) leefstijl, waaraan men in de loop der jaren gewend is geraakt, is steeds moeilijker te veranderen. De setting kinderopvang is daarom een kansrijke plek om jonge kinderen te bereiken. Met de Gezonde School methode werken scholen structureel aan de gezondheid van leerlingen. Er bestaat alleen nog geen aanpak voor de setting kinderopvang.

Bij GGD Noord- en Oost Gelderland (GGD-NOG) bestaat interesse om de Gezonde School methode ook in te voeren bij de kinderopvang, ondanks dat gerichte kennis van de doelgroep ontbreekt op het gebied van gezondheidsbeleid.
Doel van het onderzoek is aanbevelingen te doen aan het Kennis en Expertisecentrum GGD-NOG voor de implementatie van de Gezonde School methode bij kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland, door enerzijds in kaart te brengen wat er momenteel gedaan wordt op het gebied van gezondheid en anderzijds welke aspecten van invloed zijn op het al dan niet implementeren van gezondheidsbevordering en de ondersteuning die daarvoor gewenst is van GGD-NOG.

De onderzoekspopulatie omvat 284 kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland, bestaande uit de werkgebieden Achterhoek, Midden-IJssel/Oost-Veluwe en Noord-Veluwe. Per werkgebied werd een aselecte steekproef getrokken op basis van geografische ligging, waardoor elk kinderdagverblijf evenveel kans had opgenomen te worden in het onderzoek. Er werd kwalitatief onderzoek verricht omdat het om een verkenning van een nieuw onderwerp gaat. Met elf managers van kinderdagverblijven binnen de regio Noord- en Oost-Nederland zijn interviews afgenomen om antwoord te geven op de vraag wat kinderdagverblijven doen op het gebied van gezondheidsbevordering en wat hun adoptievermogen is.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat kinderdagverblijven heel actief zijn op het gebied van voeding en bewegen maar dat visie ontbreekt en met name de achterliggende gedachte van het belang van de gezonde leefstijl. Kinderdagverblijven willen graag aan de slag met structurele en integrale gezondheidsbevordering. Kennis over voeding en bewegen ziet het management als een eerste vereiste voor de implementatie van gezondheidsbevordering.
Kinderdagverblijven staan open voor het implementeren van de Gezonde School methode. Voor implementatie van gezondheidsbevordering is kennis over gezonde voeding en bewegen een eerste vereiste voor het creëren van bewustwording bij pedagogisch medewerkers. Het is daarbij van belang dat duidelijk is wat de achterliggende visie is en dat er structurele aandacht is voor een gezonde leefstijl om daadwerkelijk gedragsverandering te realiseren.

Bij de implementatie van de Gezonde School methode kan de GGD een rol spelen bij het informeren, motiveren en begeleiden van de kinderdagverblijven. Een eerste stap voor de GGD bij de implementatie van een aanpak als de Gezonde School bij kinderdagverblijven is het management informeren over gezondheidsbevordering en het belang van het structureel en integraal werken aan een gezonde leefstijl en het vertalen hiervan in beleid. Daarnaast kan het draagvlak van gezondheidsbevordering vergroot worden door medewerkers te betrekken en sleutelfiguren aan te wijzen. Om in staat te zijn kinderdagverblijven te begeleiden, heeft de GGD kennis nodig over deze nieuwe doelgroep en kan ze als vraagbaak dienen voor medewerkers.

Inhoudsopgave

Voorwoord 3
Samenvatting 4
Hoofdstuk 1 Inleiding 8
1.1 Actualiteit 8
1.2 Aanleiding 9
1.3 Probleemstelling 10
1.4 Onderzoeksmodel 11
1.5 Begrippenkader 12
1.6 Beschrijving stageorganisatie 13
1.7 Relevantie voor SGM-werkveld 14
1.8 Leeswijzer 14
2. Theoretisch kader 15
2.1 Analyse van de volksgezondheid 16
2.2 Analyse van gedrag en determinanten van gedrag 17
2.2.1 Wat zijn oorzaken? 17
2.2.2 Welke factoren zijn van invloed? 20
2.3 Gezondheidsbevordering binnen het kinderdagverblijf 23
2.4 De Gezonde School methode als hulpmiddel bij gezondheidsbevordering 25
2.4.1 Ondersteuning GGD 27
2.5 Determinanten van een innovatieproces 28
2.5.1 Kenmerken van de innovatie 30
2.5.2 Kenmerken van de gebruiker 31
2.5.3 Kenmerken van de organisatie 32
2.5.4 Kenmerken van de sociaal-politieke context 32
3. Methode 35
3.1 Type onderzoek 35
3.2 Onderzoekspopulatie 35
3.2.1 Onderzoekseenheden 36
3.3 Dataverzameling 38
3.3.1 Meetinstrument 38
3.4 Onderzoeksprocedure 39
3.5 Data-analyse 40
3.6 Kwaliteit van onderzoek 40
4. Resultaten 42

4.1 Wat doen kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland op het gebied van gezondheidsbevordering? 42
4.1.1 Signalering 42
4.1.2 Educatie 43
4.1.3 Omgeving 44
4.1.4 Beleid en regelgeving 45
4.2 Wat is het adoptievermogen van kinderdagverblijven voor de vernieuwing? 47
4.2.1 Kenmerken van de innovatie 47
4.2.2 Kenmerken van de gebruiker 48
4.2.3 Kenmerken van de organisatie 49
4.3 Welke ondersteuning hebben kinderdagverblijven nodig van de GGD? 50
5. Conclusie 51
6. Discussie 53
6.1 Theoretische relevantie 53
6.2 Praktische relevantie 53
6.3 Begrenzingen onderzoek 54
6.4 Vervolgonderzoek 54
6.5 Vergelijking met andere onderzoeken 55
7. Aanbevelingen 56
Literatuurlijst 58
Bijlagen 61
Bijlage 1 Wetgeving kinderopvang 61
Bijlage 2 Pedagogisch beleid kinderopvang 63
Bijlage 3 Resultaten onderzoek RIVM Gezonde Kinderopvang 64
Bijlage 4 Kernpunten Gezonde School 66
Bijlage 5 Algemene beschrijving ondersteuning Gezonde School adviseur 67
Bijlage 6 Geografisch onderscheid kinderdagverblijven per werkgebied 69
Bijlage 7 Overzicht kinderopvangorganisaties regio Noord- en Oost-Gelderland 73
Bijlage 8 Houding en gesprekstechnieken interviewer 74
Bijlage 9 Interviewschema 75
Bijlage 10 Instrument tijdens interview 79
Bijlage 11 Contact met geïnterviewden 80
Bijlage 12 Conceptueel model 81
Bijlage 13 Resultaten interviews ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Hoofdstuk 1 Inleiding

Dit onderzoek gaat over het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen het kinderdagverblijf. De inleiding geeft inzicht over de actualiteit en de aanleiding van dit onderzoek. Van hieruit wordt een doel geformuleerd en onderzoeksvraagstellingen, welke worden weergegeven in een onderzoeksmodel. Een begrippenkader dient ter ondersteuning van het onderzoek en verder wordt de stageorganisatie nader omschreven, evenals de relevantie voor het werkveld van een sportgezondheidsmanager en de opbouw van het rapport.

1.1 Actualiteit

Een op de zeven kinderen is te dik. Overgewicht is een van de grootste 'public health'-problemen van nu en de toekomst (Kist- van Holthe et al., 2012). De voornaamste oorzaak voor overgewicht is een ongezonde leefstijl. Lucy Smit, voorzitter van de AJN (Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland) constateert dat niet alleen pubers en volwassenen, maar ook baby's en peuters te weinig lichaamsbeweging krijgen en te veel calorierijke voeding (AD, 2014).

De school is een voor de hand liggende setting om gezondheid en leefstijl te bevorderen. Een methode om structureel aan de slag te gaan met gezondheid en veiligheid van leerlingen is de Gezonde School. Dit is een werkwijze voor scholen binnen het primair- (po), voortgezet onderwijs (vo) en het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) die zich richt op de thema's voeding, sport en bewegen, sociaal-emotionele ontwikkeling, genotsmiddelen, seksualiteit, fysieke veiligheid, binnenmilieu en mediawijsheid. De aanpak van de Gezonde School gaat uit van het bestaande beleid van de school op het gebied van gezondheid, maar beoogt de activiteiten te versterken en optimaal aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de school (GGD-NOG, 2014).

Scholen die structureel en integraal werken aan de gezondheid van leerlingen kunnen als erkenning daarvoor het Vignet Gezonde School behalen. Het aantal aanvragen voor dit vignet is het afgelopen jaar met 70 procent gestegen. Om (voldoende) leerlingen te trekken, wordt het voor scholen belangrijker om zich te profileren en te onderscheiden (NISB, 2014). Naast scholen krijgen ook kinderopvangorganisaties steeds meer interesse voor de structurele aanpak van de gezonde leefstijl en het verkrijgen van een vignet. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Maatschappij (RIVM) heeft onlangs verkennend onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor een Gezonde Kinderopvang aanpak (Bos, Damhuis, van Ruiten, Sturkenboom en Veling, 2014).

1.2 Aanleiding

Een goede gezondheid is een randvoorwaarde voor een goede kwaliteit van leven (WHO, 1986). Gezond zijn is een goed gevoel. Kinderen die zich prettig voelen in een gezonde omgeving, leren en werken vaak beter (Loketgezondleven, 2014). Kinderen die veel (buiten) spelen zijn beter toegerust om gezond en evenwichtig op te groeien. Niet alleen leidt lichaamsbeweging tot een betere fysieke gezondheid, door te bewegen pikken kinderen vaardigheden op die later bij het leren belangrijk zijn. Hun motorische groei vormt de basis voor alle verdere ontwikkeling (Kiddo, 2014). Ook gezonde voeding is daarbij van belang voor de weerstand, sterke botten en tanden, darmwerking, groei en ontwikkeling van de hersenen. Gezonde eetgewoontes omvatten voldoende voedingsstoffen en regelmaat, variatie en smaak (Voedingscentrum, 2014).

We zien dat steeds meer baby's en peuters te kampen hebben met overgewicht. Zo is het afgelopen twintig jaar het aantal baby's en peuters met overgewicht verdubbeld (Healthylives, 2010). Peuters die naar een kinderdagverblijf gaan, zijn vaker te dik dan leeftijdsgenootjes die thuisblijven (Nu, 2010). Maar liefst tachtig procent van baby's met overgewicht krijgt ook op oudere leeftijd te maken met gewichtsproblemen (Mol, 2004). In de eerste drie levensjaren wordt hiervoor de basis gelegd. Een (ongezonde) leefstijl, waaraan men in de loop der jaren gewend is geraakt, is steeds moeilijker te veranderen.

De kwaliteit van de eerste jaren van een kind heeft grote invloed op de latere ontwikkeling. Veel gezondheid beïnvloedend gedrag wordt op jonge leeftijd aangeleerd of aangewend. Er kan belangrijke gezondheidswinst worden behaald met preventie, signaleren en interventie (Kist- van Holthe et al., 2012). De setting kinderopvang is een kansrijke plek om jonge kinderen te bereiken. In de kinderopvang kun je kinderen van jongs af aan een gezonde leefstijl aanleren. ''Hoe jonger ze dit leren, hoe groter de kans dat dit gedrag later beklijft, aldus Vivan Bos (coördinator Gezonde School)'' (Kinderopvangtotaal, 2014).
Gezondheidsopvoeding wordt als taak expliciet genoemd in de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen (Wkkp): ''Men dient opvang te bieden die bijdraagt aan een goede en gezonde ontwikkeling van het kind in een veilige en gezonde omgeving''. In opdracht van de gemeenten voert de GGD onderzoek en inspecties uit bij kinderopvangorganisaties, waarbij beoordeeld wordt of zij aan de gestelde eisen voldoen (GGD, 2014).

Uit verkennend onderzoek van het RIVM (Bos et al., 2014) blijkt dat kinderopvangorganisaties al veel activiteiten ondernemen op het gebied van gezondheid, maar dat een visie, een plan erachter mist. Programma's moeten verankerd zijn en bij structurele aandacht zullen eventuele effecten zich op langere termijn manifesteren (Boot, 2011). Echter, in het kader van preventie ontbreekt er een

dergelijke aanpak voor kinderdagverblijven. Een structurele aanpak zou een doorlopende lijn creëren voor kinderen van 0-12 jaar (Bos et al., 2014).
Gezondheidsbevordering is gericht op het stimuleren van een gezonde leefstijl en daarmee het verhogen van de kwaliteit van leven (WHO, 1986). Vanuit de Wet Publieke Gezondheid is dit een wettelijke taak van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Deze wet verplicht gemeenten eveneens om een GGD in stand te houden voor de uitvoering van de taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg (RIVM, 2014). De GGD speelt ook een rol in de ondersteuning van scholen ter bevordering van de gezondheid van leerlingen door de Gezonde School methode toe te passen. Dit gebeurt door Gezonde School adviseurs.

Bij GGD Noord- en Oost Gelderland (GGD-NOG) bestaat interesse om de Gezonde School methode ook in te voeren bij de kinderopvang. Het is niet duidelijk of er bij deze doelgroep behoefte bestaat aan een dergelijke aanpak. Ook is niet bekend of kinderopvangorganisaties momenteel al enig beleid voeren ten aanzien van gezondheid. Een inventarisatie moet inzicht geven in wat kinderdagverblijven doen aan gezondheidsbevordering en welke ondersteuning zij mogelijk nodig hebben van GGD-NOG om gezondheidsbevordering te implementeren en realiseren.

1.3 Probleemstelling

Doelstelling

‘’Het doen van aanbevelingen aan het Kennis en Expertisecentrum van GGD-NOG voor de implementatie van de Gezonde School methode bij kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland door in kaart te brengen wat kinderdagverblijven doen op het gebied van gezondheid, welke aspecten van invloed zijn op het besluit wel of niet gezondheidsbevordering te implementeren en de ondersteuning die daarvoor van GGD-NOG gewenst is.’’

Vraagstelling

‘’Wat doen kinderdagverblijven op het gebied van gezondheidsbevordering en welke aspecten zijn van invloed op de implementatie?’’

Voor het beantwoorden van bovenstaande vraagstelling worden de volgende theoretische, empirische en analytische vraagstellingen geformuleerd:

Theoretische vraagstellingen

Wat is er bekend over gezondheidsbevordering bij jonge kinderen?

- Wat is het gezondheidsprobleem bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar?
- Wat zijn oorzaken en welke factoren zijn van invloed op dit gezondheidsprobleem?
- Wat doen kinderdagverblijven in Nederland op het gebied van gezondheidsbevordering?

Wat is er bekend over de Gezonde School methode als vernieuwing voor gezondheidsbevordering?

- Hoe bevordert de Gezonde School gezondheidsgedrag?
- Welke ondersteuning biedt de GGD op het gebied van gezondheidsbevordering?
- Welke determinanten spelen een rol in de implementatie van een vernieuwing zoals de Gezonde School methode?

Empirische vraagstellingen

- Wat doen kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland op het gebied van gezondheidsbevordering?
- Wat is het adoptievermogen van kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland?
- Welke ondersteuning hebben kinderdagverblijven nodig van de GGD?

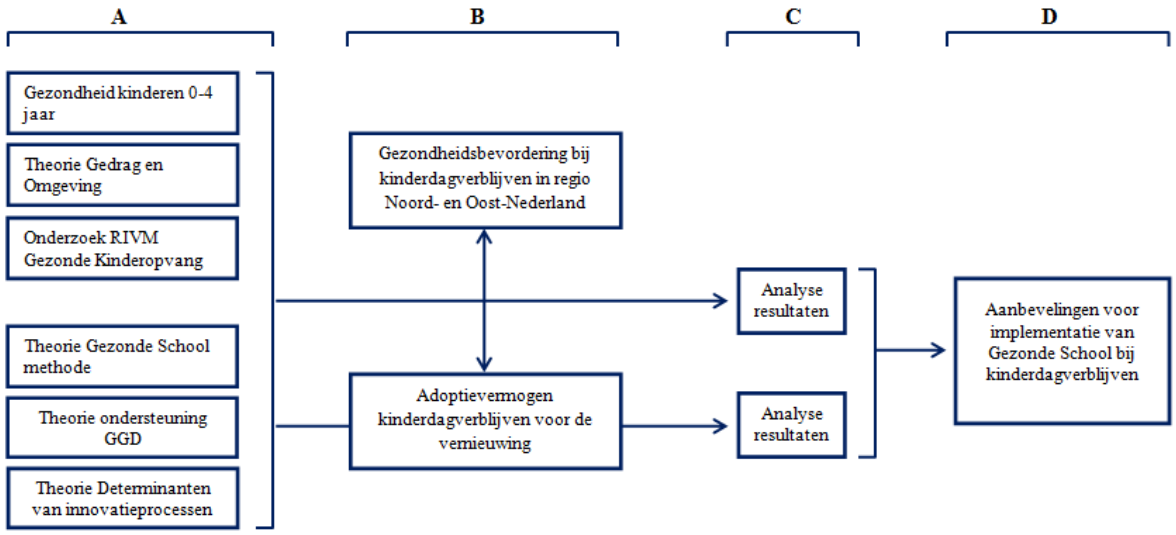
Analytische vraagstellingen

- In hoeverre is gezondheidsbevordering implementeerbaar bij kinderdagverblijven, rekening houdend met het adoptievermogen?
- Welke ondersteuning wensen kinderdagverblijven van GGD-NOG voor het implementeren en realiseren van gezondheidsbevordering?

1.4 Onderzoeksmodel

Een onderzoeksmodel geeft in één oogopslag schematisch weer op welke wijze het onderzoek is opgebouwd om de doelstelling te bereiken (Verschuren & Doorewaard, 2007). In figuur 1 is het onderzoeksmodel weergegeven die ten grondslag ligt aan dit onderzoek.

Het eerste gedeelte (A) geeft de verschillende theorieën weer die een antwoord geven op de theoretische vraagstellingen ‘’Wat is er bekend over gezondheidsbevordering bij jonge kinderenen?’’ en ‘’Wat is er bekend over de Gezonde School methode als vernieuwing voor gezondheidsbevordering?’’ Vervolgens wordt de doelgroep onderzocht om de empirische vraagstellingen te beantwoorden (B). Het vergelijken van deze uitkomsten komt aan de orde in de analyse van resultaten (C) welke leiden tot het doen van aanbevelingen. Als leidraad loopt het conceptueel model dat weergeeft welke variabelen centraal staan in de vraagstelling (zie B). De onafhankelijke variabele is het adoptievermogen die bepaalt of kinderdagverblijven gezondheidsbevordering al dan niet gaan implementeren (afhankelijke variabele). De verbindende factor tussen deze variabelen is de GGD, ofwel de intermediaire variabele.



Figuur 1. Onderzoeksmodel naar Verschuren en Doorewaard (2007: 84)

1.5 Begrippenkader

Gezondheidsbevordering

Green en Kreuter (2005) definiëren gezondheidsbevordering als 'een combinatie van voorlichting en omgevingsveranderingen die (samen) gezond gedrag en gezonde leefcondities stimuleren'. Dit heeft als doel de gezondheid van mensen te verbeteren, te bevorderen, en te behouden (Brug, 2012). Gezondheidsbevordering in dit onderzoek gaat uit van wat de Gezonde School methode beoogt: het structureel, planmatig en integraal bevorderen van gezondheid. Hierbij zijn voeding en bewegen het uitgangspunt, ofwel het structureel en integraal stimuleren van een gezonde leefstijl op de niveaus van signalering, educatie, omgeving, en beleid en regelgeving (GGD-NOG, 2014).

De Gezonde School

De Gezonde School is een werkwijze voor scholen binnen het primair- (po), voortgezet onderwijs (vo) en het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) die zich richt op de thema's voeding, sport en bewegen, sociaal- emotionele ontwikkeling, genotsmiddelen, seksualiteit, fysieke veiligheid, binnenmilieu en mediawijsheid.

Adoptievermogen

Adoptie is de beslissing om een vernieuwing te gaan gebruiken. Het besluit om gezondheidsbevordering te implementeren wordt beïnvloed door kenmerken van de vernieuwing, organisatie, sociaal-politieke context en de gebruiker (Brug, 2012). Adoptievermogen binnen dit onderzoek is het vermogen tot het implementeren van de Gezonde School methode.

Kinderopvang

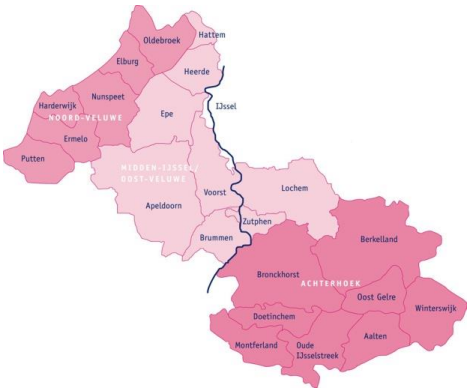
Er is onderscheid tussen formele en informele kinderopvang. Formele kinderopvang moet voldoen aan kwaliteitseisen zoals die gesteld zijn in de Wkkp. Dit geldt voor de dagopvang 0-4 jaar, medische kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang van 4-12 jaar, gastouderbureaus en voorzieningen voor gastouderopvang (GGD, 2014). Informele kinderopvang zoals tussenschoolse opvang, peuterspeelzalen en opvang die zelf geregeld wordt, is gratis en hoeft niet aan de Wkkp-kwaliteitseisen te voldoen (RIVM, 2014). Vanaf 2016 moeten peuterspeelzalen wel gaan voldoen aan deze eisen, waarmee ze gaan behoren tot formele kinderopvang.

Dit onderzoek richt zich op de dagopvang van 0-4 jaar. Niet alleen omdat dit een brede doelgroep is, maar ook omdat kinderen op een kinderdagverblijf, vergeleken met andere vormen van opvang, hier de meeste tijd doorbrengen. Kinderdagverblijven bieden gemiddeld tien uur opvang per dag. Een aantal kinderdagverblijven biedt ook ruimere opvang op flexibele tijden en zelfs 24-uurs opvang (RIVM, 2014).

1.6 Beschrijving stageorganisatie

De Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) is een organisatie die de volksgezondheid bewaakt, bevorderd en beschermt. GGD'en hebben vaak een adviserende rol en ondersteunen de afdeling Volksgezondheid van gemeenten vanuit verschillende afdelingen. Iedere GGD voert minimaal de basistaken uit zoals genoemd in de Wet publieke gezondheid (Wpg): algemene bevorderingstaken, jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg en infectieziektebestrijding (Loketgezondleven, 2014).

GGD Noord- en Oost-Gelderland (NOG) is de gemeenschappelijke gezondheidsdienst van 22 gemeenten in de regio Noord- en Oost-Gelderland. Tot het werkgebied behoren de Achterhoek, Midden-IJssel/Oost-Veluwe en Noord-Veluwe. Dit zijn ruim 800.000 inwoners (GGD-NOG, 2014).



Afbeelding 1. Werkgebied GGD-NOG (2014)

GGD-NOG telt ongeveer 250 medewerkers en kent de afdelingen Algemene gezondheidszorg en Jeugdgezondheidszorg/Kennis- en Expertise centrum.

Beide afdelingen zijn betrokken bij deze scriptie. Algemene gezondheidszorg (Technische hygiëne zorg) vanuit haar rol als inspecteur in de kinderopvang en Kennis- en Expertise centrum (Gezondheidsbevordering) als opdrachtgever vanuit de Gezonde School adviseurs.

1.7 Relevantie voor SGM-werkveld

Het bevorderen van gezondheid behoort tot het werkveld van Sport, Gezondheid en Management (SGM). Als gezondheidsbevorderaar moet je in staat zijn mensen te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen, en het liefst een gezonde keuze. Inzicht in gedrag is van belang om zowel op korte als op lange termijn gewenst gedrag te realiseren. In dit onderzoek wordt planmatige gezondheidsvoorlichting toegepast, een van de belangrijkste instrumenten van gezondheidsbevordering. Daarmee wordt inzicht verkregen in het gedrag van alle betrokken partijen dat weer van invloed is op het gezondheidsgedrag van kinderen. Inspelen op de factoren van de doelgroep vergroot de kans op daadwerkelijk gedragsverandering. Met de Gezonde School methode stimuleer je gezond gedrag van meerdere doelgroepen. Een SGM'er is in staat het gedrag te analyseren van verschillende doelgroepen en een weloverwogen interventie neer te zetten die aansluit bij de behoeften, vaardigheden en kennis van de doelgroep.

1.8 Leeswijzer

Het theoretisch kader in hoofdstuk 2, opgebouwd uit twee vraagstellingen, behandelt de theorie die gebruikt wordt om de theoretische vraagstellingen te beantwoorden. Het is een afgeleide van de vraagstelling van het onderzoek ''Wat doen kinderdagverblijven op het gebied van gezondheidsbevordering en welke aspecten zijn van invloed op de implementatie?'' Hoofdstuk 3 betreft een verantwoording van de methode, waarbij ingegaan wordt op het type onderzoek, onderzoekspopulatie, dataverzameling, procedure en kwaliteit van onderzoek. De gevonden resultaten komen aan bod in hoofdstuk 4. Dit hoofdstuk geeft een uitgebreide beschrijving naar aanleiding van de vraag wat kinderdagverblijven doen in de regio Noord- en Oost-Gelderland op het gebied van gezondheidsbevordering, wat het adoptievermogen is voor de vernieuwing en welke ondersteuning gewenst is van GGD-NOG. Hierna volgt de conclusie van het onderzoek in hoofdstuk 5 welke een antwoord geeft op de implementeerbaarheid van gezondheidsbevordering bij kinderdagverblijven en de nodige ondersteuning. De conclusie leidt tot de discussie in hoofdstuk 6 waarbij de relevantie wordt besproken, de begrenzingen van het onderzoek en vervolgonderzoek. Het onderzoek eindigt met een aantal aanbevelingen in hoofdstuk 7.

2. Theoretisch kader

GGD Noord- en Oost Gelderland heeft interesse om de Gezonde School methode in te voeren bij de kinderopvang om gezondheidsgedrag bij kinderen te stimuleren. Daartoe is inzicht nodig in de huidige status van gezondheidsbevordering en wordt tevens het adoptievermogen van de vernieuwing in kaart gebracht.

Het theoretisch kader is gebaseerd op de volgende vraagstellingen:

Wat is er bekend over gezondheidsbevordering bij jonge kinderen?

- Wat is het gezondheidsprobleem bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar?
- Wat zijn oorzaken en welke factoren zijn van invloed op dit gezondheidsprobleem?
- Wat doen kinderdagverblijven in Nederland op het gebied van gezondheidsbevordering?

Wat is er bekend over de Gezonde School methode als vernieuwing voor gezondheidsbevordering?

- Hoe bevordert de Gezonde School gezondheidsgedrag?
- Welke ondersteuning biedt de GGD op het gebied van gezondheidsbevordering?
- Welke determinanten spelen een rol in de implementatie van een vernieuwing zoals de Gezonde School methode?

In dit hoofdstuk loopt als leidraad de planmatige gezondheidsvoorlichting voor de bevordering van gezond gedrag. Deze is gericht op 1) het identificeren en begrijpen van maatschappelijke en gezondheidsproblemen; 2) het verklaren van gezond en ongezond gedrag; en 3) het beïnvloeden van gedrag door middel van voorlichting (Brug, 2012).
Eerst wordt de gezondheidstoestand van kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar in kaart gebracht en vergeleken met de gegevens van de regio Noord- en Oost-Gelderland. Vervolgens wordt met behulp van wetenschappelijk onderzoek inzicht gegeven in de oorzaken van overgewicht en de factoren die daarop van invloed zijn. Daarna volgt een beschrijving van de Gezonde School methode met de ondersteuning die de GGD momenteel biedt aan het onderwijs. Daaropvolgend wordt de stap gemaakt naar de beslissing om wel of niet gezondheidsbevordering te implementeren middels de theorie voor innovatieprocessen.

2.1 Analyse van de volksgezondheid

Wat is het gezondheidsprobleem bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar?

Landelijke cijfers

Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie zijn in 2010 maar liefst 42 miljoen kinderen jonger dan vijf jaar te dik (World Health Organization, 2010). Het lichaamsgewicht in relatie tot de lichaamslengte bepalen samen of iemand overgewicht heeft.

In Nederland is het percentage overgewicht de laatste jaren onder kinderen en jongeren toegenomen. De toename van de prevalentie van overgewicht onder jonge kinderen noemt de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (2014) de meest zorgelijke trend. In 2010/2012 had 15% van alle kinderen en jongeren van 2-25 jaar overgewicht en 3% obesitas (CBS, 2013). Als we kijken naar jonge kinderen (tot vier jaar) is bekend dat 6,8% van de Nederlandse tweejarigen in 2006 te zwaar was en dat 0,6% van de tweejarigen aan obesitas leed. Meer recente landelijke cijfers van overgewicht zijn niet bekend, blijkt uit onderzoek van het Nederlands Jeugdinstituut (2014).

Gevolgen

Jonge kinderen met overgewicht hebben het risico op metabole afwijkingen, slaapapneu, gewrichtsklachten, afwijkingen aan de lever en psychosociale gevolgen (Loketgezondleven, 2014). Dikke kinderen worden snel gepest en ontwikkelen emotionele problemen en gedragsstoornissen. Zij kunnen zelfs in een depressie vervallen (Mol, 2004). Op volwassen leeftijd is overgewicht een risicofactor voor hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen van het bewegingsapparaat (Sassen, 2007). In 2012 had 45,5% van personen in de leeftijd van 19-65 jaar overgewicht (CBS, 2014) en ongeveer 5% van het totaal aantal jaarlijkse sterfgevallen in Nederland kan worden toegeschreven aan overgewicht (RIVM, 2004).

Regio Noord- en Oost-Gelderland

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van GGD Noord- en Oost-Gelderland heeft 92.400 onderzoeken uitgevoerd in de periode 2008 tot 2010 bij kinderen in de leeftijd van 5-14 jaar. Deze factsheet laat zien dat in totaal 18% van de kinderen overgewicht heeft en het aandeel kinderen met overgewicht toeneemt met de leeftijd (GGD-NOG, 2013). Van 13% bij 5-jarigen tot 20% bij 11- en 14-jarigen. In 2011 tot 2013 komt overgewicht relatief weinig voor bij de 5-6 jarigen (9%) en relatief veel bij de 10-11 jarigen (14%) en de 13-14 jarigen (13%). Het aandeel kinderen met obesitas (ernstig overgewicht) ligt in alle leeftijdsgroepen rond de 4% (GGD-NOG, 2014). Wanneer we beide onderzoeken met elkaar vergelijken, zien we dat het aandeel kinderen met overgewicht op alle leeftijden is afgenomen.

2.2 Analyse van gedrag en determinanten van gedrag

Wat zijn oorzaken en welke factoren zijn van invloed op dit gezondheidsprobleem?

2.2.1 Wat zijn oorzaken?

Brug (2012) beschrijft de volgende risicofactoren die een verhoogd risico geven op overgewicht:

- Leefstijl en gedrag
- Fysieke en sociaal-culturele omgevingsfactoren
- Persoonsgebonden factoren

Leefstijl en gedrag

Het is algemeen geaccepteerd dat leefstijl van invloed is op gezondheid (Brug, 2012). De belangrijkste factoren die samenhangen met overgewicht zijn de energieopname via voeding en het energieverbruik door lichamelijke activiteit. Als kinderen minder bewegen, neemt hun energiebehoefte af (Mol, 2004). De oorzaak van de toename van overgewicht ligt in overconsumptie van voeding in verhouding tot de mate waarin we bewegen (RIVM, 2004). De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) stelt dat kinderen jonger dan 18 jaar dagelijks minimaal 60 minuten matig intensieve fysieke activiteit nodig hebben. Omdat er voor kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar geen passende norm is opgesteld, wordt de norm gehanteerd van onderzoeksinstituut TNO. Onderzoek naar de rol van de kinderopvang in de preventie van bewegingsarmoede en ongezonde voeding bij 0-4 jarigen veronderstelt dat als kinderen op een kinderdagverblijf tenminste 60 minuten lichamelijk actief zijn, dit wellicht voldoende is om de gezondheid te bevorderen. Daarbij is rekening gehouden met de verblijfsduur van ca. acht uur van een kind op een kinderdagverblijf (Van Overbeek, Bakker, Vries & Hopman-Rock, 2005).

Een risicofactor van overgewicht is de toename van de prevalentie van korte slaapduur, welke tevens parallel loopt aan de toename van de prevalentie van overgewicht. Borstvoeding als beschermende factor en slaapgedrag heeft invloed op het ontwikkelen van overgewicht. De Universiteit van Maastricht heeft een langlopende studie genaamd KOALA-onderzoek gedaan bij 2800 gezinnen, waarbij kinderen gevolgd worden vanaf de zwangerschap. Dit laat zien dat kinderen die borstvoeding krijgen minder ongezonde snacks eten op latere leeftijd dan kinderen die flesvoeding krijgen. Ook blijkt dat het eten van ongezonde voeding vaak samengaat met inactief gedrag (Gubbels, et al., 2010). Slaapgedrag en borstvoeding worden uitgesloten in het onderzoek, omdat lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding de belangrijkste beïnvloedbare determinanten van overgewicht zijn (Van Overbeek et al., 2005).

Voeding en eetgedrag

Een te hoge energie-inname is vaak het gevolg van een overdreven consumptie van gesuikerde frisdranken, vet- en suikerrijke snacks en fastfood. Meestal zijn dit producten die gemakkelijk te verkrijgen zijn en relatief goedkoop, aantrekkelijk en smakelijk zijn. Voor voedingsgedrag is vastgesteld dat voedselvoorkeuren deels zijn aangeboren en deels vaak op jonge leeftijd worden aangeleerd (Mol, 2004). Een dwarsdoorsnede onderzoek onder 390 ouders laat zien dat 39% van de kinderen van 0-4 jaar altijd frisdrank binnen handbereik heeft (L'Hoir et al., 2008).

Televisie kijken, computeren en beweeggedrag

Als we kijken naar Nederland zien we dat kinderen van 14 maanden gemiddeld 0,5 uur per dag televisie kijken, waarvan een kwart minstens één uur per dag. Ongeveer één op de 10 peuters van 2-4 jaar heeft een televisie op de eigen kamer (L'Hoir et al., 2008). Wat betreft 0-3 jarigen is bekend dat 23% al tien uur of meer per week televisie kijkt. Dat blijkt uit een dwarsdoorsnede onderzoek naar het gewicht en de conditie van jonge kinderen gerelateerd aan voeding, beweging en slaap in de gemeente Winterswijk (Kloeze, 2009).

Regio Noord- en Oost-Gelderland

De Kindermonitor is een grootschalig regionaal onderzoek dat GGD-NOG in 2013 heeft uitgevoerd naar gezondheid en welzijn van kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar. In de regio Noord- en Oost-Gelderland hebben bijna 13.500 ouders via internet een vragenlijst ingevuld over de gezondheid en het welzijn van hun kind (GGD-NOG, 2014). Hieruit komt naar voren dat 50% van de kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar dagelijks groente eet en 73% dagelijks fruit. Opvallend punt is het aantal zoete drankjes dat gedronken wordt: 25% drinkt meer dan twee zoete drankjes op vier of meer dagen per week en 56% daarvan drinkt maximaal een of twee drankjes per keer.

Qua beweeggedrag blijkt dat 2% van kinderen (2-4 jaar) in de regio NOG niet buiten speelt, 4% weinig (max. 1,75 uur per week) en 8% gemiddeld (1.75 t/m 3,5uur per week). Het overgrote deel, namelijk 85% speelt veel buiten (meer dan 3,5 uur per week).

De tabellenboek van de Kindermonitor (2014) van GGD-NOG laat zien dat 14% van de 2-4 jarige kinderen meer dan 14 uur per week televisie kijkt of computert. De meeste ouders (82%) van kinderen in de leeftijd van 2-4 jaar vinden het acceptabel dat hun kind 3,5-14 uur per week televisie kijkt. Een klein percentage (3%) vindt 0-3,5 uur acceptabel en 15% vindt 14 uur of meer per week een acceptabele norm. Deze richtlijn heeft betrekking op het aantal uur TV/video/DVD kijken en/of computeren/gamen.

Fysieke en sociaal-culturele omgevingsfactoren

Er is groot verschil in bewegingsgedrag tussen kinderen in dorpen en steden. Dit is voornamelijk te wijden aan de drukte en grootte van een stad. In dorpen hebben kinderen meer mogelijkheden en faciliteiten om te bewegen. Daar komt overgewicht minder voor (Mensengezondheid, 2014). Boonekamp (et al., 2008) deed onderzoek naar kansrijke elementen in de preventie van overgewicht bij jonge kinderen. Op basis van literatuur en onderzoek kunnen de volgende groepen met een verhoogd risico worden onderscheiden (Boonekamp et al., 2008):

- Kinderen en ouders met overgewicht/obesitas
- Kinderen van allochtone ouders
- Kinderen van ouders met een lage sociaal-economische status (SES)

Volgens Schrijvers en Schoemaker (2008) nemen kinderen het eet- en beweegpatroon over van hun ouders. Kinderen en jongeren van Turkse en Marokkaanse afkomst hebben vaker (ernstig) overgewicht dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten Dit heeft te maken met een hoge inname van suikerrijke en vette voedingsmiddelen (Nationaal Kompas, 2014).
De sociaal-economische status staat voor de positie van mensen op de maatschappelijke ladder met het daaraan verbonden aanzien en prestige (Nationaal Kompas, 2014). Kinderen van moeders met een lagere SES hebben een grotere kans om overgewicht op peuterleeftijd te ontwikkelen. Dat blijkt uit het onderzoek van Generation R (2014) waarbij 10.000 kinderen werden gevolgd tot hun jong volwassenheid. Ouders worden door de omgeving belemmerd in het maken van de gezonde keuze. Ze wonen vaker in een buurt met veel snackbars. Anderzijds ontbreken de juiste opvattingen over voeding en beweging als gevolg van het lagere inkomen (Gezondheidsraad, 2003).

Regio Noord- en Oost-Gelderland

De Kindermonitor laat zien dat overgewicht bij kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar vaker voorkomt bij ouders met een lage SES (16% ten opzichte van 11%). Overgewicht speelt een grotere rol bij Turkse kinderen (42%). Enkele andere beschikbare gezondheidsgegevens zijn (GGD-NOG, 2014):

- Ervaren gezondheid matig/slecht: 5,1% met lage SES ten opzichte van 4,5%
- Psychisch ongezond: 14% met lage SES ten opzichte van 11%
- Ouders roken in bijzijn kind: 16% met lage SES ten opzichte van 8%

Persoonsgebonden factoren

Door erfelijke factoren kan het ene kind meer kans lopen op gewichtsveranderingen dan het andere. Ongeveer 30-70% van de verschillen in lichaamsgewicht tussen personen is erfelijk bepaald (Berg et al., 2007). Genetische aanleg bepaalt ook of kinderen bijvoorbeeld minder gevoelig voor hongergevoel of verzadiging zijn (Liem, 2010). De erfelijke aanleg zou voor 25 tot 40% aan het probleem van overgewicht bijdragen (Mol, 2004).

Conclusie

Oorzaken en factoren van invloed op overgewicht:

Risicofactoren	*Literatuur*
Leefstijl en gedrag	Energie-inname en verbruik Tv kijken, computeren Weinig bewegen Ongezonde voeding
Fysieke en sociaal-culturele omgeving	Ouders met overgewicht Ouders met lage sociaal-economische status (SES) Etniciteit
Persoonsgebonden factoren	Erfelijkheid

Figuur 2. Oorzaken en factoren van overgewicht

2.2.2 Welke factoren zijn van invloed?

Determinanten worden omschreven als alle factoren die het gezondheidsprobleem beïnvloeden. Deze worden onderverdeeld in persoonlijke determinanten, gelegen binnen het individu, en omgevingsdeterminanten (Brug, 2012). De persoonlijke determinanten worden buiten beschouwing gelaten, omdat GGD-NOG de Gezonde School aanpak wil implementeren bij kinderdagverblijven. Daarnaast hebben jonge kinderen nog weinig invloed op hun eigen leefstijl. Verbetering van de gezondheid richt zich daarom vooral op ouders, de school en woonomgeving. De rol van ouders zal slechts kort worden benoemd, evenals de woonomgeving. Kinderdagverblijven zouden ouders kunnen stimuleren om thuis gezond gedrag te bevorderen.

Onderzoek van Gubbels et al. (2010) naar de invloed van het kinderdagverblijf op voeding en beweging geeft twee verklaringen waarom kinderen die naar een kinderdagverblijf gaan vaker te dik zijn. Ouders die hun kind naar het kinderdagverblijf brengen verschillen mogelijk van andere ouders die dat niet doen. Anderzijds zouden er op het kinderdagverblijf factoren kunnen zijn die de ontwikkeling van overgewicht bij het kind beïnvloeden (Loketgezondleven, 2014).

Ouders

Het eet- en beweeggedrag van het kind hangt samen met de eetgewoonte van de ouders en de mate van bewegen. Een ongezonde leefstijl wordt sterk door opvoeding beïnvloed (L'Hoir et al., 2008). Onderzoek naar de invloed van het kinderdagverblijf op voeding en beweging laat zien dat ouders naarmate ze meer werken vaak minder strikt en betrokken zijn als het gaat om de voeding en beweging van hun kind. De kans is groter dat het kind naar het kinderdagverblijf gaat. Ook blijken er grote verschillen te zijn tussen hoe er thuis en op het kinderdagverblijf wordt omgegaan met de opvoeding van het kind. Dit blijkt uit zowel kwantitatief als observatieonderzoek van Gubbels et al. (2010).

Kinderdagverblijf

Kinderdagverblijfmedewerkers spelen een belangrijke rol in wat kinderen eten en hoeveel ze bewegen. Zij oefenen invloed uit op de ontwikkeling van het gedrag (Gubbels et al., 2010).

Voeding

Kinderen brengen voeding niet mee van thuis, maar consumeren op het kinderdagverblijf wat hun daar aangeboden wordt. Dranken die het meest worden verstrekt zijn water, melk (met name half volle), siropen, vruchtendranken en suikerhoudende frisdranken. Naast bruin brood met zowel hartig als zoet beleg, worden er veel fruithapjes en (ontbijt)koek gegeten. Chips en snoep daarentegen weinig (Van Overbeek et al., 2005). Voedingsonderzoek onder 135 kinderen laat zien dat kinderen niet te veel of ongezond eten (Gubbels et al., 2010). Dit terwijl uit ander onderzoek blijkt dat pedagogisch medewerkers ongezonde voeding en dranken aanbieden aan kinderen op een kinderdagverblijf (Van Overbeek et al., 2005).
Medewerkers hebben een voorbeeldfunctie en hun gedrag hangt samen met wat kinderen eten (Gubbels et al., 2010). Eenderde van de medewerkers eet ongezonde dingen in het bijzijn van kinderen zoals snoep en snacks. Als medewerkers hetzelfde eten als de kinderen en over gezonde voeding praten, eten kinderen meer gezonde voedingsmiddelen. Wanneer samen gegeten wordt, eten kinderen meer. Of zij het zelf mogen pakken is daarbij van invloed.

Beweging

Van Overbeek et al. (2005) deed onderzoek bij 50 kinderdagverblijven naar de rol die de leiding kan en wil spelen bij de preventie van bewegingsarmoede, ongezonde voeding en/of overgewicht. Een overgrote meerderheid van de kinderdagverblijven geeft aan dat er geen tijd aan televisiekijken wordt besteed en een klein aantal geeft aan dat dat slechts zeer beperkt (0-30 minuten) is. Met betrekking tot beweging wordt op de meeste kinderdagverblijven gestreefd naar 60 minuten bewegen per dag. Zowel bij goed als slecht weer bewegen kinderen meer dan 60 minuten per dag. Vijftien van de 24 (63%) kinderdagverblijven geeft zelfs aan dat kinderen bij goed weer meer dan twee uur per dag buiten in beweging zijn. Dit omvat zowel vrij spel als gestructureerd spel (Van Overbeek et al., 2005).
Uit observatieonderzoek van Gubbels et al. (2010) bij negen kinderdagverblijven (175 kinderen) blijkt echter dat kinderen over het algemeen weinig actief zijn op het kinderdagverblijf. Met weinig actief wordt bedoeld: staan, zitten en liggen. Niet alleen binnen zijn kinderen zelden actief, ook buiten zijn zij eenderde van de tijd inactief. Kinderen zijn minder actief wanneer er in grotere groepen gespeeld wordt en er meer medewerkers aanwezig zijn. Medewerkers moedigen kinderen daarentegen niet aan om actiever te spelen. Dit terwijl blijkt dat het aanmoedigen van kinderen om meer te bewegen daadwerkelijk leidt tot meer beweging (Gubbels et al., 2010). Factoren die het bewegen meer kunnen bevorderen in het kinderdagverblijf zijn: geschikt speelmateriaal, accommodatie en bewegingsvoorbeelden (Nederlands Jeugd Insitituut, 2014).

ANGELO-model

Het ANGELO-model is een raamwerk specifiek ontwikkeld voor het in kaart brengen van de omgevingsfactoren in relatie tot overgewicht en obesitas. ANGELO staat voor 'Analysis grid for environments linked to obesity' en combineert vier typen omgevingsfactoren met omgevingsinvloeden (Wagemakers & Vaandrager, 2007). Dit kan op microniveau (thuissituatie van het kind), mesoniveau (context waarin gedrag makkelijker of minder gemakkelijk plaatsvindt) en macroniveau (het bredere systeem dat gedrag kan beïnvloeden).

De vier typen omgevingsfactoren zijn:

- Fysieke omgeving (binnen- en buitenruimte)
- Sociaal-culturele omgeving (ouders, medewerkers kinderdagverblijf)
- Economische wetgeving (inkomsten, kosten)
- Politieke omgeving (regels en wetgeving)

De politieke omgeving wordt beïnvloed door landelijke wetgeving. Zo wordt de kwaliteit van de kinderopvang gewaarborgd in de Wkkp (zie bijlage 1). Kinderdagverblijven zijn wettelijk verplicht jaarlijks een risico-inventarisatie, actieplan en rapportage te maken ten aanzien van de onderwerpen veiligheid en gezondheid. Daarnaast zijn er verschillende eisen ten aanzien van het binnen- en buitenmilieu op het gebied van hygiëne, veiligheid, binnenklimaat, kwaliteit, attractie- en speeltoestellen en bouw. Ook het pedagogisch beleid geeft handvatten voor de inrichting van de binnen- en buitenomgeving (Bos et al., 2014).

Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de fysieke en sociaal-culturele omgeving. De economische wetgeving blijft buiten beschouwing.

In het figuur op de volgende pagina staan de omgevingsfactoren die van invloed zijn op gezondheid van kinderen in het kinderdagverblijf zoals genoemd in het ANGELO-model. De onderverdeling in 'belemmerend' en 'bevorderend' is een aanvulling die gebaseerd is op de theorie van het 'Environmental Research framework for weight Gain prevention'. Dit model is toegepast in de interventie 'Lekker Fit! Kinderdagverblijf'. Doel van deze interventie is het realiseren van een gezond voedingspatroon en een toename van lichaamsbeweging kinderen tot vier jaar die naar een kinderdagverblijf gaan (Nederlands Jeugd Instituut, 2014).

Niveau	Fysiek	Politiek	Sociaal-cultureel
Meso	Televisie kijken Belemmerend • Beschikbaarheid producten hangt samen met voedselconsumptie Bevorderend • Mogelijkheden voor lichamelijke beweging • Ruime beschikbaarheid van gezonde producten en beperkte beschikbaarheid van ongezonde producten • Beschikbare speelruimte en materialen • Binnen- en buitenruimte • Inrichting	• Risico-inventarisatie • Actieplan • Rapportage	Voorbeeldfunctie Aanbieden van ongezonde voeding en dranken Samen eten Belemmerend • Leiding doet de inkoop van producten Bevorderend • Praktische bewegingsvoorbeelden en voorbeelden van gezonde voeding • Initiatieven pedagogisch medewerkers zijn positief gerelateerd aan het actief bewegen van kinderen • Meer informatie over het belang van zowel bewegen als gezonde voeding werkt bevorderend voor beweegmomenten en gezonde voeding
Macro		• Beleid voor gezondheid en veiligheid vanuit Wkkp • Pedagogisch beleid vanuit Wkkp	

Figuur 3. ANGELO-model ingevuld voor kinderdagverblijven

2.3 Gezondheidsbevordering binnen het kinderdagverblijf

Wat doen kinderdagverblijven in Nederland op het gebied van gezondheidsbevordering?

Landelijke resultaten

Recentelijk heeft het RIVM (Bos et al., 2014) gezondheid binnen de kinderopvang onderzocht. Een digitale vragenlijst werd ingevuld door 184 personen, van wie 111 werkzaam bij kinderdagverblijven. Bij 69 personen die zich opgaven, werd nog een interview afgenomen. Op basis van de resultaten van dit onderzoek (bijlage 3) onderscheidt het RIVM (Bos et al., 2014) vier niveaus van gezondheidsbevordering voor het integraal en structureel werken aan gezondheid. De niveaus zijn als volgt:

- Signalering: het werken met een kindvolgsysteem en een sociale kaart met als doel het tijdig signaleren van gezondheidsrisico's. Hiervoor worden pedagogisch medewerkers getraind en wordt er samengewerkt met alle betrokken partijen.
- Educatie: structurele aandacht voor hygiëne, bewegen, fysieke veiligheid en omgaan met elkaar.
- Omgeving: fysieke met aandacht voor hygiëne, binnenklimaat en speeltoestellen. En sociale omgeving, gericht op het samenwerken in de groep en communicatie.
- Beleid en regelgeving: kinderziektes, hygiëne en pedagogisch beleidsplan gebaseerd op uitgangspunten Wkkp.

Pedagogisch medewerkers worden getraind om de ontwikkeling van het kind in de gaten te houden. Het gebruik van de sociale kaart is een hulpmiddel om samen te werken en eventueel door te verwijzen naar een andere organisatie. In werkplannen en dagprogramma's staan de beweegactiviteiten beschreven die worden aangeboden tijdens de verschillende ontwikkelingsfasen van een kind. Deze hebben betrekking op meerdere thema's en worden door de pedagogische medewerkers zelf opgezet (op een spelende manier, door middel van het uitvoeren van activiteiten) en in sommige gevallen externe begeleiders.

Het educatiebudget van medewerkers is in de loop der jaren afgenomen. Daardoor is er weinig of geen geld beschikbaar voor opleiding. Pedagogisch medewerkers worden, waar mogelijk, intern opgeleid door de locatiemanager of een beleidsmedewerker. Interventies op het gebied van gezondheid zijn nauwelijks bekend bij kinderdagverblijven. Alle kinderdagverblijven zijn bezig met het herzien of opstellen van voedingsbeleid, dit naar aanleiding van de landelijke campagne 'OEPS' van het Voedingscentrum.

Er zijn veel wettelijke regels die vastleggen hoe de fysieke omgeving eruit moet zien. Dit kan soms belemmerend werken. Kinderdagverblijven hanteren richtlijnen hoe om te gaan met voeding en besteden aandacht aan gezonde, verantwoorde voeding. Beweging is een specifiek onderdeel van het pedagogisch beleid en wordt concreet uitgewerkt in locatiewerkplannen. Gezondheid wordt vooral gekoppeld aan kinderziektes en hygiëne en niet zozeer aan leefstijl. Kinderdagverblijven doen al veel op het gebied van voeding en bewegen, maar het beleid en de toepassing ervan moet verder ontwikkeld worden. Het pedagogisch beleidsplan is leidend voor alle activiteiten binnen het kinderdagverblijf. Het is opgesteld conform zestien pedagogische thema's (zie bijlage 2). Aan de hand van het pedagogisch beleidsplan stelt het kinderdagverblijf protocollen op die jaarlijks aangepast worden door het management (Bos et al., 2014).

2.4 De Gezonde School methode als hulpmiddel bij gezondheidsbevordering

Hoe bevordert de Gezonde School gezondheidsgedrag?

Het bevorderen van gezondheidsgedrag binnen de kinderopvang, en meer specifiek een gezonde leefstijl, zou bij kunnen dragen aan de preventie van overgewicht. Kinderopvangorganisaties ondernemen al veel activiteiten op het gebied van gezondheid, maar een visie, een plan erachter mist (Bos et al., 2014). Als we kijken naar gezondheidsbevordering bij kinderen blijken maatregelen meer effect te hebben als deze structureel uitgevoerd en integraal zijn opgezet (Loket Gezond Leven, 2014).

Gezondheidsbevordering heeft het meeste effect als activiteiten op vier niveaus (signalering, educatie, omgeving, en beleid en regelgeving) worden aangeboden en inspelen op verschillende doelgroepen: leerlingen, leerkrachten en ouders of verzorgers. Hiervoor is de werkplaats Gezonde School ontwikkeld door het Centrum Gezond Leven van het RIVM. Gezonde School is de koepel- en merknaam voor de volgende onderdelen: de Gezonde School aanpak, Gezonde School thema's, Gezonde School activiteiten, vignet Gezonde School, de website Gezondeschool.nl en de sociale mediakanalen van Gezonde School (RIVM, 2014).

In dit onderzoek wordt alleen ingegaan op die onderdelen die omgevormd kunnen worden tot een methode die bruikbaar is voor het ontwikkelen van een structurele en integrale aanpak van gezondheidsbevordering en meer specifiek een gezonde leefstijl voor implementatie bij de kinderopvang.

<u>De Gezonde School aanpak</u>

De Gezonde School aanpak werkt aan het versterken van doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering in de onderwijssetting. Het uiteindelijke doel is het verbeteren van de gezondheidstoestand van leerlingen en leerkrachten.

<u>Vignet Gezonde School</u>

Met het vignet Gezonde School laten scholen zien dat zij structureel aan gezondheid werken en voldoen aan kwaliteitscriteria. Na het verkrijgen van het vignet mag een school zich gedurende drie jaar Gezonde School noemen en het Gezonde School logo voeren.

<u>Gezonde School thema's (Gezonde School, 2014):</u>

- Voeding: het stimuleren van gezond eetgedrag met een gezond voedingsaanbod of het faciliteren van gezonde keuzes.
- Sport en bewegen: bijvoorbeeld lesprogramma's over sport en bewegen of het samenwerken met sportverenigingen om beweging te stimuleren.

- Roken en alcohol: het stimuleren van een tabaks-, alcohol- en drugsvrije omgeving door het instellen van een rookvrij schoolterrein en het stimuleren niet te roken bij leraren.
- Mondgezondheid: niet alleen luizencontroles, maar ook zonbescherming en omgeving als toiletruimte, handen wassen.
- Sociaal-emotionele ontwikkeling: lessen over sociaal-emotionele ontwikkeling en bijvoorbeeld een pestprotocol.
- Relatie en seksualiteit: het opstellen van gedragsregels voor de omgang met elkaar en het geven van seksuele voorlichting.
- Fysieke veiligheid: veiligheid van onder andere het schoolgebouw, schoolplein en gymlessen.
- Milieu: zorg voor binnenluchtkwaliteit, geluid en schoonmaak van het schoolgebouw.

Dit onderzoek richt zich op de thema's voeding en bewegen, met aandacht voor overgewicht, omdat de meeste resultaten uit onderzoek van het RIVM (Bos et al., 2104) hier betrekking op hebben en het de belangrijkste beïnvloedbare determinanten van overgewicht zijn.

Kernpunten van de Gezonde School

Structurele aanpak

Een structurele aanpak wil zeggen dat gezondheidsbevordering goed geborgen wordt in het schoolbeleid en er meerjarig aandacht is voor gezondheidsthema's. Hierbij participeren leerlingen, schoolpersoneel, ouders en de wijk. Scholen kiezen zelf een of meerdere gezondheidsthema's (maximaal drie) voor een termijn van minimaal drie jaar aanpak (Loket Gezond Leven, 2014).

Integrale aanpak

Gezondheidsbevordering heeft het meeste effect als activiteiten worden aangeboden op de volgende vier niveaus:

- Signalering: het vroegtijdig signaleren van risicofactoren bij individuele scholieren en hen preventief zorg aanbieden.
- Gezondheidseducatie: het klassikaal aanbieden van informatie en voorlichting over gezondheid aan leerlingen. Ook toepasbaar om schoolpersoneel en ouders te bereiken.
- Omgeving: het op een dusdanige manier inrichten van de fysieke en sociale omgeving dat deze optimaal is om te leren en werken voor scholieren en het team. Betrekken van de wijk.
- Beleid en regelgeving: gezondheid opnemen in het schoolbeleid draagt bij aan de structurele en blijvende aandacht voor gezondheid. Hieronder wordt verstaan: afspraken, regels, protocollen en handhaving (Loket Gezond Leven, 2014).

Voor elk gekozen gezondheidsthema worden activiteiten gekozen op basis van deze niveaus waarbij leerlingen direct geconfronteerd worden bij de eerste drie pijlers.

De overige kernpunten van de Gezonde School (nader toegelicht in bijlage 4):

- De school staat centraal
- Collectieve preventie en individuele leerlingenzorg
- Samenwerking met preventiepartners

2.4.1 Ondersteuning GGD

Om te werken aan een gezonde leefstijl kunnen scholen extra ondersteuning krijgen om te werken aan de Gezonde School methode en het vignet Gezonde School. Een Gezonde School adviseur werkt namens de preventiepartners als centraal contactpersoon voor een school. De rol als Gezonde School adviseur wordt in dit onderzoek ingevuld door GGD-NOG, maar kan ook ingevuld worden door andere preventiepartners (Gezonde School, 2014). Mogelijke taken van een Gezonde School adviseur zijn het terugkoppelen van onderzoeksgegevens, het ondersteunen bij inventariseren/evalueren van activiteiten, het opstellen van een schoolgezondheidsplan en uitvoering geven aan het jaarplan (Loket Gezond Leven, 2014). Daarvoor kan de Gezonde School adviseur gebruik maken van materialen als algemene folders en folders voor een vignet, presentaties, posters maar ook vragenlijsten en quick scans (Gezonde School, 2014). Op welke manier de Gezonde School adviseur ondersteuning biedt in het onderwijs wordt weergegeven in bijlage 5.

Resultaten RIVM

Verkennend onderzoek van het RIVM (Bos et al., 2014) naar de Gezonde Kinderopvang laat zien welke ondersteuningsbehoefte kinderopvangorganisaties hebben. Op basis hiervan worden de behoeften toegespitst naar de partijen die deze rol op zich zou kunnen nemen. Het is vooralsnog onduidelijk wat deze behoeften inhouden.

RIVM	Gezonde School adviseur
- Kant en klare handvatten, oplossingen en activiteiten - Checklist waaraan je moet voldoen als Gezonde Kinderopvangorganisatie	Voorbeelden laten zien van kinderopvang-organisaties die gezond zijn
Stappenplan	Training
Handboek	Servicedesk: iemand kunnen bellen voor advies
Leidraad	Inspiratie, tips
Formats: voorbeeld brieven en documenten	Cursus, training
Kennis: wat is gezond, goed/niet goed, wetenschappelijk onderbouwd	Studiedag en follow-up, workshop eventueel in combinatie met e-learning
Beleid met achtergrondinformatie	

Tabel 1. Ondersteuningsbehoefte kinderopvang (Bos et al., 2014)

2.5 Determinanten van een innovatieproces

Welke determinanten spelen een rol in de implementatie van een vernieuwing zoals de Gezonde School methode?

Kinderdagverblijven ondernemen al veel activiteiten op het gebied van gezondheid, maar er bestaat nog geen aanpak voor gezondheidsbevordering binnen de kinderopvang. De Gezonde School methode dient als hulpmiddel, waarbij gezondheidsbevordering voor kinderdagverblijven de innovatie is. Bij de Gezonde School is de aanpak de methode en de gezondheidsvernieuwing de innovatie.

In dit onderzoek betekent gezondheidsbevordering het structureel en integraal werken aan een gezonde leefstijl met de thema's voeding en bewegen. De setting kinderopvang is een kansrijke plek om jonge kinderen te bereiken en ze een gezonde leefstijl aan te leren. Bij het implementeren van gezondheidsbevordering bij kinderdagverblijven is het van belang inzicht te krijgen welke actoren invloed uitoefenen op het gezondheidsgedrag van kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar. Inzicht in determinanten moet duidelijk maken welke factoren van invloed zijn op de implementatie van gezondheidsbevordering bij kinderdagverblijven.

Sleutelfiguren

Om de einddoelgoep (kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar) te bereiken, is het van belang een inventarisatie te maken welke intermediaire gebruikersgroepen relevant zijn om erbij te betrekken (Brug, 2012, p. 198). Dit om te bepalen op wie de implementatie van gezondheidsbevordering gericht moet zijn. Daarvoor moet eerst duidelijk zijn welke functies bekleed worden binnen de kinderopvang (Bos et al., 2014):

- Pedagogisch medewerker: verantwoordelijk voor de dagelijkse opvang, ontwikkeling en verzorging van een groep kinderen in een kindercentrum. Taken zijn onder andere begeleiden, verzorgen, informatie uitwisselen en deskundigheid bevorderen.
- Beleids- of stafmedewerker: richt zich op het ontwikkelen en implementeren van beleid.
- Manager of directeur: plant, stuurt, coördineert en evalueert het aanbod van kinderopvang. Heeft daarnaast de leiding over activiteiten en programma's van het kinderdagcentrum.

Bij grotere kinderopvangorganisaties zijn het de (kwaliteits)beleidsmedewerkers die het onderwerp gezondheid als aandachtsgebied hebben. Bij kleinere organisaties is gezondheid geen aandachtsgebied, maar fungeert de locatiemanager of eigenaar als aanspreekpunt. Het RIVM (Bos et al., 2014) geeft aan dat de methode voor gezondheidsbevordering zich in ieder geval moet richten op:

- Management/beleid: beslist de methode te implementeren en zet de aanpak op
- Pedagogisch medewerkers: voeren de methode verder uit

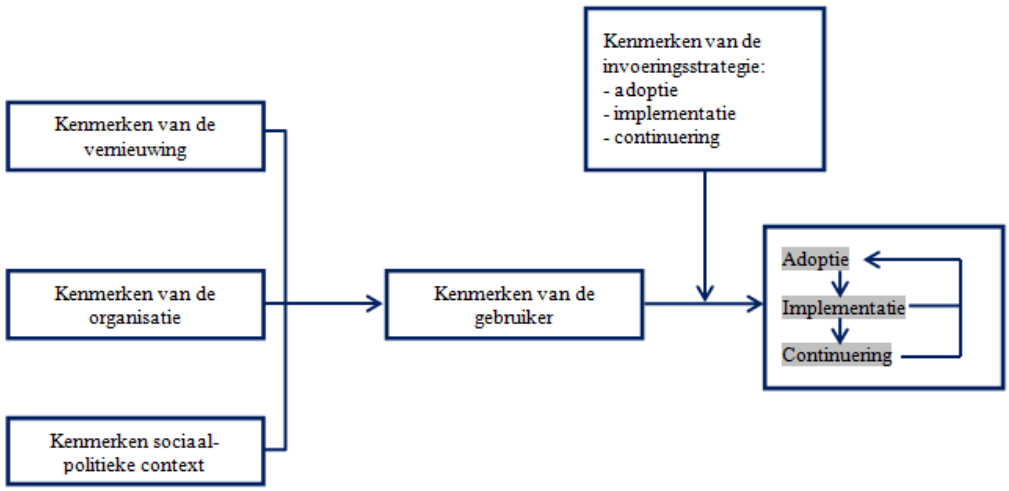
Daarnaast wordt draagvlak bij medewerkers genoemd als belangrijkste voorwaarde voor een te ontwikkelen methode voor gezondheidsbevordering binnen de kinderopvang (Bos et al., 2014). Omdat het management uiteindelijk degene is die beslist om de innovatie gezondheidsbevordering wel of niet te implementeren, richt dit onderzoek zich op deze sleutelfiguren.

Adoptievermogen

Nadat de sleutelfiguren in kaart zijn gebracht, is de volgende eerste stap inzicht te verkrijgen in de determinanten die van invloed zijn op het wel of niet implementeren van gezondheidsbevordering. Het innovatieproces wordt onderscheiden in de volgende fasen (Brug, 2012):

- Adoptie
- Implementatie
- Continuering

Het begrip 'invoeringsstrategie' of 'innovatiestrategie' wordt gedefinieerd als het geheel van activiteiten dat is gericht op het bij intermediaire gebruikers bevorderen van intentie tot gebruik (de adoptiestrategie), daadwerkelijk gebruik (de implementatiestrategie), en continuering van gebruik (continueringstrategie) (Brug, 2012).



Figuur.4 Determinanten van innovatieprocessen (Brug, 2012)

De determinanten aan de linkerkant bepalen indirect, via de gebruiker, de uitkomsten van het innovatieproces. De gebruiker is de meest directe voorspeller van het innovatieproces. Het besluit om wel of niet een innovatie te implementeren wordt indirect beïnvloed door kenmerken van het beleid, kenmerken van de organisatie en kenmerken van de innovatie (Brug, 2012).

Dit onderzoek beperkt zich tot de adoptie van de innovatie, ofwel de beslissing tot implementatie van gezondheidsbevordering bij het management. Nadat de vernieuwing onder de aandacht is gebracht van de toekomstige gebruiker (verspreiding), volgt het besluit tot het al dan niet volgens of met de vernieuwing te gaan werken (adoptie). In feite bestaat de adoptiefase uit deze twee componenten (Boot, 2010).

Voor de invoering van de Gezonde School methode beschrijft Boot (2010) een aantal mogelijke kritische factoren die onder te verdelen zijn in vier clusters:

- Kenmerken van de vernieuwing
- Kenmerken van de gebruikers of uitvoerders van het programma
- Kenmerken van de beleidsomgeving
- Kenmerken van de organisatorische context

Deze clusters zijn gebaseerd op theorie van determinanten van innovatieprocessen (Brug, 2012). Senior Opleider/Adviseur Publieke Gezondheidszorg (de Jong, 2010) heeft deze theorie in combinatie met de theorie van Boot (2010) gebruikt om in kaart te brengen wat het draagvlak is voor de Gezonde School methode.

2.5.1 Kenmerken van de innovatie

Rogers (2003) onderscheidt vijf intrinsieke kwaliteitskenmerken van een innovatie:

- Het relatieve voordeel
- De inpasbaarheid
- De complexiteit
- De testbaarheid
- De zichtbaarheid

Het relatieve voordeel geeft de meerwaarde aan van gezondheidsbevordering voor de gebruiker (Rogers, 2003). De Jong (2010) noemt dit het belang van de Gezonde School methode voor de gebruiker. De inpasbaarheid van gezondheidsbevordering is afhankelijk van de aansluiting bij de behoefte van de gebruiker, organisatie en sociale context. Flexibele interventies die kunnen worden aangepast, hebben een betere kans te worden geïmplementeerd (Brug, 2012). De Jong (2010) kijkt bij inpasbaarheid specifiek of de Gezonde School methode past bij het beleid en de doelen.
Waar volgens Rogers (2003) de complexiteit verwijst naar de mate waarin gezondheidsbevordering lastig te begrijpen en gebruiken is, vraagt de Jong (2010) zich af of de Gezonde School methode makkelijk is uit te voeren. Met testbaarheid wordt bedoeld in hoeverre geëxperimenteerd kan worden met gezondheidsbevordering. Dit kan bijvoorbeeld door een pilot op te zetten of deel te nemen aan

een simulatie. Testbaarheid wordt niet genoemd door de Jong (2010) en wordt daarom buiten beschouwing gelaten bij dit onderzoek. Dat geldt ook voor het laatste kwaliteitskenmerk zichtbaarheid, de mate waarin het resultaat van gezondheidsbevordering zichtbaar is voor anderen.

2.5.2 Kenmerken van de gebruiker

Organisaties veranderen niet zolang medewerkers niet veranderen. Bij daadwerkelijke verandering gaat het niet alleen om het gebruik van nieuwe materialen, maar ook om het gedrag en attitude van de gebruiker. Beoogde gebruikers willen, voordat ze kennismaken met een innovatie, eerst weten wat de vernieuwing voor henzelf betekent (Brug, 2012).

Gebruikers zullen eerder een vernieuwing implementeren en meer trouw zijn aan gebruik wanneer (Brug, 2012):

- Zij vertrouwen op hun vermogen om te doen wat verwacht wordt
- Een specifieke behoefte aan de innovatie erkennen
- Geloven dat de innovatie gewenste voordelen zal opleveren
- Vereiste vaardigheden hebben

Brug (2012) noemt behoefteperceptie, perceptie van de voordelen van de innovatie en beheersing van vaardigheden als gebruikerskenmerken die het sterkst samenhangen met de implementatie. De Jong (2010) beschrijft de perceptie van de voordelen van de innovatie als ervaren relevantie en voordeel voor de school als geheel, het eigen werk en voor de leerlingen. Beheersing van de vaardigheden gaat over kennis over de Gezonde School (de Jong, 2010). De Jong (2010) gaat ook in op andere kenmerken zoals eigen taakopvatting, effectiviteitsverwachting, uitkomstverwachting en collegiale steun. Bij taakopvatting wordt gekeken of de intermediair (management) een rol wil vervullen in het bevorderen van gezond gedrag bij kinderen. De andere kenmerken worden buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek.

Onderzoek naar de rol die leidsters zouden kunnen en willen spelen in de preventie van overgewicht (Van Overbeek et al., 2005) laat zien dat 92% van de ondervraagde kinderdagverblijven gezonde voeding heel belangrijk vindt, 79% vindt voldoende beweging belangrijk. Van de kinderdagverblijven zou 42% een rol als intermediair willen vervullen in de preventie van overgewicht. Het merendeel van de pedagogisch medewerkers van kinderdagverblijven is overtuigd van hun eigen kunnen. Het wel of niet kunnen vervullen van een rol is afhankelijk van een combinatie van factoren als de benodigde tijd, het beleid, de instructie, de vergoeding en de wijze van begeleiding (Gubbels et al., 2005). Volgens de meeste leidsters is bijscholing nodig over het belang van voldoende beweging en gezonde voeding. Ook zou er een verwijsoverzicht ontwikkeld moeten worden waarop staat bij welke

instanties de ouders en leid(st)ers met vragen over voeding en beweging terechtkunnen (Van Overbeek et al., 2005).

2.5.3 Kenmerken van de organisatie

Een innovatieve organisatie kenmerkt zich door een open klimaat waarin nieuwe benaderingen kunnen worden uitgeprobeerd. Hierbij is het belangrijk dat het programma en de organisatie op elkaar afgestemd worden en dat er gewerkt wordt aan acceptatie en betrokkenheid van medewerkers bij het nemen van de adoptiebeslissing. De kans op adoptie van de innovatie wordt vergroot als de adoptiebeslissing centraal in de organisatie genomen wordt. Zonder directe betrokkenheid van de uitvoerders zal de kans op daadwerkelijk gebruik (implementatie) van de innovatie worden verkleind (Brug, 2012). Volgens De Jong (2010) is draagvlak van de leiding onmisbaar en moet nut en noodzaak van de Gezonde School duidelijk zijn. Ook is de mate waarin de omgeving verandert van invloed op het ervaren van het belang van de Gezonde School, evenals de faciliteiten (capaciteit, tijd en middelen) die nodig zijn om de Gezonde School in te voeren.

2.5.4 Kenmerken van de sociaal-politieke context

Wet- en regelgeving hebben invloed op het draagvlak voor een vernieuwing en kunnen zowel bevorderend als belemmerend werken. Dit geldt ook voor voorzieningen en netwerkcontacten met andere organisaties in de brede omgeving waarbinnen een organisatie opereert (Brug, 2012).

Ten aanzien van gezondheidsbevordering ontbreekt wet- en regelgeving. Wel zijn kinderdagverblijven verplicht te voldoen aan kwaliteitseisen (Rijksoverheid, 2014). De Wkkp schrijft bijvoorbeeld voor dat er minimaal drie vierkante meter per kind buitenruimte beschikbaar moet zijn en dat deze moet uitdagen tot bewegen. De GGD houdt namens de gemeente toezicht op deze kwaliteitseisen. De eisen zoals vastgelegd in de Wkkp zijn:

- Veiligheid en gezondheid van de kinderen
- Opleiding en deskundigheid van het personeel
- Pedagogisch beleid
- Betrokkenheid en inspraak van de ouders
- Omgangstaal
- Afhandeling van klachten

In dit onderzoek blijven de kenmerken van de sociaal-politieke context verder buiten beschouwing. De kinderopvang is geen beleidsbeslisser bij de overheid en heeft geen invloed op landelijk, politiek beleid zoals koepelorganisaties, brancheverenigingen en beroepsverenigingen. De Jong (2010)

beschrijft dat als draagvlak bij beleidsbeslissers aanwezig is, dat in het algemeen een bevorderende werking zal hebben op implementatie.

Eindconclusie

Wat is er bekend over gezondheidsbevordering bij jonge kinderen?

Over gezondheidsbevordering bij jonge kinderen weten we dat overgewicht landelijk een toenemend probleem is, terwijl het percentage kinderen met overgewicht is ten opzichte van 2011-2013 iets afgenomen is in de regio Noord- en Oost-Gelderland. Lichamelijke activiteit en gezonde voeding zijn de belangrijkste beïnvloedbare determinanten van overgewicht. Risicogroepen zijn kinderen met ouders met overgewicht/obesitas, van allochtone ouders, en van ouders met een lage SES. Bij die laatste categorie komt overgewicht meer voor in de regio Noord- en Oost-Gelderland.
Ouders en kinderdagverblijven hebben de grootste invloed op de gezondheid van kinderen. Omdat GGD-NOG interesse heeft om de Gezonde School methode door te voeren in de kinderopvang, richt dit onderzoek zich op deze doelgroep. Kinderdagverblijven blijken nogal te verschillen in hun voedingsaanbod. Het onderzoek zoemt in op welke voeding aangeboden wordt en hoe het gesteld is met bewegen. Daagt de binnen- en buitenruimte uit tot bewegen? Ook de rol van pedagogisch medewerkers in het aanleren van een gezonde leefstijl is een factor die van invloed is. Het is interessant om te achterhalen hoe de Wkkp omgaat met de thema's voeding en bewegen.
Dit onderzoek is als het ware een verdieping van het verkennend onderzoek van het RIVM dat zich richtte op gezondheid in de breedste zin van het woord. Daaruit blijkt dat kinderdagverblijven al veel doen op het gebied van gezondheid maar dat een plan, een visie mist.

Wat is er bekend over de Gezonde School methode als vernieuwing voor gezondheidsbevordering?

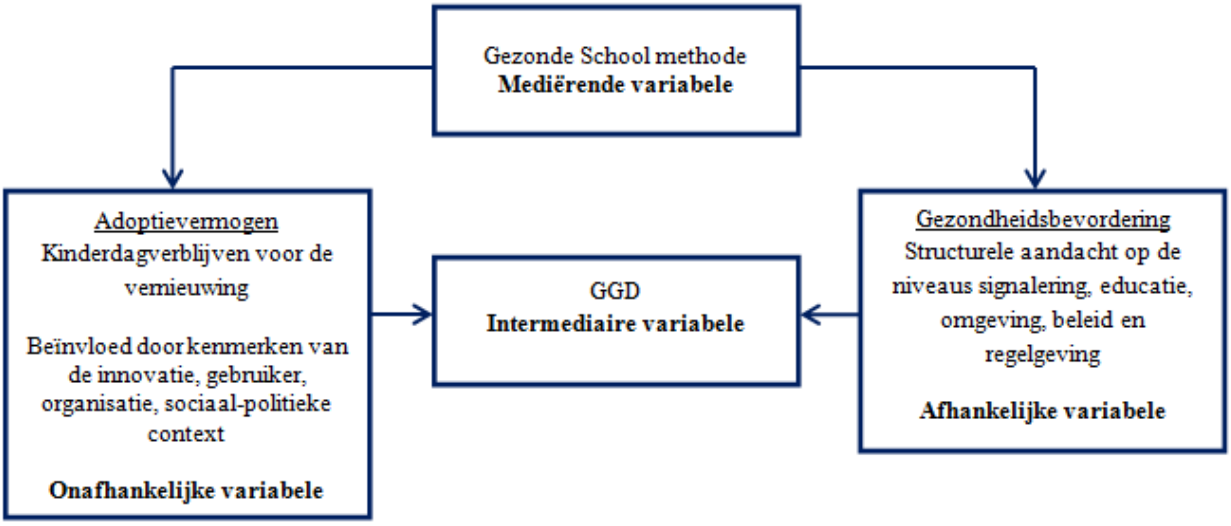
De Gezonde School methode beperkt zich tot de thema's voeding en bewegen en de integrale aanpak op de niveaus signalering, educatie, omgeving, en beleid en regelgeving. Gezondheidsbevordering heeft het meeste effect als activiteiten integraal en structureel worden aangeboden. Belangrijkste sleutelfiguur voor de implementatie van gezondheidsbevordering is het management, dat de beslissing neemt tot adoptie. Het is van belang in kaart te brengen wat het management van de innovatie vindt, of het past bij de doelen van het kinderdagverblijf, en of zij verwachten dat implementatie moeilijk is. De andere variabelen (testbaarheid/zichtbaarheid) zijn niet van toepassing omdat er nog geen aanpak bestaat voor kinderdagverblijven. Ziet de intermediair het wel als taak om gezond gedrag te bevorderen? De kans op adoptie wordt vergroot wanneer een adoptiebeslissing centraal in de organisatie genomen en medewerkers betrokken worden. Kenmerken van de sociaal-politieke context blijven buiten beschouwing.

Op grond van deze conclusies komt de volgende hypothese naar voren:

De Gezonde School methode draagt bij aan het structureel en integraal werken aan een gezonde leefstijl binnen het kinderdagverblijf.

Conceptueel model

Het adoptievermogen (onafhankelijke variabele) wordt beïnvloed door de kenmerken van de innovatie, gebruiker, organisatie en sociaal-politieke context. Deze onafhankelijke variabele bepaalt of kinderdagverblijven structureel aan de slag gaan met gezondheidsbevordering op de vier niveaus van signalering, educatie, omgeving, en beleid en regelgeving. De GGD als verbindende factor (intermediaire variabele) bemiddelt tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabele met de Gezonde School methode.



Figuur 5. Conceptueel model

3. Methode

Dit hoofdstuk gaat in op de methodologie van het onderzoek. Eerst komt het type onderzoek aan de orde, daarna volgen een beschrijving van de onderzoekspopulatie, de meetinstrumenten, de onderzoeksprocedure en data-analyse. Met behulp van kwalitatief onderzoek wordt antwoord gegeven op de empirische vraagstellingen:

- Wat doen kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland op het gebied van gezondheidsbevordering?
- Wat is het adoptievermogen van kinderdagverblijven voor de vernieuwing?
- Welke ondersteuning hebben kinderdagverblijven nodig van de GGD?

3.1 Type onderzoek

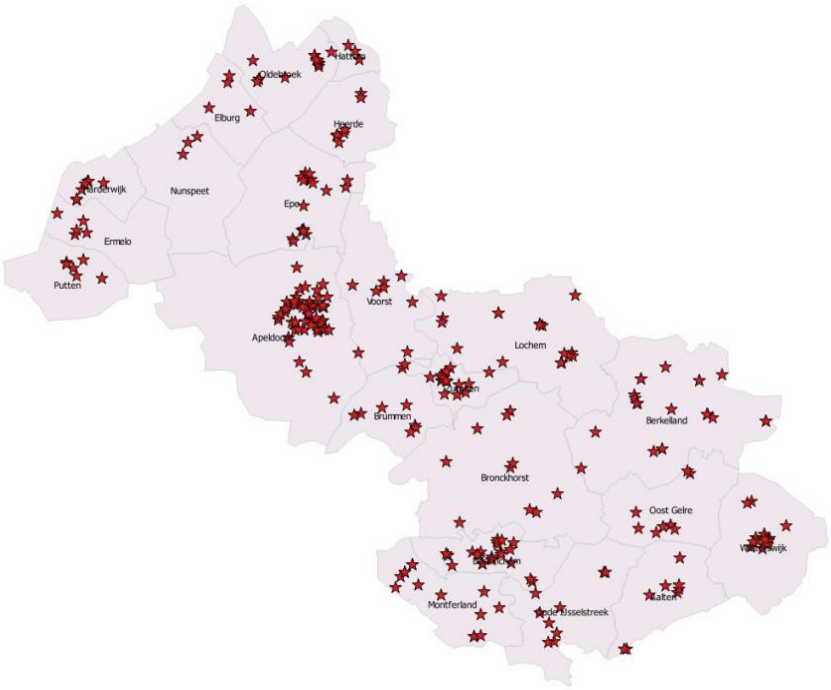
Gekozen is voor verkennend onderzoek omdat GGD-NOG nauwelijks tot geen kennis heeft van gezondheidsbevordering in kinderdagverblijven. Wetenschappelijke literatuur heeft gediend als input voor de verzameling van gegevens om zowel inzicht te krijgen in gezondheidsbevordering bij kinderdagverblijven als in de determinanten van een innovatieproces. Op basis van theorie is op zoek gegaan naar bepaalde woorden en uitspraken in de praktijk. Dat wil zeggen dat het gaat om doen van deductief kwalitatief onderzoek.

De onderzoeksgegevens zijn kwalitatief van aard omdat het gaat om een verkenning van het onderwerp. Middels kwalitatief onderzoek kan meer gedetailleerde informatie verzameld worden over gezondheidsbevordering binnen kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland (Gratton, Jones & Robinson, 2011). Onmisbaar bij kwalitatief onderzoek is de dataverzameling, welke bestaat uit interviews met representanten van een bepaalde populatie en de data-analyse, waarbij resultaten vergeleken en weergeven worden in een rapportage met behulp van citaten uit de interviews (Achterbergh, Benschop, Hendriks & van de Ven, 2013).

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit 284 kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland. Deze is onderverdeeld in 22 gemeenten in drie werkgebieden:

- Regio Achterhoek (108 kinderdagverblijven): Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oost-Gelre, Oude IJsselstreek en Winterswijk
- Regio Midden-IJssel/Oost-Veluwe (139 kinderdagverblijven): Apeldoorn, Brummen, Epe, Hattem, Heerde, Lochem, Voorst en Zutphen
- Regio Noord- Veluwe (37 kinderdagverblijven): Elburg, Ermelo, Harderwijk, Nunspeet, Oldebroek en Putten



Afbeelding 2. Werkgebied regio Noord- en Oost-Gelderland (GGD-NOG, 2014)

In het totale werkgebied van GGD-NOG wordt onderscheid gemaakt in landelijk en stedelijk gelegen gemeenten vanwege de invloed van de omgeving op de gezondheid van kinderen. Een overzicht van dit geografisch onderscheid wordt weergeven in bijlage 6. Een buurtschap vormt een dusdanig klein percentage en is daarom uitgesloten van het onderzoek. Het figuur hieronder laat het aantal kinderdagverblijven per werkgebied zien.

	Landelijk	*Stedelijk*	*Buurtgemeenschap*	*Totaal*
Achterhoek	75	28	5	108
Midden-IJssel/Oost-Veluwe	54	79	6	139
Noord-Veluwe	27	9	1	37
Totaal aantal naar ligging per werkgebied	156	116	12	

Figuur 6. Aantal kinderdagverblijven naar ligging per werkgebied (GGD-NOG, 2014)

3.2.1 Onderzoekseenheden

De onderzoeksgroep bestaat uit twaalf landelijk geregistreerde kinderdagverblijven in de regio Achterhoek, Midden-IJssel/Oost-Veluwe en Noord-Veluwe. Daarvan waren zes landelijk en zes stedelijk gelegen, verdeeld over vier van elk werkgebied. Er was sprake van een aselecte steekproef om de kans op selectiebias in te perken. Elk kinderdagverblijf had hiermee evenveel kans opgenomen te worden in het onderzoek. Voor een overzicht van de kinderopvangorganisaties zie bijlage 7.

Medewerkers op het kinderdagverblijf (pedagogisch medewerkers en management) bepalen wat kinderen gedurende het verblijf eten en welke activiteiten ze ondernemen. Echter, met het oog op de implementatie van gezondheidsbevordering is gekeken naar degene die verantwoordelijk is voor gezondheid binnen het kinderdagverblijf. Op basis van het verkennend onderzoek van het RIVM (Bos et al., 2014) waren dit:

- Eindverantwoordelijk manager
- Regiomanager en kwaliteitsfunctionaris
- Beleidsmedewerker
- Locatiemanager

Omdat gezondheid veel raakvlakken heeft met het pedagogisch beleid, kwamen de (regio/hoofd) pedagogen ook in aanmerking voor het onderzoek.
De geïnterviewden zijn verantwoordelijk voor meerdere locaties binnen één werkgebied. Hiermee verschoof de insteek van geografische ligging naar organisatieniveau waarbij in het interview alleen gekeken werd naar organisaties binnen het werkgebied. De locaties buiten het werkgebied worden slechts genoemd. Om enigszins de anonimiteit te waarborgen wordt van elk kinderdagverblijf de overkoepelende organisatie weergegeven:

	Kinderopvangorganisatie	*Locaties binnen werkgebied*	*Locaties buiten werkgebied*	*Geïnterviewden*
Achterhoek	X	2		
	X	5		Unitmanager
	X	3	7	Manager
	X			
Midden-IJssel/Oost-Veluwe	X	3		Directeur
	X	14	79	Locatiemanager, regiopedagoog, regiomanager
	X	3		Hoofdpedagoog/locatiemanager
	X	1		Eigenaar
	X	14		Unitmanager
Noord-Veluwe	X	2		Stafmedewerker
	X	1	12	Manager
	X	3		Assistent manager/locatiemanager
	X	2		Twee eigenaren, pedagogisch medewerker

	X	1		

Figuur 7. Overzicht geïnterviewden per werkgebied

*) Kinderopvang Humanitas regio Achterhoek is niet meegenomen omdat deze organisatie al in aanmerking kwam voor onderzoek in een ander werkgebied

Slechts één kinderopvangorganisatie van de geselecteerden verleende geen medewerking aan het onderzoek. Van Kinderopvang Juut en Co zijn de resultaten niet meegenomen, omdat deze organisatie niet voldeed aan de vooraf gestelde criteria: tijdens het afnemen van het interview bleek dat de geïnterviewde vooral werkzaam was op uitvoerend niveau. Bij een ander kinderdagverblijf sloot een pedagogisch medewerker aan bij het interview. Die resultaten werden alleen opgenomen in het onderzoek met bevestiging van de eigenaren.

3.3 Dataverzameling

De voor het onderzoek benodigde data zijn in twee fasen verzameld. In de eerste fase is informatie vergaard over de factoren die van invloed zijn op overgewicht bij jonge kinderen, over de Gezonde School aanpak als methode voor gezondheidsbevordering, en over de bepalende aspecten voor innovaties. Hiervoor is gebruikgemaakt van documenten zoals onderzoeksrapporten en dossiers op websites van kenniscentra. De informatiespecialist van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen werd benaderd voor het verkrijgen van informatie over veranderingen binnen de kinderopvang, welke echter niet beschikbaar bleek te zijn. Tijdens de tweede fase zijn er interviews gehouden met managers van kinderdagverblijven. Door de open informatieverzameling kon flexibel worden ingespeeld op de manier waarop de gesprekken zich ontwikkelden. Er vond sterke interactie plaats tussen interviewer en geïnterviewde, waarbij de interviewer middels doorvragen en gesprekstechnieken de respondent aanmoedigde/ uitnodigde om open over zijn meningen te praten. Deze op *motivational interviewing* gebaseerde gesprekstechnieken worden weergegeven in bijlage 8.

3.3.1 Meetinstrument

Met de respondenten zijn interviews afgenomen om een antwoord te geven op de empirische vraagstellingen. Doel van de interviews was inzicht te verkrijgen in de huidige situatie op het gebied van gezondheidsbevordering, het adoptievermogen van een innovatie en de ondersteuning die nodig is voor het realiseren van gezondheidsbevordering in kinderdagverblijven.

De kans was groot dat informatie uiteen zou lopen tussen de verschillende respondenten omdat het ging om verkennend onderzoek. Met behulp van topics heeft de onderzoeker daarom semi-gestructureerde interviews afgenomen. Dat wil zeggen dat er per onderwerp een hoofdvraag is gesteld en dat de onderzoeker beschikking had over enkele deelvragen (Gratton, Jones & Robinson, 2011).

Voor het ontwerpen van de vragenlijst is rekening gehouden met onderverdeling van de topics die behoren bij de vier niveaus van gezondheidsbevordering en de determinanten van een innovatie. De

vragen zijn opgesteld aan de hand van het theoretisch kader. De enquête van Van Overbeek et al. (2005) over de rol van leidsters in de preventie van bewegingsarmoede en ongezonde voeding bij kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar, werd gebruikt voor de vraag wat kinderdagverblijven doen op het gebied van gezondheidsbevordering en welke factoren van invloed zijn op de implementatie.
Voor het bepalen van de draagvlak voor de Gezonde School methode werd de vragenlijst van De Jong (2010). De gespreksleidraad van het RIVM (Bos et al., 2014) diende als input voor de vier niveaus van gezondheidsbevordering en ondersteuning die daarvoor gewenst is van GGD-NOG. De vragen van het RIVM, die betrekking hadden op gezondheid in brede zin van het woord, werden specifiek toegespitst op een gezonde leefstijl voor dit onderzoek. Het interviewschema gebaseerd op het theoretisch kader en gespreksleidraad van het RIVM wordt weergegeven in bijlage 9.

Het interview werd opgenomen met behulp van een videocamera. Antwoorden konden daardoor nog een keer teruggeluisterd en geregistreerd worden per topic. In het geval van een telefonisch interview heeft de onderzoeker relevante uitspraken gelijk ingevoerd in de computer.

3.4 Onderzoeksprocedure

De onderzoeker heeft de manager Algemene Gezondheidszorg van GGD-NOG benaderd om in contact te komen met de juiste afdeling binnen de organisatie die beschikt over een lijst met contactgegevens van kinderdagverblijven. Via de administratie Technische Hygiëne Zorg is die lijst verkregen met het aantal kinderdagverblijven per gemeente/werkgebied en contactgegevens.
De onderzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met kinderdagverblijven. De juiste persoon werd geïnformeerd en gevraagd om medewerking voor een interview. Ook werd ingegaan op de wijze waarop de selectie had plaatsgevonden, en het nut van het interview en het onderwerp. Indien de juiste persoon niet bereikbaar was, werd dit genoteerd en probeerde de onderzoeker het op een ander tijdstip. De gemaakte afspraak voor een interview werd bevestigd per mail waarbij ook geïnformeerd werd over de Gezonde School, de tijdsduur, de anonimiteit en het feit dat het zou worden opgenomen (Baarda, 2007).
De interviews zijn afgenomen in de periode december-januari 2014/2015 op de locatie van het kinderdagverblijf. Bij drie kinderdagverblijven heeft het interview telefonisch plaatsgevonden. Voorafgaand aan het interview heeft de onderzoeker nog het onderwerp en doel van het interview herhaald. Gedurende het interview ging de onderzoeker verder in op de Gezonde School methode als vernieuwing voor gezondheidsbevordering en meer specifiek de structurele en integrale aanpak van de thema's voeding en bewegen (na behandeling deelvraag 1). In de bijlage 10 is het document te vinden dat de onderzoeker hiervoor heeft gebruikt. Na het interview ontvingen geïnterviewden een verslag van het interview met de mogelijkheid iets verder te verduidelijken en om eventueel te anonimiseren (zie bijlage 11).

3.5 Data-analyse

De resultaten van de interviews zijn verwerkt volgens een systematische wijze, namelijk met behulp van een analysekader in de vorm van een conceptueel model. Zie hiervoor bijlage 12. Van tevoren is een selectie gemaakt van relevante dimensies en aspecten om het onderzoek op te baseren. De stappen van Achterbergh, Benschop, Hendriks & van de Ven (2013) dienden als leidraad in de data-analyse:
Stap 1 - het interview afluisteren: relevante passages uit het interview worden opgeschreven bij de dimensie of het aspect waarop de uitspraak betrekking heeft. De mening van de geïnterviewde wordt zo nauwkeurig mogelijk weergegeven.
Stap 2 - ordening per aspect of dimensie: alle verkregen informatie van de geïnterviewden worden samengevoegd en als tekst uitgeschreven.
Stap 3 - voeg de informatie uit documenten en observatie toe per dimensie: Om het onderzoek te versterken wordt in het geval van onduidelijkheden de geïnterviewde telefonisch benaderd.
Stap 4 - het rapporteren van de onderzoeksresultaten: alleen relevante informatie zoals achtergrond, redenen en oorzaken worden genoteerd. Dit geldt dit ook voor uitspraken die niet behoren tot een bepaald aspect of dimensie, maar wel een goede aanvulling zijn.

3.6 Kwaliteit van onderzoek

De kwaliteit van een onderzoek wordt bepaald door validiteit en betrouwbaarheid. Validiteit wil iets zeggen over de mate waarin informatie uit interviews een juiste afspiegeling vormt van de werkelijkheid die je onderzoekt (Baarda & Hulst, 2012). Interne validiteit betreft de geldigheid van het onderzoek, terwijl externe validiteit gaat over de generaliseerbaarheid van de resultaten.
Een eerste beeld van de doelgroep werd verkregen doordat de onderzoeker een GGD-inspectie bijwoonde bij een kinderdagverblijf en zich heeft laten informeren door meerdere inspecteurs. Daarnaast is een pilot (interview) uitgevoerd bij kinderdagverblijf X om na te gaan welke onderwerpen aandacht vragen. Als gevolg van deze pilot is in de vragenlijst ‘gezondheids-bevordering’ vervangen door ‘gezonde leefstijl’.

Validiteit

Ter waarborging van de validiteit werd het interview afgenomen door telkens dezelfde onderzoeker, die daarbij diende als gegevensverzamelingsinstrument (Gratton, Jones & Robinson, 2011). De interne validiteit werd verhoogd door toetsing van het theoretisch kader in de empirie. Hiervoor werd voornamelijk gebruik gemaakt van onderzoeken die gericht waren op gezondheid binnen het kinderdagverblijf. De vragenlijst werd aangepast aan de doelgroep met input van de manager Algemene Gezondheidszorg vanwege haar ervaring in de kinderopvang als inspecteur.
Het interviewschema is opgesteld door de onderzoeker en besproken met een gezondheidsbevorderaar die van het begin af aan betrokken was bij het onderzoek. Een andere gezondheidsbevorderaar − met

een sport, gezondheid en management achtergrond − heeft enkele aanvullingen gegeven op het schema. Een functionaris gezondheidsbevordering heeft daarnaast, vanuit haar ervaring met waarderend onderzoek, tips gegeven over *motivational interviewing*.
Om de externe validiteit en dus de generaliseerbaarheid van de resultaten te verhogen, heeft de onderzoeker een willekeurige selectie gedaan. Elk kinderdagverblijf had evenveel kans opgenomen te worden in het onderzoek. De generaliseerbaarheid voor de vraag wat kinderdagverblijven doen op het gebied van gezondheidsbevordering werd verhoogd doordat het onderzoek zich meer richtte op organisatieniveau dan op een specifieke locatie. Dit omdat de geïnterviewden vaak verantwoordelijk waren voor meerdere locaties.

Betrouwbaarheid

Bij betrouwbaarheid gaat het om de repliceerbaarheid van een onderzoek en om de nauwkeurigheid en consistentie van de metingen. Om de betrouwbaarheid te garanderen van de informatie die uit de interviews naar voren is gekomen, is gebruik gemaakt van audio opname apparatuur waardoor controle achteraf mogelijk was. Per e-mail heeft de doelgroep naderhand de mogelijkheid gehad om de resultaten zonodig te verduidelijken. Bij het interpreteren van de resultaten zijn twee gezondheidsbevorderaars betrokken geweest. Alle stappen die de onderzoeker heeft ondernomen, zijn omschreven in de methode zodat het onderzoek ook door anderen kan worden uitgevoerd op dezelfde wijze met dezelfde resultaten als gevolg.

4. Resultaten

In de resultaten wordt antwoord gegeven op de empirische vragen:

- Wat doen kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland op het gebied van gezondheidsbevordering?
- Wat is het adoptievermogen van kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland?
- Welke ondersteuning hebben kinderdagverblijven nodig van de GGD?

4.1 Wat doen kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland op het gebied van gezondheidsbevordering?

De resultaten worden weergegeven aan de hand van de vier niveaus van gezondheidsbevordering van de Gezonde School methode: signalering, educatie, omgeving, en beleid en regelgeving.

4.1.1 Signalering

Voeding en beweging zijn verweven in het kindvolgsysteem maar zijn geen op zichzelf staande aandachtspunten. Vanuit het pedagogisch kader worden kinderen vooral geobserveerd op de ontwikkelingsgebieden en minder op leefstijl. De geïnterviewden geven aan weinig zicht te hebben op de leefstijl van kinderen.

''Ons observatiesysteem richt zich op de vlakken doen, praten en bewegen.'' (Kinderopvang regio 2, 22 december 2014).

Voordat kinderen op een kinderdagverblijf geplaatst worden, krijgen ouders een intake met de pedagogisch medewerker(s) en/of locatiemanager waarin de vragenlijst wordt besproken die ouders van tevoren hebben ingevuld. Ook komt het gedrag van het kind en de (voedings)gewoontes aan bod. Het kinderdagverblijf licht het pedagogisch beleid toe en, indien aanwezig, het voedingsbeleid. Allergieën en het eten van varkensvlees zijn voornamelijk wat ouders noemen bij de intake en waar kinderdagverblijven rekening mee houden. Overgewicht komt alleen aan de orde als een ouder dat aangeeft.

Rol van pedagogisch medewerkers (leidsters)

Pedagogisch medewerkers verwerken de informatie uit de intake in het dossier van het kind en in de aanpak op de groep. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een voedingsschema, wat twee keer per jaar tijdens het 10-minuten gesprek wordt besproken. Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat het de pedagogisch medewerkers zijn die signaleren en de locatiemanager op de hoogte stellen. In de meeste gevallen gaat dit over motorische achterstand van kinderen (lopen/staan/kruipen), en niet zozeer over gewicht. Het signaleren is gebaseerd op subjectieve waarneming.

De ontwikkeling van het kind staat centraal bij het kinderdagverblijf. Pedagogisch medewerkers informeren elkaar over opvallendheden bij het kind via mondelinge of schriftelijke overdracht. In de leeftijd tot één jaar krijgen ouders van baby's het dagschriftje mee naar huis. Pedagogisch medewerkers zijn altijd degenen die het eerst contact hebben met de ouders. Als pedagogsich medewerkers een bepaalde zorg hebben, delen ze die met ouders op het moment dat het kind opgehaald wordt. Kinderdagverblijven geven aan dat ouders vaak bij het eerste kind nog onzeker en onwetend zijn.

Rol van het management

De locatiemanager heeft een rol in het opstellen van het beleid en de naleving ervan. Als de pedagogisch medewerkers een signaal afgeven, kan de locatiemanager bij ernstige problematiek het consultatiebureau (Centrum voor Jeugd en Gezin) inschakelen. Hiervoor is toestemming van de ouders nodig. In het geval van een motorische achterstand verwijst het consultatiebureau door naar een fysiotherapeut. In periodiek overleg met de pedagogisch medewerkers bespreekt het management zorgkinderen en kinderen met moeilijk gedrag. Overgewicht is niet iets wat op de agenda staat en speelt bij kinderdagverblijven.

4.1.2 Educatie

Kinderdagverblijven beschouwen het aanleren van een gezonde leefstijl bij kinderen als onderdeel van de Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE), een programma binnen de kinderopvang waarbij een brede ontwikkeling van het kind gestimuleerd wordt. Het aanbieden van VVE betekent dat kinderdagverblijven werken met een methode, al is deze per kinderdagverblijf verschillend. Binnen VVE werken kinderdagverblijven met thema's die iedere zes weken rouleren, zoals sport en spel, natuur of muziek. In een draaiboek houden de kinderdagverblijven bij hoe ze vormgeven aan de activiteiten rondom deze thema's. Voeding en bewegen zijn onderverweven in thema's die gericht zijn op alle ontwikkelingsgebieden van het kind.

''We hebben ook wel eens groente en fruit toegevoegd aan ons activiteitenprogramma om kinderen breder te laten proeven, en kennis te laten maken met.'' (Kinderopvang regio 3, 9 december 2014).

Veel kinderdagverblijven benoemen peutergym en bewegen op muziek (of muziek op schoot) als voornaamste bewegingsactiviteiten naast dagelijks buitenspelen. Peutergym komt vaak wekelijks terug, bewegen op muziek is echter op eigen initiatief van pedagogisch medewerkers en dus niet structureel.

Slechts drie kinderdagverblijven hebben een structureel aanbod voor bewegen. De een heeft een interventie, de ander een eigen ontwikkeld programma en de derde hanteert het beweegdiploma van de Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie (KNGU).

Interventies

Een aantal geïnterviewden is niet op de hoogte van (erkende) interventies op het gebied van bewegen voor de kinderopvang. Bewegen is vooral gericht op hoe je met eenvoudige middelen medewerkers en kinderen in beweging krijgt. Hiervoor wordt in een aantal gevallen een eigen programma/plan ontwikkeld in samenwerking met de buurtsportcoach. Twee kinderdagverblijven werken met een erkende interventie, namelijk Beweegwijs (ontwikkeld voor het primair onderwijs) en Beweegkriebels.

Twee kinderdagverblijven, die de locatie delen met een basisschool, gaan dit jaar aan de slag met de watercampagne van Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) omdat ze aan kunnen sluiten bij deze activiteit van de basisschool. Kinderdagverblijven proberen het te doen met de middelen die ze hebben en maken vooral gebruik van kosteloos materiaal. Een interventie heeft nog geen prioriteit.

''Interventies kosten wel veel geld, dat hebben wij op dit moment niet.'' (Kinderopvang regio 3, 10 december 2014)

Opleiden van medewerkers

Vanuit de thema's van de VVE worden medewerkers geschoold, door bijvoorbeeld een buurtsportcoach, in het geven van (groene) beweegactiviteiten. Er zijn geen specifieke workshops voor gezonde voeding.

Ouders

Kinderdagverblijven informeren ouders over gezondheid door een ouderavond aan te bieden. In samenspraak met de oudercommissie zijn kinderdagverblijven verplicht minimaal één keer per jaar een ouderavond te organiseren. Het consultatiebureau wenst dat het over een thema gaat dat op dat moment leeft. Vaak heeft dit geen betrekking op voeding en/of bewegen. Geïnterviewden geven aan dat dit slecht bezocht wordt en dat initiatieven zoals een diëtiste of fysiotherapeut moeilijk van de grond komen door desinteresse van ouders. In het geval van voeding gaat het over wat ouders kunnen doen indien een peuter niet wil eten.

4.1.3 Omgeving

Kinderdagverblijven zien hun rol als gezamenlijke medeopvoeder maar proberen ouders niet op te leggen om op een bepaalde manier te leven. Via sociale media proberen kinderdagverblijven gezonde

traktaties te stimuleren, maar dit is niet verplicht. Ze benadrukken daarbij ook de invloed die kinderen op elkaar hebben in het eetgedrag. Op het kinderdagverblijf eten kinderen dingen die zij thuis niet aangeboden krijgen of zelfs lekker vinden.

Samenwerking

Kinderdagverblijven werken vooral samen met het consultatiebureau om voeding te bespreken. Het consultatiebureau geeft hierbij adviezen waarop het kinderdagverblijf zonodig haar aanbod aanpast. Voor bewegen is dit anders. De geïnterviewden geven aan in het netwerk een kinderfysiotherapie te hebben, maar hier verder weinig mee te doen. De rol van de buurtsportcoach waar kinderdagverblijven mee samenwerken is daarnaast in opkomst.

Binnenruimte

De meeste kinderdagverblijven hebben een binnenruimte die uitdaagt tot bewegen, met uitzondering van twee kinderdagverblijven vanwege ruimtegebrek. Veel kinderdagverblijven zijn gevestigd in een basisschool waardoor zij gebruik kunnen maken van die speelzaal en materialen. Alle kinderdagverblijven hebben genoeg speelmateriaal die is afgestemd op de leeftijd van het kind. Om kinderen te laten spelen, zijn er op het kinderdagverblijf verschillende hoeken ingericht die gericht zijn op activiteiten zoals koken en bouwen. Voor de baby's hebben zij hiervoor een grondbox en speelkleed om vrij te kunnen bewegen.

Buitenruimte

Vooral de buitenomgeving daagt uit tot bewegen, dit geldt voor zowel landelijk als stedelijk gelegen kinderdagverblijven. Niet alle kinderdagverblijven hebben vaste speeltoestellen, maar wel genoeg speelmateriaal en ruimte om te kunnen bewegen. Met de groeiende aandacht voor groen kunnen kinderen op sommige kinderdagverblijven zelfs slapen in buitenbedjes en in enkele gevallen hun eigen groenten verbouwen in een moestuin.

Kinderdagverblijven geven aan wel te worden beperkt in de fysieke omgeving door wettelijke regelgeving (Wkkp). Dit komt door de risico-inventarisatie en eisen van de buitenruimte. Het gaat daarbij om de regels van de ondergrond in verband met het risico op vallen van kinderen. Ook vanuit het pedagogisch kader (4-ogen principe) dat betrekking heeft op het aantal beroepskrachten en aanwezige kinderen. Kinderdagverblijven staan daardoor minder in lijn met hun eigenlijke visie.

4.1.4 Beleid en regelgeving

Kinderdagverblijven schenken aandacht aan voeding en bewegen, maar niet bij alle organisaties zijn er richtlijnen hierover in het beleid opgenomen. De meeste richtlijnen gaan over voeding en niet zozeer over bewegen. De meeste kinderdagverblijven zijn bezig met het herzien van het

voedingsbeleid of het opstellen ervan volgens de richtlijnen van het Voedingscentrum. In het voedingsbeleid is aandacht voor gezond en gevarieerd eten (beperkt suikergebruik). Belangrijke punten zijn hygiëne en gezonde traktaties.

''Momenteel vindt er een laatste check plaats door een diëtiste van het consultatiebureau, die kijkt wat gezonde voeding is en wat kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar nodig hebben.'' (Kinderopvang regio 2, 18 december 2014)

Over de naleving van het beleid geven de geïnterviewden gezonde traktaties aan als terugkerend aandachtspunt in het kinderdagverblijf. Jaarlijks wordt het beleid voorgelegd aan de oudercommissie en komen de traktaties aan bod. Ouders worden bij beleidswijzigingen geïnformeerd middels oudermemo's. Bewegen is onderdeel van het pedagogisch beleid en staat beschreven in de locatiewerkplannen. Daarin staat dat kinderen minimaal één keer per dag naar buiten gaan. Er is geen specifiek beweegbeleid opgesteld. Medewerkers worden geïnformeerd over het beleid in het werkoverleg. Hen wordt gevraagd wat dat betekent voor hun werk en er wordt verteld waarom bepaalde keuzes gemaakt worden.

Voeding

Kinderdagverblijven nemen de voedingsgewoontes van thuis over om zo eenduidig mogelijk te zijn voor het kind. Daarbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met allergieën en diëten. Als dit niet lukt, vraagt het kinderdagverblijf ouders hier zelf voor te zorgen.

Tot een leeftijd van één jaar krijgen baby's voeding die ouders van huis meebrengen. Vanaf het moment dat kinderen vaste voeding krijgen, gaan zij mee in het voedingssysteem van het kinderdagverblijf. Er zijn drie of vier eetmomenten: 's ochtends fruit, 's middags brood en een tussendoortje en in de namiddag een tussendoortje. De tussendoortjes verschillen van rijstwafels tot crackers, wel of niet belegd. Opvallend is dat slechts twee kinderdagverblijven aangeven ook groente aan te bieden als tussendoortje. De eetmomenten moeten gezellig zijn, kinderen worden niet gedwongen te eten en medewerkers eten mee. De meeste kinderdagverblijven bieden geen warme maaltijden aan in verband met de hoge kosten en hoeveelheid regels.

Er wordt aandacht besteedt aan gevarieerd eten. Qua regel 'eerst hartig en dan zoetbeleg' bestaat er verschil tussen de kinderdagverblijven. In de keuze tussen hartig en zoet proberen kinderdagverblijven te variëren, zodat kinderen niet alleen hetzelfde soort beleg krijgen.

''Hartig is ook niet altijd gezond. We willen ze niet leren dat hartig altijd gezond is, en zoetig altijd ongezond. '' (Kinderopvang regio 2, 22 december 2014)

Op het kinderdagverblijf drinken kinderen water, limonade, melk/karnemelk, thee en/of diksap. Een aantal is strikt in het aantal glazen limonade of sap per dag en de momenten. Het kan echter ook zijn dat pedagogisch medewerkers bepalen wanneer het kind genoeg heeft gedronken.

Bewegen

Standaard onderdeel van het activiteitenaanbod is bewegen. In het locatiewerkplan staat dat kinderen elke dag één of twee keer naar buiten gaan. Bij slecht weer maken een aantal kinderdagverblijven gebruik van de speelzaal of binnenruimte, terwijl anderen naar buiten gaan. In het kader van vrije bewegingsruimte (pedagogisch beleid) komt het voor dat kinderen niet te lang mogen zitten in een wipstoeltje of box met beperkte ruimte. Dit is dan opgenomen in het locatiewerkplan.

4.2 Wat is het adoptievermogen van kinderdagverblijven voor de vernieuwing?

Het adoptievermogen van de kinderdagverblijven wordt in kaart gebracht door kenmerken van de innovatie, kenmerken van de gebruiker en kenmerken van de organisatie.

4.2.1 Kenmerken van de innovatie

Alle geïnterviewden vinden het werken aan de gezondheid en het ontwikkeling van het kind heel belangrijk. Zij geven aan al best goed bezig te zijn met de thema's voeding en bewegen. Er is aandacht voor gezonde en verantwoorde voeding en medewerkers proberen zoveel mogelijk te bewegen met de kinderen. Dit zou echter beter vertaald kunnen worden in het beleid teneinde bewustwording te creëren van de noodzaak tot structurele aanpak, geeft een overgrote meerderheid aan.

''Dat we het zo belangrijk vinden zou zich meer kunnen vertalen in plannen.'' (Kinderopvang regio 2, 4 december 2014)

Vignet

Kinderdagverblijven willen weten wat een vignet Gezonde School inhoudt om de precieze meerwaarde ervan te kunnen bepalen. De tijdsinvestering om een vignet te verkrijgen en in stand te houden weegt zeker mee. Liever besteden medewerkers hun tijd aan de kinderen. Geïnterviewden geven aan dat de thema's voeding en bewegen goed zijn voor de profilering en kwaliteit van de kinderopvang. Het draagt tevens bij aan de uitstraling als organisatie. Je laat zo zien dat er bewuste keuzes gemaakt worden.

''Ik doe zelf de rondleiding voor potentiële klanten. Als ik dan vertel over bewegen, merk je dat ouders daar heel enthousiast over zijn.'' (Kinderopvang regio 2, 15 december 2014)

Beleid en doelen

Het bevorderen van een gezonde leefstijl heeft veel raakvlakken met het pedagogisch kader vanuit de Wkkp waarin bewegen en kwaliteit centraal staan. Kinderdagverblijven moeten een juiste keuze maken uit de vele informatie die beschikbaar is over voeding en bewegen en ervaren dit als lastig. Daarnaast associëren zij zichzelf vaker met bewegen en buiten spelen dan met voeding.

Complexiteit

De meerderheid van de geïnterviewden geeft aan dat er niet veel nodig is om structureel en integraal aan de slag te gaan met voeding en bewegen. Een aantal kinderdagverblijven verwacht zelfs dat de Gezonde School methode een kant en klare aanpak is met een vastgelegd stappenplan. Er is vertrouwen in de ervaring van de GGD en een aantal is enthousiast om de methode door te voeren in de gehele kinderopvang. Als gezondheidsadviezen landelijk of via het consultatiebureau afgegeven worden, is het makkelijker voor kinderdagverblijven om medewerking te verkrijgen bij ouders en medewerkers. De eigen gezondheidsbeleving speelt hierin een rol.

4.2.2 Kenmerken van de gebruiker

Het structureel werken aan voeding en bewegen is onderdeel van de dagelijkse ontwikkeling van het kind. Volgens kinderdagverblijven is het spelenderwijs leren de beste manier om kinderen een gezonde leefstijl te leren.

Taak

Alle kinderdagverblijven zien het als hun taak om bezig te zijn met de gezondheid van kinderen en daar zo vroeg mogelijk mee te beginnen. Kinderdagverblijven hebben een voorbeeldfunctie en zien zichzelf als mede-opvoeder en als een professional die kwaliteit levert. Een aantal benoemt dat het kinderdagverblijf maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft in de preventie van overgewicht.

''Onze taak is dat wij het in ieder geval wel goed doen.'' (Kinderopvang regio 2, 10 december 2014)

Relevantie

Kinderdagverblijven vinden het relevant om te werken aan een gezonde leefstijl, maar weten niet goed wat de richtlijnen zijn voor gezonde voeding en bewegen. Sommigen benoemen dat er weinig

informatie is over de normen ervan. Voor de Buitenschoolse opvang bestaan die normen wel, aldus de eigenaar van kinderdagverblijf Beertje Puk.

Implementatie

De geïnterviewden zijn ervan overtuigd dat ze structureel kunnen werken aan een gezonde leefstijl binnen het kinderdagverblijf. Ook al zijn voeding en bewegen thema's die leven bij het kinderdagverblijf, pedagogisch medewerkers zijn vooral creatief met bewegingsactiveiten. Ouders zouden meer geïnformeerd kunnen worden over het belang van een gezonde leefstijl, wat begint met bewustwording bij de medewerkers van het kinderdagverblijf. Voor vaste medewerkers die al heel lang een bepaalde manier van werken gewend zijn, is het lastiger om veranderingen te realiseren.

''Je ziet dat als iets nieuws begint dat iedereen heel enthousiast is. Maar er moet heel veel gebeuren, dus dan zie je dat het enthousiasme toch afneemt.'' (Kinderopvang regio 2, 15 december 2014)

4.2.3 Kenmerken van de organisatie

Het beleid in de organisatie wordt opgesteld door de directeur in samenspraak met de directeur. Pedagogisch medewerkers worden betrokken bij het beleid en mogen hun mening geven. Zij voeren het beleid uit en wanneer een doel niet werkbaar is, koppelen zij dat terug. Pedagogisch medewerkers worden geacht op de hoogte te zijn van het beleid. In sommige gevallen moeten zij daar zelfs voor tekenen.

Veranderende omgeving

De kinderopvangbranche zit in een veranderende omgeving. De meerderheid van de kinderdagverblijven geeft aan te moeten overleven. Er zijn reorganisaties en er heerst veel onzekerheid over het voortbestaan van de organisatie. Ouders brengen hun kinderen niet alleen minder vaak, maar ook minder dagdelen naar het kinderdagverblijf. In landelijk gelegen gebieden kiezen ouders meer voor alternatieve opvang zoals opa's en oma's. Ouders gaan steeds bewuster om met de keuze van een kinderdagverblijf. Ook zijn ze kritischer in hun keuze en zoeken een kinderdagverblijf dat voldoet aan al hun eisen.

Noodzaak

Kinderdagverblijven zien gezondheidsbevordering meer als toegevoegde waarde en minder als noodzaak. Ze stellen dat hun beleid op orde is en dat ze veel doen aan bewegen. Overgewicht speelt niet echt een rol binnen kinderdagverblijven.

4.3 Welke ondersteuning hebben kinderdagverblijven nodig van de GGD?

Om structureel en integraal aan de slag te gaan met voeding en bewegen binnen het kinderdagverblijf, geven bijna alle geïnterviewden aan goed geïnformeerd te willen worden over wat nu precies een gezonde kinderopvangorganisatie is. Omdat niet duidelijk is wat de normen zijn van gezonde voeding en bewegen, hebben ze behoefte aan gerichte informatie. Die informatie verwachten ze meer te krijgen van de GGD en/of het consultatiebureau. Ook zijn kinderdagverblijven zoekende naar voorbeelden van een 'gezonde' kinderopvangorganisatie en hoe daaraan invulling gegeven wordt. Verder willen ze graag weten in hoeverre ze zelf al goed bezig zijn op het gebied van gezonde voeding en bewegen als uitgangspunt voor structurele gezondheidsbevordering.

De geïnterviewden hebben behoefte aan iemand van de GGD en/of het consultatiebureau die periodiek langskomt op locatie om enerzijds de rol van pedagogisch medewerkers te observeren bij het bevorderen van gezond gedrag bij kinderen en anderzijds de risicofactoren te kunnen signaleren. Tevens kan deze persoon medewerkers helpen bij vragen over voeding en bewegen en keuzemogelijkheden aanbieden.

Een andere manier om de structurele en integrale aanpak van het kinderdagverblijf te borgen, is het werken met een eigen checklist die structureel nagelopen kan worden door medewerkers op verschillende niveaus zoals signalering educatie, omgeving, en beleid en regelgeving.

Een aantal kinderdagverblijven geeft aan behoefte te hebben aan voorbeelden van samenwerking met andere partijen zoals sportverenigingen om elkaar te kunnen versterken en meer gebruik te maken van elkaars netwerk. Een enkel kinderdagverblijf ziet mogelijkheden in publiek-private samenwerking.

5. Conclusie

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de analytische vraagstellingen:

- In hoeverre is gezondheidsbevordering implementeerbaar bij kinderdagverblijven, rekening houdend met het adoptievermogen?
- Welke ondersteuning wensen kinderdagverblijven van GGD-NOG voor het implementeren en realiseren van gezondheidsbevordering?

Kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland zijn heel actief op het gebied van gezondheid en meer specifiek de thema's voeding en bewegen. Met het opstellen en herzien van het voedingsbeleid tonen kinderdagverblijven aan aandacht te besteden aan de vier niveaus van gezondheidsbevordering: signaleren, educatie, omgeving, en beleid en regelgeving. Gezonde traktaties is een thema dat telkens terugkeert in ieder kinderdagverblijf maar dat nog steeds niet voldoende wordt nageleefd door ouders. Daarbij kan de vraag gesteld worden of de aanpak die gehanteerd wordt wel zo effectief is.
De richtlijnen voor voeding binnen het kinderdagverblijf zijn beter op orde dan die voor bewegen. Richtlijnen voor bewegen zijn nog summier, ondanks dat veel beweegactiviteiten worden ondernomen. De vertaling naar beleid blijft achter waardoor bewegen, naast dagelijks buiten spelen, nog weinig structureel is. Erkende interventies zijn nauwelijks bekend. Kinderdagverblijven kunnen een verbeterslag doen op het vroegtijdig signaleren van risicofactoren. Zij delen hun zorgen op kindniveau met het consultatiebureau maar de samenwerking is over het algemeen niet structureel.

Kinderdagverblijven staan open voor het implementeren van de Gezonde School methode. Belangrijk is dat medewerkers direct betrokken worden bij het nemen van de adoptiebeslissing zodat de kans groter is dat daadwerkelijk structureel en integraal ingezet wordt op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Medewerkers worden wel betrokken bij het beleid, maar de beslissing wordt genomen door het management/directeur.

Een gezonde leefstijl past bij de doelen van het kinderdagverblijf in het kader van de brede ontwikkeling van het kind. Draagvlak voor gezondheidsbevordering is aanwezig bij het management, maar pedagogisch medewerkers zijn de uitvoerder van de methode. Het management verwacht dat er niet veel aanpassingen nodig zijn in de huidige werkwijze van het kinderdagverblijf.
Kinderdagverblijven verwachten dat de Gezonde School methode een kant en klare aanpak is en praktisch uitvoerbaar is voor medewerkers. Er is vertrouwen in de vaardigheden van de medewerkers en het management. Voor implementatie van gezondheidsbevordering is kennis over gezonde voeding en bewegen een eerste vereiste voor het creëren van bewustwording bij pedagogisch medewerkers. Het is daarbij van belang dat duidelijk is wat de achterliggende visie is en dat er structurele aandacht is voor een gezonde leefstijl om daadwerkelijk gedragsverandering te realiseren.

De kinderopvangbranche zit in een veranderende omgeving. Er heerst veel onzekerheid over het voortbestaan van kinderdagverblijven en er zijn veel reorganisaties. Kinderdagverblijven zien het bevorderen van een gezonde leefstijl vooral als toegevoegde waarde. Sommigen willen zich daarin graag onderscheiden. Samenwerking met sportverenigingen en buurtsportcoaches zou meer vorm kunnen krijgen zodat beide partijen elkaar kunnen versterken.

Op grond van bovenstaande conclusies kunnen we de vooraf gestelde hypothese bevestigen dat de Gezonde School methode bij zal dragen aan gezondheidsbevordering binnen het kinderdagverblijf.

Ondersteuning GGD-NOG

Kinderdagverblijven hebben vooral behoefte aan gerichte informatie over voeding en bewegen om structurele en integrale gezondheidsbevordering te implementeren. GGD-NOG heeft ervaring met het informeren en adviseren van het onderwijs (op lokaal en regionaal niveau) over het bevorderen van de gezonde leefstijl en houdt de landelijke ontwikkelingen bij. In het kader van de Gezonde School heeft de GGD Gezonde School adviseurs in dienst en beschikt over onderzoeksgegevens van kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar. Het totaalpakket van ervaring van de GGD sluit aan bij de gewenste ondersteuning van de kinderdagverblijven op het gebied van gezondheidsbevordering en is in principe ook toepasbaar op de kinderopvang. Echter wel met de kanttekening dat kennis over deze doelgroep nog ontbreekt.

Kinderdagverblijven willen weten waar ze aan moeten voldoen om een gezonde organisatie te zijn en willen vooral de bevestiging of ze al goed bezig zijn met structurele en integrale gezondheidsbevordering. De aanpak Gezonde Kinderopvang wordt echter niet ontwikkeld door de GGD-NOG maar wordt op landelijk niveau vastgelegd. De GGD kent daardoor niet de specifieke invulling van deze methode.

Kinderdagverblijven geven aan te willen werken aan gezondheidsbevordering, maar weten niet precies hoe daar invulling aan te geven zodat er meer structureel en integraal blijvende aandacht voor is. Een periodieke screening of observatie door derden zou daarbij helpen. Het is de vraag of dit tot het takenpakket behoort van GGD-NOG.

6. Discussie

De theoretische en praktische relevantie van het onderzoek wordt nader toegelicht in dit hoofdstuk waarbij ingezoomd wordt op de beperkingen die dit onderzoek met zich meebracht. Ook worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek voor een aanpak als de Gezonde School methode binnen kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland.

Het onderzoek kan worden gezien als redelijk representatief omdat tien van de elf uitgenodigde kinderdagverblijven hebben deelgenomen aan het interview en alleen personen die aan de inclusiecriteria voldeden, werden opgenomen. De aselecte steekproef die daarvoor is getrokken beperkte het vertekende beeld van de doelgroep.

6.1 Theoretische relevantie

De verwachting was dat de Gezonde School methode bij zou dragen aan gezondheidsbevordering binnen het kinderdagverblijf. Deze hypothese werd bevestigd in de empirie. Zowel in de empirie als in de theorie komt naar voren dat kinderdagverblijven veel doen op het gebied van gezondheid, maar dat een plan, een visie erachter mist.
Er is nog maar weinig onderzoek beschikbaar over gezondheidsbevordering in kinderdagverblijven. Wel is er specifiek onderzoek gedaan naar de rol van pedagogisch medewerkers, echter nog niet naar het management en het beleid binnen het kinderdagverblijf. Dit onderzoek heeft een verkennende functie voor onderzoek naar voeding en bewegen in het kinderdagverblijf en met name de huidige ontwikkelingen binnen het RIVM naar Gezonde Kinderopvang.
Daarnaast is er nog weinig bekend over het adoptievermogen van kinderdagverblijven. Dit onderzoek geeft een eerste inzicht hierin met betrekking tot implementatie van gezondheidsbevordering.

6.2 Praktische relevantie

GGD-NOG wilde inzicht verkrijgen in de toepasbaarheid van de Gezonde School methode bij kinderdagverblijven. Daarvoor is in dit onderzoek antwoord gegeven op de vraag wat kinderdagverblijven doen op het gebied van gezondheidsbevordering, zowel in de brede zin van het woord als meer specifiek het bevorderen van een gezonde leefstijl. Dit was nog onduidelijk voor de GGD. Ook is antwoord gegeven op welke aspecten van invloed zijn op de implementatie van gezondheidsbevordering, ofwel het adoptievermogen van kinderdagverblijven. Dit met als doel de implementatie van de Gezonde School methode. Als laatste is onderzocht welke ondersteuning gewenst is van de GGD.
Met de implementatie van een aanpak als de Gezonde School methode kan GGD-NOG een bijdrage leveren aan de gezondheid van kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar. Het onderzoek heeft geleid tot aanbevelingen waarmee stappen kunnen worden gezet om meer inzicht in de doelgroep te verkrijgen.

Dit geldt overigens niet alleen voor GGD-NOG maar ook voor GGD Nederland en alle andere preventiepartners die de rol als Gezonde School adviseur op zich nemen.

Het onderzoek is tevens relevant voor het RIVM dat momenteel bezig is met de ontwikkeling van een aanpak Gezonde Kinderopvang. Specifieke informatie over de thema's voeding en bewegen binnen het kinderdagverblijf kan bijdragen aan het vinden van de juiste aansluiting bij de doelgroep.

6.3 Begrenzingen onderzoek

De onderzoeker heeft de resultaten zelf op waarde moeten schatten. Daardoor zijn resultaten hooguit indicatief. Bovendien waren de resultaten gebaseerd op zelfrapportage, wat kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. Om de geïnterviewden te stimuleren open en eerlijke te antwoorden, werd benadrukt dat de gegevens van het kinderdagverblijf anoniem blijven en dat in geval van citaten slechts de overkoepelende organisatie benoemd wordt.
Door de methode van onderzoek was de manier van vragen niet sterk gestandaardiseerd, waardoor de antwoorden niet altijd eenduidig zijn. Er is sprake van een spreiding van de resultaten wat het moeilijker maakte om conclusies te trekken. De onderzoeker heeft daarom hulp gezocht bij twee gezondheidsbevorderaars die van het begin af aan betrokken waren bij het onderzoek. Om de onderzoeksresultaten te versterken was de combinatie van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek beter geweest. Het onderzoek richtte zich op kinderdagverblijven terwijl de Gezonde Kinderopvang geïmplementeerd gaat worden bij een bredere doelgroep dan alleen de kinderdagverblijven.
De onderzoeker heeft zich daarnaast vooral gericht op het adoptievermogen van kinderdagverblijven voor het implementeren van gezondheidsbevordering. Gebruikmaken van theorieën over de veranderingsbereidheid had voor meer structuur kunnen zorgen tijdens het interviewen.

6.4 Vervolgonderzoek

De Gezonde School methode heeft een betere kans te worden geïmplementeerd wanneer er draagvlak bij pedagogisch medewerkers aanwezig is. De resultaten uit dit onderzoek zijn gebaseerd op de meningen en verwachtingen van het management, terwijl de medewerkers degenen zijn die structureel en integraal aan de slag gaan met het bevorderen van een gezonde leefstijl. Voor vervolgonderzoek is het daarom interessant om het draagvlak van medewerkers in kaart te brengen.
Verder is het ook belangrijk te weten wat Gezonde School adviseurs kunnen betekenen in de ondersteuning van kinderdagverblijven bij structurele en integrale gezondheidsbevordering. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op welke manier de GGD daarbij een rol zou kunnen spelen.

6.5 Vergelijking met andere onderzoeken

Onderzoek door het RIVM (Bos et al., 2014) naar de Gezonde Kinderopvang toont aan dat kinderopvangorganisaties al veel ondernemen op het gebied van gezondheid in de brede zin van het woord. De resultaten uit dit onderzoek bevestigen dat ook voor de specifiek de thema's voeding en bewegen een plan, een visie, erachter mist bij kinderdagverblijven.

Volgens het management van kinderdagverblijven is kennis over voeding en bewegen een eerste vereiste in de implementatie van een aanpak als de Gezonde School. Dit resultaat komt overeen met onderzoek van Van Overbeek et al. (2005) naar de rol van de kinderopvang in de preventie van overgewicht. Dat geldt tevens voor de invloed die het kinderdagverblijf heeft op voeding en beweging (Van Gubbels et al., 2010)

In vergelijking met het RIVM (2014) waarbij onderzoek is gedaan naar de ondersteuningsbehoefte van kinderopvangorganisaties voor gezondheidsbevordering, is in dit onderzoek een verdiepingsslag gemaakt en in kaart gebracht welke ondersteuning kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland specifiek nodig hebben voor de thema's voeding en bewegen.

7. Aanbevelingen

Bij de implementatie van de Gezonde School methode kan de GGD een rol spelen bij het informeren, motiveren en begeleiden van de kinderdagverblijven. We onderscheiden daartoe de volgende aanbevelingen, gebaseerd op de voorbeeldstrategieën van Brug (2012) die kunnen worden toegepast bij het invoeren van veranderingen:

Informeren

Een eerste stap voor de GGD bij de implementatie van een aanpak als de Gezonde School bij kinderdagverblijven is het management informeren over gezondheidsbevordering en het belang van het structureel en integraal werken aan een gezonde leefstijl en het vertalen hiervan in beleid. Dit onderzoek kan samen met de verkenning Gezonde Kinderopvang van het RIVM (2014) dienen als uitgangspunt. De GGD kan tevens informeren over het huidige aanbod van erkende interventies voor kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar.

Hoe > Informatievoorziening door de GGD aan kinderdagverblijven gericht op:

- *Gezonde School*
- *Gezondheidsbevordering: gezonde leefstijl*
- *Erkende interventies*

Motiveren

Om draagvlak te creëren bij degenen die de Gezonde School methode uitvoeren, is het belangrijk dat pedagogisch medewerkers van het begin af aan betrokken worden bij het onderwerp gezondheidsbevordering en het belang van de gezonde leefstijl. Een mogelijke strategie is om sleutelfiguren te identificeren binnen het kinderdagverblijf die als voortrekker fungeren en het draagvlak vergroten bij de medewerkers waarmee niet alleen bewustwording maar ook daadwerkelijke gedragsverandering gerealiseerd kan worden. Als het thema voeding en bewegen structureel wordt ingebed in het kinderdagverblijf, zullen ook ouders meer geïnformeerd raken over het belang van een gezonde leefstijl.

Hoe > Sleutelfiguren identificeren binnen het kinderdagverblijf door management

Begeleiden

Kinderdagverblijven zijn al heel actief op het gebied van voeding en bewegen maar de achterliggende gedachte van het belang van een gezonde leefstijl mist. De GGD zou haar adviseurs in kunnen zetten voor het ondersteunen van kinderdagverblijven bij het implementeren en realiseren van gezondheidsbevordering. Daarvoor is wel eerst kennis nodig van de nieuwe doelgroep over hoe de

kinderopvang is georganiseerd is en welke aandachtspunten er zijn vanuit de wet- en regelgeving met betrekking tot gezondheid (kind-ratio, 4-ogen principe en eisen aan de fysieke omgeving).

Om de kennis en vaardigheden van pedagogisch medewerkers op het gebied van gezondheids-bevordering en meer specifiek de thema's voeding en bewegen te vergroten zou de GGD als vraagbaak kunnen dienen voor medewerkers.

Hoe > GGD verdiept zich in de doelgroep en ondersteunt het kinderdagverblijf

Literatuurlijst

Achterbergh, J., Benschop, Y., Hendriks, P. & Ven, P. van de. (2013) *Op zoek naar het andere*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers

AD (2014) Geraadgpleegd op: http://www.ad.nl/ad/nl/1003/You/article/detail/3639097/2014/04/22/Baby-s-bewegen-te-weinig-en-worden-dik.dhtml

Berg, S. W. van den., Scholtens, S., Wijga, A. H., Verschuren, W. M. M., & Boer, J. M. A. (2006). *Overgewicht bij jonge kinderen en volwassenen:* Kwantificeren van de kloof tussen energie-inneming en energieverbruik. Bilthoven: RIVM

Boot, M.W. M. N., Assema van, P., Hesdahl, B., Leurs, M., & Vries, de N. K. (2010). *Gezondheidsbevordering en voortgezet onderwijs:* verstandshuwelijk of echte liefde? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen

Bos, V., Jongh de. E.M., Paulussen, T. G. W. M. (2010) *Gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs. Stand van zaken, effectiviteit en ervaringen van GGD'en en scholen.* Bilthoven: RIVM.

Bos, V., Damhuis, M. R., Ruiten, van R. M., Sturkenboom, M. J. T., Veling, M. L. (2014). *Verkenning aanpak Gezonde Kinderopvang*: Verkennend onderzoek naar de mogelijkheden voor een aanpak Gezonde Kinderdagverblijven en Gezonde Peuterspeelzalen. Bilthoven: RIVM

Brug, J., Assems van. P., Lechner, L. (2010). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Een planmatige aanpak. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014). Geraadpleegd op: http://www.cbs.nl/nl- NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3651-wm.htm

http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheidwelzijn/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3874-wm.htm

http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/incidenteel/maatwerk/2013-gezondheidsmonitor2012-mw.htm

Christakis, D. A., Ebel, B. E., Rivara, F. P., et al. (2004). *Television, video and computer game usage in children under 11 years of age*. J Pediatr

Fleuren, M., Wiefferink, K., Paulussen, T. (2010) *Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties.* Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen

Generation R (2014) Geraadpleegd op: http://www.generationr.nl/het-onderzoek/wat-doet-generation-r.html

GGD NOG (2013) *Jeugdgezondheidszorg GGD Gelre-Ijssel 2008-2010* Geraadpleegd op:

Geraadpleegd op: http://www.ggdnog.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=15684&name=24.-Jeugdgezondheidszorg-regio-Gelre-IJssel-2008-2010&rnd=635565214928468000

GGD NOG (2014). *Jaarverslag 2013* Geraadpleegd op: http://www.ggdnogjaarverslag.nl/#p=22 http://www.ggd.amsterdam.nl/jeugd-0/toezicht/

GGD NOG (2014) Geraadpleegd op: http://www.ggdnog.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=15969&name=Organogram-2013&rnd=635565206355644000

GGD Kennis net (2014) *Kwaliteit, toezicht en handhaving in de kinderopvang* Geraadpleegd op: Geraadpleegd op: http://www.ggdkennisnet.nl/?file=2706&m=1311086239&action=file.download

Gubbels, J., Kremers, S., Thijs, C., Stafleu, A., Kann van D., Vries, de S. & Vries, de N. (2010). *De invloed van het kinderdagverblijf op voeding en beweging.*

Healthylives (2010) Geraadpleegd op: http://www.healthylives.nl/medisch/baby/babys-en-peuters-met-overgewicht

Kiddo (2014) Geraadpleegd op: http://www.kiddo.net/het-belang-van-bewegen-voor-jonge-kinderen/1024010

Kindermonitor (2014) *Tabellenboek region Noord- en Oost-Gelderland* Geraadpleegd op: http://www.ggdnog.nl/GetDocument.ashx?Source=documentoverview&DocumentID=22697&rnd=635564844986012000

Kist-van Holthe, J. E., Beltman, M., Bulk-Bunschoten, A. M. W., L'Hoir, M., Kuijpers, T., Pijpers, F., Renders, C. M., Timmermans-Leenders, E. P., Blok, D-I. J., Veer van de, M., HiraSing, R. A., Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health Program planning:* An educational and ecological approach. New York: McGraw-Hill Companies.

Kloeze, E. (2009) *Het gewicht en de conditie van jonge kinderen gerelateerd aan voeding, beweging en slaap:* een dwarsdoorsnede onderzoek in de gemeente Winterswijk. Enschede: Universiteit Twente

L'Hoir, M. P., Boere-Boonekamp, M. M., Beltman, M., Bruil, J., Dijkstra, N. & Engelberts, A. C. (2008). *Overgewicht en obesitas bij jonge kinderen (0-4 jaar):* gedrag en opvattingen van ouders. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Liem, E.T. (2010). *Development of overweight in adolescence:* Genes, growth & mood. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Loketgezondleven (2014) *Interventie Lekker Fit! Kinderdagverblijf* Geraadpleegd op: http://www.loketgezondleven.nl/i-database/bijlagen/Interventie1402174/Erkenning/Beschrijving%20Lekker-Fit-Kinderdagverblijf.pdf

Loketgezondeleven (2014) *Brochure Gezonde School* http://www.loketgezondleven.nl/object_binary/o17989_Flyer-Gezonde-School-%28GGD-Rotterdam-Rijnmond%29.pdf

http://www.loketgezondleven.nl/object_binary/o15656_2011-056-Gezondheidsbevordering-op-school_zonder-bijlagen.pdf

http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-uitvoeren/samenwerken/overzicht-van-partners/ggd/

Mens en gezondheid (2014) Geraadpleegd op: http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/kinderen/68147-voeding-bewegen-en-kinderen.html

Mol, van E. (2004*) Toenemend overgewicht bij kinderen. Nutrinews*: Nr 2

Nederlands Jeugdinstituut (2014) Geraadpleegd op: http://www.loketgezondleven.nl/i-database/bijlagen/Interventie1402174/Erkenning/Beschrijving%20Lekker-Fit-Kinderdagverblijf.pdf

Nederlandse Vereniging van Dietisten (2014) *Brochure Overgewicht bij schoolkinderen in Nederland: prevalentie diagnose, preventie en behandeling* Geraadpleegd op: http://www.gezondebasis.nl/images/pdf/Intermediairbrochure.pdf

Nu (2010) Geraadpleegd op: http://www.nu.nl/wetenschap/2380417/kinderen-dagverblijf-vaker-dik.html

Onderwijsagenda Sport, Bewegen en een Gezonde Leefstijl in en om het onderwijs, 2012-2016 Geraadpleegd op: http://www.poraad.nl/sites/www.poraad.nl/files/procedure_gezonde_school_adviseur_-_oost.pdf

Overbeek, K., Bakker, I., Vries, S.I. de, Hopman-Rock, M. (2005) *Rol kinderopvang in de preventie van bewegingsarmoede en ongezonde voeding bij 0-4 jarigen: De rol die leid(st)ers van kinderdagverblijven en peuterspeelzalen kunnen en willen spelen bij de preventie*. Leiden: TNO.

Kinderopvang totaal (2014) Geraadpleegd op: http://www.kinderopvangtotaal.nl/Kinderdagverblijven/Actueel/2014/2/RIVM-onderzoekt-mogelijkheid-Gezonde-Kinderopvang-1459682W/?intcmp=terug-naar-artikel

Vilans (2013*) de implementatiewijzer* Geraadpleegd op: https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/69713/27788/ImplementatieWijzer.pdf

RIVM (2004) *Ons eten gemeten: gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*. Bilthoven Geraadpleegd op: http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555007.pdf

RIVM (2014) *Handleiding Gezonde School: toelichting voor gebruikers* Geraadpleegd op: http://www.sportindebuurt.nl/dotAsset/c8eaf6ed-2818-45cd-806f-965f1f852ea1.pdf

Wagemakers, A. & Vaandrager, L. (2007) *Modellen voor de sociale en fysieke determinanten van gezondheid: in opdracht van het NISB ten behoeve van Pilot Project* 'Overgewicht in de wijk'. Gezondheid en Maatschappij: Wageningen Universiteit

Bijlagen

Bijlage 1 Wetgeving kinderopvang

Wet- en regelgeving

Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen (Wkkp)

De Wet kinderopvang, die in 2005 in werking is getreden, heeft enerzijds tot doel om de kwaliteit van de kinderopvang te waarborgen en anderzijds om de combinatie arbeid en zorg te vergemakkelijken. In 2010 is de wet gewijzigd en zijn peuterspeelzalen (augustus 2010) en gastouders (januari 2010) aan de wet toegevoegd. Sindsdien heet de wet: Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen (Wkkp).

De definitie van kinderopvang in de Wkkp is:
'het bedrijfsmatig en anders dan om niet verzorgen, opvoeden en bijdragen aan de ontwikkeling van kinderen tot de eerste dag van de maand waarop het t basisonderwijs voor die kinderen begint'.

Dit houdt in dat alleen kinderopvang die zowel bedrijfsmatig én tegen een vergoeding plaatsvindt én verzorging en opvoeding biedt én bijdraagt aan de ontwikkeling van een kind in de zin van de wet (Wkkp)(formele) kinderopvang is. Kinderdagverblijven, centra voor buitenschoolse opvang (voor- en naschoolse opvang en vakantieopvang) en gastouderopvang zijn dus formele kinderopvang. Onder informele kinderopvang wordt gratis opvang door opa, oma of buurvrouw verstaan.

In de Wkpp staan de kwaliteitseisen genoemd waaraan de kinderopvangvoorzieningen moeten voldoen. De globale eis die in de wet zelf staat is het bieden van verantwoorde kinderopvang.
'Onder verantwoorde kinderopvang wordt verstaan: opvang die bijdraagt aan een goede en gezonde ontwikkeling van het kind in een veilige en gezonde omgeving (artikel 1.49).'

De definitie van peuterspeelzaalwerk is sinds de invoering van de Wet OKE in 2010:
'de verzorging, opvoeding en het bijdragen aan de ontwikkeling van kinderen uitsluitend bestemd voor kinderen vanaf de leeftijd van twee jaar tot het tijdstip waarop die kinderen kunnen deelnemen aan het basisonderwijs'.

Doordat kinderopvang en peuterspeelzaalwerk per 1 januari 2016 waarschijnlijk aan dezelfde kwaliteitseisen moeten voldoen, worden veel peuterspeelzalen overgenomen of omgevormd tot kinderopvang. Bij deze overgang of omvorming wordt soms gekozen voor het hanteren van langere dagdelen dan vóór de Wet OKE het geval was. Soms blijven organisaties kortdurende peuteropvang aanbieden met een gemeentelijke subsidie. Ongeveer tien procent van het traditionele peuterspeelzaalwerk is in 2012 al omgevormd tot peuteropvang [2].

Wet verplichte meldcode en kindermishandeling

Vanaf 1 juli 2013 zijn kinderopvangorganisaties wettelijk verplicht een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling te hebben en het gebruik van deze meldcode te bevorderen. Dit staat vermeld in de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De wet geldt voor de sector kinderopvang, maar ook voor een aantal andere sectoren. De meldcode helpt professionals juist

te reageren bij signalen van geweld. Daarnaast is een wettelijke meldplicht ingevoerd voor een vermoeden van een geweld- of zedendelict tegen een kind door een collega. Dit houdt in dat een houder van een kinderopvangorganisatie verplicht is om contact op te nemen met een vertrouwensinspecteur als er aanwijzingen zijn dat een werknemer een geweld of zedendelict begaat of heeft begaan en een kind hiervan het slachtoffer is. Dan moet hij direct overleggen met de vertrouwensinspecteur van de Inspectie van het Onderwijs.

Vierogenprincipe kinderdagverblijven

Vanaf 1 juli 2013 is het vierogenprincipe verplicht voor kinderdagverblijven. Dit vierogenprincipe houdt in dat de houder van een kindercentrum de dagopvang zodanig organiseert dat er altijd een andere volwassene moet kunnen meekijken of meeluisteren met de beroepskracht. Het principe is bedoeld om de veiligheid in de kinderdagverblijven te vergroten [15, 16]. Het vierogenprincipe gaat ook gelden voor de peuterspeelzalen [29].

Bouwbesluit

Sinds 2005 bevat het Bouwbesluit specifieke eisen voor de kinderopvang. Kindercentra moeten zorgen voor passend ingerichte ruimtes voor spelen en rusten. De ruimtes moeten afgestemd zijn op de leeftijd en het aantal op te vangen kinderen. Deze eisen zijn te vinden in het Bouwbesluit 2012 en het
Besluit kwaliteit kinderopvang en peuterspeelzalen. De meeste specifieke eisen gelden voor kinderopvang waar geslapen wordt en kinderopvang voor kinderen jonger dan vier jaar [30]. Daarnaast zijn er in het bouwbesluit aangepaste maatregelen voor het onderdeel ventilatiecapaciteit (onderdeel van binnenmilieu) waaraan kinderopvangorganisaties per april 2017 moeten voldoen. Warenwetbesluit attractie- en speeltoestellen Als kinderopvangorganisaties gebruikmaken van speeltoestellen, vallen deze onder de wetgeving van het Warenwetbesluit attractie-en speeltoestellen. Deze wetgeving geeft aan dat speeltoestellen veilig moeten zijn. Daarnaast moeten nieuwe speeltoestellen van een certificaat van typekeuring zijn voorzien [31].

Daarnaast wordt in de Wkkp een aantal concrete kwaliteitseisen genoemd zoals:

- de aanwezigheid van een risico-inventarisatie veiligheid en gezondheid
- de aanwezigheid van een pedagogisch beleidsplan
- het organiseren van een oudercommissie en inspraak van ouders in het
- pedagogisch beleid
- het gebruik van de Nederlandse taal als voertaal
- de aanwezigheid van een verplichte Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG)
- voor de houder en het personeel
- eisen met betrekking tot de groepsgrootte
- eisen met betrekking tot de beroepskracht-kind ratio
- eisen met betrekking tot de grootte van de verblijfsruimten (binnen en
- buiten)
- eisen met betrekking tot de afhandeling van klachten
- eisen met betrekking tot de opleiding en deskundigheid van het personeel (Bos et al., 2014)

Bijlage 2 Pedagogisch beleid kinderopvang

In de Wkkp worden de volgende vier opvoedingsdoelen genoemd

1. bieden van emotionele veiligheid
2. stimuleren van de ontwikkeling van sociale competenties
3. stimuleren van de ontwikkeling van persoonlijke competenties
4. overdracht van waarden en normen

Op basis van initiatief van het Landelijk Pedagogenplatform zijn deze algemene opvoedingsdoelen en een aantal andere thema's verder uitgewerkt en geconcretiseerd tot 16 pedagogische thema's:

1. veiligheid en welbevinden
2. leren en ontwikkelen
3. samenwerken met ouders
4. samenwerken met primair onderwijs
5. samenwerken met partners in het veld en voorzieningen voor jeugd
6. samenwerken in de groep
7. relaties in de groep
8. omgaan met diversiteit
9. zorg en ontwikkeling en gedrag
10. pedagogische doelen
11. (basis)communicatie en interactievaardigheden
12. steunen en stimuleren van spel en activiteiten
13. indeling en inrichting van buiten- en binnenmilieu
14. dagritme en groepssamenstelling
15. observeren, volgen en plannen
16. kinderparticipatie

De uitwerking van deze thema's wordt beschreven in het Pedagogisch kader kindercentra 0-4 jaar. Dit kader biedt concrete handvatten voor de uitvoering op de werkvloer [17, 23].

Wet OKE en harmonisatie kinderopvang

Het kabinet streeft naar een sluitend systeem van voorschoolse voorzieningen voor kinderen van 0 - 4 jaar. De regelgeving ten aanzien van kinderopvang, peuterspeelzalen en voorschoolse educatie, wordt geharmoniseerd [13, 24, 25]. Binnen dit sluitende systeem moeten taalachterstanden bij kinderen vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt. De Wet Ontwikkelingskansen door kwaliteit en educatie (OKE) maakte in 2010 een begin met de harmonisatie van de wet-en regelgeving voor kinderopvang en peuterspeelzalen [10].

De Wet OKE is een wijzigingswet waarmee drie wetten zijn aangepast:

1. De *Wet kinderopvang* is veranderd in de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen. Daarmee worden aan peuterspeelzalen grotendeels dezelfde kwaliteitseisen gesteld als aan de kinderopvang.
2. In de *Wet op het primair onderwijs* (WPO) is opgenomen dat gemeenten afspraken moeten maken over voor- en vroegschoolse educatie (vve)-aspecten als het bereik, de toeleiding, de resultaten en de doorgaande leerlijn. Deze afspraken maken zij met gemeentelijke partners.
3. In de *Wet op het onderwijstoezicht* (WOT) is toezicht op de kwaliteit van de voorschoolse educatie opgenomen door de onderwijsinspectie [14] (Bos et al., 2014)

Bijlage 3 Resultaten onderzoek RIVM Gezonde Kinderopvang

Signalering
Er wordt gewerkt met een kind volgsysteem. Kinderen worden geobserveerd en indien nodig (toestemming ouders) doorverwezen voor extra hulp of zorg. Pedagogisch medewerkers getraind om ontwikkeling in de gaten te houden. Vaak wordt er een overdracht gegeven aan de basisschool wanneer de kinderen vier jaar worden.
Op veel vestigingen is een sociale kaart aanwezig, met daarop alle betrokken organisaties waarmee wordt samengewerkt en waarnaartoe doorverwezen kan worden

- Samenwerkingspartners waarnaar kinderdagverblijven doorverwijzen zijn onder andere: consultatiebureau, MEE, Kentalis, NJi of logopedisten. Naast deze organisaties zijn er ook andere personen en organisaties waarmee kinderopvangorganisaties samenwerken, waaronder: huisartsen, consultatiebureaus, GGD, JGZ, scholen, gemeenten, kinderdagverblijven in de buurt, buurtnetwerken, MOgroep en FCB.

Educatie
Structureel aandacht aan: hygiëne, bewegen, fysieke veiligheid en omgaan met elkaar. Structureel minste aandacht voor mondgezondheid. Groeiende aandacht voor groene omgeving.

Voeding/beweging:

- Voeding: allen bezig met het herzien of opstellen van voedingsbeleid n.a.v. campagne ‘OEPS’ van het Voedingscentrum.

Beweging: bijna alle geïnterviewden zijn niet op de hoogte van (erkende) interventies op het gebied van gezondheid. Activiteiten worden beschreven in werkplannen en dagprogramma’s. Hierin staat beschreven welke activiteiten op de betreffende locatie worden aangeboden tijdens de verschillende ontwikkelingsfasen van een kind. Deze hebben betrekking op verschillende thema’s en worden door de pedagogische medewerkers zelf opgezet (op een spelende manier, door middel van het uitvoeren van activiteiten) en in sommige gevallen externe begeleiders.

Opleiden van medewerkers
Educatiebudget is gezien de marktontwikkelingen voor medewerkers afgelopen jaren flink gekrompen. Daardoor weinig of geen geld beschikbaar voor opleiding. Daar waar mogelijk worden de pedagogisch medewerkers intern opgeleid, bijvoorbeeld door de locatiemanager
of – indien aanwezig – de beleidsmedewerker.

Omgeving
Veel wettelijke regels voor de fysieke omgeving (hygiëne, binnenklimaat, speeltoestellen etc.). Werkt soms belemmerend (bijv. aanbieden van fruit). Vanuit pedagogisch kader aandacht aan sociale omgeving (samenwerken in de groep, communicatie). Geïnterviewden geven aan dat het belangrijk is dat medewerkers het goede voorbeeld geven, maar dat dit niet altijd gebeurt. De eigen gezondheidsbeleving speelt hier een rol.

Voeding/beweging:

- Voeding: alle kinderopvangorganisaties zijn bezig met het herzien of opstellen van beleid of richtlijnen als gevolg van nieuwe adviezen Voedingscentrum. Deze worden door alle geinterviewden als uitgangspunt genomen (Bos et al., 2014)

- Bij kinderdagverblijven is er een maaltijdmoment (brood of soms warme maaltijd) gedurende de opvangperiode.
- De kinderdagverblijven kennen naast het maaltijdmoment ook in de middag een eetmoment (tussendoortje).

Alle geïnterviewde personen geven aan in hun voedingsbeleid aandacht te besteden aan gezonde, verantwoorde voeding (eten, drinken, traktaties). Enkele organisaties geven daarnaast specifiek aan belang te hechten aan het nemen van voldoende tijd voor de eetmomenten en de beleving rondom deze eetmomenten.

Beweging: onderdeel van pedagogisch beleid, met concrete uitwerking in locatiewerkplannen. In het Pedagogisch kader kindercentra 0-4 jaar [23] wordt in een apart hoofdstuk aandacht besteed aan beweging. In een locatiewerkplan kan bijvoorbeeld beschreven staan hoe vaak de kinderen per dag naar buiten gaan om te spelen

Beleid en regelgeving

Gezondheid wordt vooral gelinkt aan kinderziektes en hygiëne en veel minder aan leefstijl.
KDV en PSZ doen al veel op het gebied van voeding en bewegen maar koppelen dat niet aan het thema gezondheid Er zijn veel activiteiten gaande, maar dat een visie, een plan erachter wordt gemist. Beleid en toepasbaarheid in de praktijk moeten verder ontwikkeld worden; de kinderopvang is gebaat bij implementatie in de praktijk.

- Pedagogisch beleidsplan: verplicht op te stellen. Gebaseerd op uitgangspunten Wkkp. Opgesteld conform de zestien pedagogische thema's als uitwerking van de vier opvoedingsdoelen.
- Beleidscyclus: elke organisatie heeft een pedagogisch beleidsplan. Aan de hand hiervan stellen de organisaties protocollen en locatiewerkplannen op. Jaarlijks wordt deze aangepast door het management / een beleidsmedewerker. Op basis van aangepast beleid, passen de pedagogisch medewerkers de locatiewerkplannen aan, en het management de protocollen.

Voeding/beweging:

- Gezondheid: opstellen voedingsbeleid en richtlijnen. Beleid over trakteren. Naleving ouders laat te wensen over.
- Regels over beweging staan beschreven in de locatiewerkplannen. Te denken valt bijvoorbeeld aan: dagelijks buitenspelen of dagelijks een groot fysiek speelmoment (Bos et al., 2014)

Bijlage 4 Kernpunten Gezonde School

Gezonde School modules

- Oriënteren en organiseren: draagvlak creëren bij betrokken partijen en onderzoeken op welke manier de school ondersteuning kan ontvangen
- Schoolprofiel opstellen: wat is de huidige gezondheidssituatie?
- Activiteiten kiezen en uitvoeren: activiteiten die passen bij de gezondheidsthema's waar de school aan wilt werken
- Evalueren

De school staat centraal: de behoeften van de school is het uitgangspunt om gezondheidsbeleid op maat te creëren
Een van de succesfactoren van gezondheidsbevordering is volgens (van der Burgt en van Mechelen-Gevers, 2008) de zorg voor individueel maatwerk. Het is van belang in kaart te brengen waar de school behoefte aan heeft en wat leerkrachten, ouders en leerlingen belangrijk vinden aan te pakken. Met de Gezonde School methode wordt de huidige situatie van de school als startpunt genomen. Daarmee wordt ingespeeld op problemen, wensen en mogelijkheden de kans vergroot op succesvolle implementatie en borging van gezondheidsbevordering op scholen (Loket Gezond Leven, 2014).

1. *Collectieve preventie en individuele leerlingenzorg*:

De koppeling met de collectieve benadering van gezondheid geeft de mogelijkheid om met individuele leerlingenzorg in te spelen op collectieve preventie en andersom. Tevens versterkt het de afstemming met professionals.

2. *Samenwerking met preventiepartners*

Organisaties die scholen kunnen ondersteunen met gezondheidsbevordering en zorg voor individuele scholieren, zoals GGD, GGZ en CJG. Financieel en praktisch meer mogelijk door deze samenwerking (Gezonde School, 2014). Zij kunnen ondersteunen met het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van gezondheidsbevorderende activiteiten.
Het doel hiervan is het gezamenlijk ondersteunen bij integrale en structurele gezondheidsbevordering, het afstemmen van het preventieaanbod en zorg dragen van samenhang in het aanbod (Loket Gezond Leven, 2014)

Bijlage 5 Algemene beschrijving ondersteuning Gezonde School adviseur

Ondersteuning van onderwijsinstellingen

- Signaleert, inventariseert en analyseert regionale ontwikkelingen op het gebied van SBGL.
- Vertaalt deze ontwikkelingen naar voor de Onderwijsagenda SBGL relevante thema's en projecten.
- Verzamelt relevante informatie voor onderwijsinstellingen om standpuntvorming en besluitvorming te stimuleren.
- Bouwt en onderhoudt een netwerk met relevante externe partijen in de regio.
- Geeft uitvoering aan besluiten van de Landelijk Experts en projectleiders van de Onderwijsagenda SBGL.
- Vertegenwoordigt de Onderwijsagenda SBGL in externe overlegvormen; draagt ideeën en boodschap uit.
- Kan het gesprek goed aangaan op leraar, directie en bestuurlijk niveau.
- Verstrekt informatie aan onderwijsinstellingen over beleidsvoornemens, gevolgen, knelpunten en mogelijke oplossingen.
- Stimuleert samenwerking en samenhang richting onderwijs vanuit andere organisaties.

Ontwikkeling inhoudelijke thema's

- Signaleert vanuit de vraag gezamenlijke behoeften bij de onderwijsinstellingen.
- Informeert projectleiders en stelt op hun verzoek projectplanningen op.
- Voert deze projecten zelfstandig uit, signaleert afwijkingen in tijd, budget en kwaliteit en stuurt bij.
- Houdt kennis op relevante onderwerpen gedurende het gehele project bij.
- Zorgt dat het thema deel blijft uitmaken van het gesprek bij de onderwijsinstellingen.

Afstemming interne organisatie

- Neemt deel aan interne overleggen van de Onderwijsagenda SBGL.
- Onderhoudt nauwe samenwerking met de andere ondersteuners en werkt op overstijgende thema's samen met de Landelijk experts.
- Onderhoudt nauwe samenwerking met de Communicatiemedewerkers; stemt af over de te brengen berichtgeving en levert inhoudelijke informatie aan t.b.v. communicatie-uitingen.

Afstemming externe organisaties

- Neemt deel aan externe overleggen van/voor de Onderwijsagenda SBGL.
- Onderhoudt nauwe samenwerking met de andere organisaties die bij de doelen en uitvoering van de Onderwijsagenda SBGL relevant zijn.
- Informeert projectleiders over inhoud en verloop van de externe overleggen (Onderwijsagenda Sport, Bewegen en een Gezonde Leefstijl in en om het onderwijs, 2012-2016).

…het uitvoeren van collectieve preventieactiviteiten ter bevordering van de gezondheid of vermindering van gezondheidsbedreigingen
…het verkennen van draagvlak op scholen voor de invoering van integrale en structurele Gezondheidsbevordering

…het evalueren van collectieve preventieactiviteiten ter bevordering van de gezondheid of vermindering van gezondheidsbedreigingen
…het structureel inbedden van collectieve preventieactiviteiten ter bevordering van de gezondheid of vermindering van gezondheidsbedreigingen
…het opzetten van een projectorganisatie voor integrale en structurele gezondheidsbevordering
…het opstellen van een schoolprofiel
…het signaleren van een individuele zorgbehoefte
…het uitvoeren van activiteiten voor leerlingen met een individuele zorgbehoefte
…het opstellen van een schoolgezondheidsplan.
…het opstellen van een plan van aanpak voor de individuele zorgbehoefte van leerlingen
(Loket Gezond Leven, 2014)

Bijlage 6 Geografisch onderscheid kinderdagverblijven per werkgebied

Regio Achterhoek

Aalten (8)
Aalten (6): dorp
Dinxperlo (2): dorp

Berkelland (21)
Ruurlo (1): stad
Beltrum (2): dorp
Eibergen (4): dorp
Gelselaar (2): buurtschap
Borculo (4): stad
Geesteren (2): dorp
Rekken (2): buurtschap
Neede (2): dorp
Haarlo (2): dorp

Bronckhorst
Vorden (2): dorp
Drempt (1): dorp
Zelhem (3): dorp
Hengelo (3): dorp
Wichmond: dorp
Laag-Keppel: dorp
Steenderen: dorp

Doetinchem
Wehl (4): dorp
Doetinchem (17): stad
Gaanderen (2): dorp

Montferland
Stokkum: dorp
Vethuizen: buurtschap
Didam (7): dorp
'S-Heerenberg (3): stad
Braamt: dorp
Beek: dorp
Zeddam: dorp

Oost Gelre
Lichtenvoorde (4): dorp
Zieuwent: dorp
Harreveld: dorp
Groenlo (2): stad

Oude IJsselstreek

Gendringen (2): dorp
Terborg: stad
Silvolde: dorp
Ulft (2): dorp
Varsseveld (2): dorp

Winterswijk
13: plaats

Regio Midden IJssel / Oost-Veluwe

Apeldoorn
Apeldoorn (53): stad
Ugchelen (2): dorp
Loenen: dorp
Klarenbeek: dorp
Lieren (2): buurtschap
Beekbergen (2): dorp

Brummen
Brummen (5): dorp
Eerbeek (3): dorp
Hall: buurtschap
Empe: buurtschap

Epe
Oene (2): dorp
Epe (7):dorp
Vaassen (6): dorp
Emst: dorp

Hattem
3: stad

Heerde
Heerde (4): dorp
Wapenveld (2): dorp

Lochem
Almen (2): dorp
Lochem (7): stad
Gorssel (2): dorp
Laren (2): dorp
Epse: buurtschap
Barchem: dorp
Eefde: dorp
Harfsen: buurtschap

Voorst
Twello (4): dorp
Terwolde: dorp
Wilp: dorp
Teuge: dorp
Voorst: dorp
Zutphen
Zupthen (16): stad
Warnsveld (3): dorp

Noord-Veluwe
Elburg
Elburg (2): stad
't Harde: dorp

Ermelo
5: dorp

Harderwijk
7: stad

Nunspeet
3: dorp

Oldebroek
Hattemerbroek: dorp
Oldebroek (3): dorp
Oosterwolde: dorp
't Loo Oldebroek: buurtschap
Wezep (7): dorp

Putten
6: dorp

Per werkgebied
Achterhoek
Aantal dorpen: 75
Aantal steden: 28
Aantal buurtschappen: 5
Totaal 108 KDV

Midden-IJssel / Oost-Veluwe
Aantal dorpen: 54
Aantal steden: 79
Aantal buurtschappen: 6
Totaal 139 KDV

Noord-Veluwe

Aantal dorpen: 27
Aantal steden: 9
Aantal buurtschappen: 1
Totaal 37 KDV

Totaal alle werkgebieden (= 284 KDV)
Aantal dorpen: 156
Aantal steden: 116
Aantal buurtschappen: 12

Bijlage 7 Overzicht kinderopvangorganisaties regio Noord- en Oost-Gelderland

- Partou (voorheen Allio)
- Avonturijn
- Kinderopvang Bambi (Aalten)
- Beertje Puk (Ermelo)
- Catalpa, overgenomen door Small Steps
- Christoforus Kinderopvang
- Stichting de Blokkentoren
- Stichting DOK13
- Stichting Eigen en Wijzer
- Estro Kinderopvang BV
- Fleks Kinderopvangorganisatie BV
- Fris!Kinderdagverblijven
- Hetkindercentrum.nl (Zutphen)
- Stichting Kinderopvang Humanitas
- Juut & Co
- KOM Kinderopvang Op Maat
- KoningsKIND Apeldoorn BV
- Stichting Koppel
- Mam's Kinderopvang
- Markant Kinderopvang BV
- Kinderopvang OOK
- Stichting Oqido Spelenderwijs
- Stichting Prokino
- Stichting Kindercentra Puck & Co
- Kinderopvang Romi BV
- Stichting Kindercentra Brummen en Eerbeek (SKBE)
- Stichting Kindcentrum Elburg
- Stichting Kinderopvang Enschede
- Stichting Kindcentrum Oldebroek
- Kinderopvang Noordwest Veluwe KDV BV
- Stichting Kindcentrum 't Zunneke
- Stichting Kindcentrum Putten
- Stichting de Achthoek Kinderopvang
- Kindernet BV
- SWW Kinderopvang BV
- Kinderdagverblijf Ukkie BV (GGD, 2014)

Bijlage 8 Houding en gesprekstechnieken interviewer

Houding en gesprekstechnieken

Er zijn vier principes die als een rode draad door de methode ‘motiverende gespreksvoering’ lopen:

1 Wees empathisch: het gaat om daadwerkelijk inleven in de cliënt en niet doen alsof
2 Ontwikkelen van discrepantie: richt je op het verschil (vanuit het perspectief van de cliënt) tussen het huidige en toekomstige gedrag. ‘Hoe ben of doe ik nu en hoe wil ik doen of zijn?’
3 Meeveren met weerstand: vermijd discussie of argumentatie. Veer mee met de weerstand en zie dit als een kans.
4 Ondersteunen van eigen effectiviteit: het gaat er hierbij om dat je het geloof in eigen kunnen ondersteunt en versterkt. Eigen effectiviteit is een directe voorspeller van gedragsverandering.

Gesprekstechnieken

1 Stel open vragen. Deze beginnen met vraagwoorden als: hoe, wat, waar, welke.
2 Bevestig de uitspraken door waardering te tonen voor hoe de geïnterviewde met zaken omgaat of vanwege het begrip dat je hebt voor de ervaringen die hij of zij beschrijft. Let op, bevestigingen zijn geen complimenten.
3 Luister reflectief; dat wil zeggen dat je nagaat of je de geïnterviewde goed hebt begrepen. Je probeert ook de geïnterviewde in beweging te houden door kleur te geven aan wat hij of zij zegt. Reflectief luisteren kan heel directief worden ingezet.
4 Neem ANNA mee: Altijd Navragen, Nooit zomaar Aannemen.
5 LSD: Luisteren, Samenvatten en Doorvragen.
6 Neem OMA mee: niet Oordelen, geen Mening of Advies geven.
7. Omgaan met weerstand – meebewegen, tegen bewegen en gelijk op bewegen Weerstand is vaak heel duidelijk in het gedrag (Vilans, 2003)

Bijlage 9 Interviewschema

Uitgangspunt voor de topiclijst zijn de factoren uit het theoretisch kader: vier niveaus van gezondheidsbevordering (signalering, educatie, omgeving, beleid en regelgeving), determinanten van een innovatieproces (kenmerken van de gebruiker, innovatie en organisatie) en de ondersteuning van de GGD voor structurele en integrale gezondheidsbevordering

1. Kennismaken (opwarmen) – 5 minuten

U bent *[functie] bij [organisatie]*

- *Wat vindt u het leukste aspect van uw werk?*

2. **Gezondheidsbevordering in het kinderdagverblijf** – 25 minuten

a) Signalering

Brengen jullie de leefstijl van kinderen in kaart?

- Rol pedagogisch medewerkers: training ontwikkeling in de gaten houden (overgewicht?)
- Rol locatiemanager

b) Educatie

Op welke manier werken jullie aan een gezonde leefstijl? Leren jullie kinderen gezond te leven?

- Structurele activiteiten (thema's)
- Erkende activiteiten
- Informatieavonden

c) Omgeving

Met welke organisaties werkt het KDV samen op het gebied van voeding en bewegen? Hoe?
Daagt de omgeving uit tot bewegen? Waarom?

- Binnen ruimte
- Buiten ruimte

Welke voeding krijgen kinderen en op welke wijze wordt dit aangeboden?

- Stimuleren gezonde leefstijl thuis

d) Regelgeving en beleid

Is er een beleidsplan waarin aandacht wordt besteed aan bewegen/voeding?

- Inhoud richtlijnen
- Naleving richtlijnen
- Ouders informeren

3. Factoren welke van invloed zijn op adoptie van innovatie – 25 minuten

a) Kenmerken van de innovatie

Waarom zou u structureel werken aan een gezonde leefstijl?

- Knelpunten

Past het bij beleid en doelen van het KDV? Waarom wel/niet?
Verwacht u dat het makkelijk uit te voeren is?

b) Kenmerken van de gebruiker

Wat betekent structureel werken aan een gezonde leefstijl binnen het KDV voor u?

Zie u dit als taak?
- Intermediair rol vervullen waar hangt dit van af
  Vind u het relevant werken aan een gezonde leefstijl? Wat zijn voordelen?
- KDV als geheel, eigen werk, kinderen
  Acht u zichzelf in staat de methode te implementeren?
- Pedagogisch medewerkers
- Bevorderende/belemmerende factoren

c) *Kenmerken van de organisatie*
Hoe worden beslissingen genomen in het KDV?
Ziet u er de noodzaak van in?
Zit het KDV in een veranderende omgeving? Is er sprake van onrust?

Welke ondersteuning is er nodig om structureel te werken aan een gezonde leefstijl?
- Resultaten RIVM

Gebruikte gespreksleidraad RIVM als input

Wat wordt verstaan onder Gezonde Kinderopvang / Wat is de stand van zaken rond Gezonde Kinderopvang? Om te bepalen of het wenselijk is een aanpak Gezonde Kinderopvang te ontwikkelen willen we graag weten wat kinderopvangorganisaties / PSZ, nu al doen aan gezondheid en wat hun wensen en behoeften zijn.

1. Wat doet uw organisatie op het gebied van gezondheid?
- Organisatorisch (beleidsmatig, aanspreekpunt aanwezig, educatie, terugkomend onderwerp in bv overleggen, ouderavonden)
- **Op welke manier werkt u aan gezondheid (welke thema's, structurele activiteiten, erkende activiteiten (activiteiten waarvan onderzocht is of ze effect hebben), informatieavonden)?**
- Op het gebied van Signalering en doorverwijzing? Locatie/ organisatie profiel opstellen? Evalueren?
- **Met welke organisaties werkt u samen op het gebied van gezondheid (GGD, gemeente, consultatiebureaus)?**

In het algemeen: Als een organisatie al 'dingen' doet op het gebied van gezondheid, dan doorvragen hoe ze daartoe gekomen zijn, wie de beslissing heeft genomen, hoe en waarom de keuzes zijn gemaakt, wat was de aanleiding, wie waren er betrokken?

2. Welke thema's/onderwerpen zouden wat u betreft onderdeel moeten zijn van een Gezonde Kinderopvang? Doorvragen op de antwoorden die gegeven zijn op digitale vragenlijst. Waarom vindt u dit belangrijk, bijvoorbeeld de top 3 eruit lichten(persoonlijke affiniteit, zien ze hier een probleem, spreekt dit ouders aan, zijn er wettelijke eisen, zien ze hier kansen?)

3. Bent u bekend met bestaand ontwikkeld aanbod op het gebied van Gezonde Kinderopvang (beleid én interventies) (groene) vanuit landelijke organisaties/GGD-en/branche organisaties?
- Wat is de kwaliteit van dit aanbod (certificering?)?
- Wat vindt u van dit aanbod?
- Maakt uw organisatie gebruik van dit aanbod?

- Zo ja, hoe is de keuze tot stand gekomen?

4. Bent u bekend met certificaten voor de kinderopvang branche? (bv HKZ?).
- Heeft u hiermee ervaring?
- Vindt u deze bruikbaar, nuttig?

5. Hoe zou een Gezonde Kinderopvang er volgens u uit kunnen zien?
- Kunt u een voorbeeld noemen van een Gezonde Kinderopvang zoals die er idealiter uit zou zien?

6. Zoekt u wel eens informatie over Gezondheid / Gezonde Kinderopvang?
- Waar zoekt u deze informatie en hoe?
  Eventueel doorvragen: site van de GGD, NJIi, branche-org KO, MO groep, thema-instituut als het Voedingscentrum of VeiligheidNL?

<u>Kansen en bedreigingen voor het ontwikkelen van een aanpak Gezonde Kinderopvang</u>

7. Is er binnen uw organisatie interesse in een aanpak Gezonde Kinderopvang (ook draagvlak bij medewerkers)?
- Welke redenen zijn er om NIET aan Gezonde Kinderopvang te werken (tijd, geld, belang, nut, welke problemen voorziet men, etc.)?
- Welke redenen zijn er om WEL te werken aan een Gezonde Kinderopvang (kwaliteit, keurmerk, onderscheidend, profilering etc.)?

8. Welke thema's/ onderwerpen zijn volgens u het meest kansrijk om opgenomen te worden bij de start van een Gezonde Kinderopvang? En welke het minst?

9. **Wat is er volgens u nodig aan ondersteuning om te werken aan een Gezonde Kinderopvang (advies, stappenplan, voorbeelden, handboek, coaching on the job, training, draagvlak etc.)?**

10. Aan welke voorwaarden zou een aanpak Gezonde Kinderopvang moeten voldoen?
- Wanneer zou u er wel/geen gebruik van maken? (waarom wel/waarom niet, v.b. weinig tijd, kosten, maatwerk?) Waar moet de aanpak dan uit bestaan? (praktische tips, scholing, instrumenten..)

11. Zou een aanpak voor KDV en PSZ hetzelfde kunnen zijn?

12. Op welke persoon zou een aanpak Gezonde Kinderopvang zich het best kunnen richten? (Wie gaat ermee aan de slag?)

Doorvragen!
- Als pedagogisch medewerker: waar moet de aanpak dan over gaan(inhoud) en waar moet de aanpak aan voldoen (hoe moet de aanpak eruit zien (training/digitale handleiding/tips/niveau…)
- Als beleidsmedewerker: waar moet de aanpak dan over gaan en aan voldoen?

13. Is er volgens u een rol voor de ouders weggelegd bij een Gezonde Kinderopvang? Zo ja welke,
waarom, (eventueel in welke fase)

Kansen en (on)mogelijkheden voor het ontwikkelen van een vignet Gezonde Kinderopvang

14. Heeft u behoefte aan een vignet Gezonde Kinderopvang (indien er een aanpak wordt ontwikkeld) Waarom WEL of waarom NIET?

15. Wat zouden redenen zijn om een vignet aan te vragen?

16. Hoe zou een vignet er uit moeten / kunnen zien (criteria, onderwerpen, hoe 'zwaar' etc.)?

17. Wat zou een vignet mogen kosten? (RIVM, 2014)

Noord- en Oost-Gelderland

Bijlage 10 Instrument tijdens interview

GEZONDE SCHOOL
NOORD- EN OOST-GELDERLAND

PLANMATIGE AANPAK GEZONDE SCHOOL - PO



THEMA'S

Voeding	Sociaal- emotionele ontwikkeling
Sport & bewegen	Hygiëne, huid, gebit & gehoor
Roken & alcohol	Relaties & seksualiteit
Milieu	Fysieke veiligheid

5 KERNPUNTEN

1. Structurele aanpak
2. Integrale aanpak
3. School staat centraal
4. Collectieve preventie en individuele leerlingenzorg
5. Samenwerking met preventiepartners

INTEGRALE AANPAK

4 niveaus

- Signalering
- Educatie
- Omgeving
- Beleid en regelgeving

Bijlage 11 Contact met geïnterviewden

Bevestiging na telefonisch gesprek

Beste mevrouw …,

Naar aanleiding van ons telefoongesprek nog een bevestiging.
De afspraak voor een interview over Kinderdagverblijf … staat gepland op 9 december om 10.00u (adres). Dit zal een klein uurtje in beslag nemen.
Ik wil even zeggen dat het geluid wordt opgenomen, hopelijk vormt dat geen probleem. De resultaten zullen uiteraard geheel anoniem blijven en naderhand stuur ik een kort verslag.

Waar we op in zullen gaan tijdens het interview:
- Huidige situatie in kinderdagverblijven op het gebied van voeding en bewegen. Hier zullen we de volgende pijlers invullen: educatie, beleid en regelgeving, omgeving en signalering
- Benodigde ondersteuning in het stimuleren van een gezonde leefstijl bij kinderen. Wat is nodig van de GGD?
- Factoren die van invloed zijn op het wel/niet bezig zijn met gezondheidsbevordering

Het is misschien leuk om van tevoren een kort filmpje te bekijken van de Gezonde School methode: https://www.youtube.com/watch?v=HE8XssLTCy8. Hierop is namelijk mijn onderzoek gebaseerd. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Maatschappij (RIVM) heeft onlangs een behoeftepeiling gedaan naar een dergelijke aanpak voor de kinderopvang (Gezonde Kinderopvang).

Mochten er naar aanleiding van dit bericht nog vragen zijn, stel deze dan gerust. Graag tot dan!

Met vriendelijke groet,

Adinda Nahari
Stagiaire
Gezondheidsbevordering
(0884433164)
Deventerstraat 43
7311 LV Apeldoorn
Postbus 51
7300 AB Apeldoorn

T. 088 - 443 3- --(direct)
T. 088 - 443 30 00 (algemeen)
E. @ggdnog.nl
W. www.ggdnog.nl

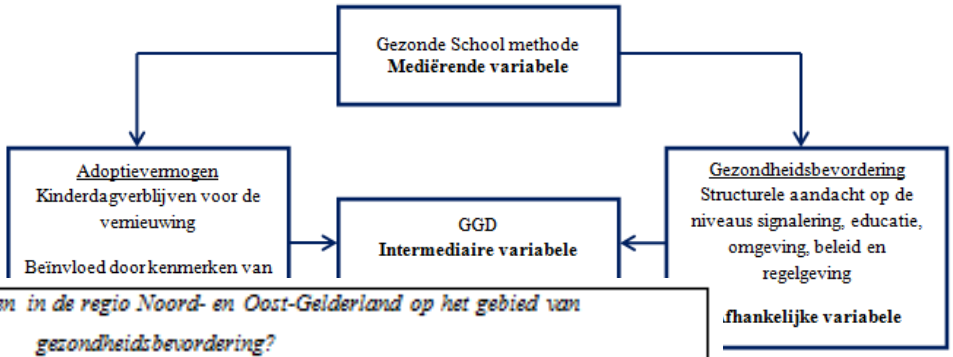
Werkdagen: ma-di-wo-do-vr

Naar aanleiding van interview

Goedemiddag …,

Bij deze de uitwerking van het interview. Pas bij de resultaten vooral de dingen aan die je wel/niet naar voren wil laten komen en vul aan indien nodig, dan neem ik dat mee (het liefst binnen een week) Bedankt in ieder geval voor je input en je ontvangt te zijner tijd nog bericht wanneer mijn onderzoek is afgerond.

Bijlage 12 Conceptueel model



Wat doen kinderdagverblijven in de regio Noord- en Oost-Gelderland op het gebied van gezondheidsbevordering?				
Kernbegrip		**Dimensies**	**Aspecten**	**Vraag interview KDV MT**
Gezondheidsbevordering	Structureel en integraal bevorderen van gezondheid met als thema's voeding en bewegen	Signalering	Kindvolgsysteem Pedagogisch medewerkers Locatiemanager	
		Educatie	Structurele activiteiten Erkende activiteiten Informatieavonden	
		Omgeving	Samenwerking organisaties Omgeving bewegen Voeding	
		Beleid en regelgeving	Beleidsplan Inhoud richtlijnen Naleving Ouders	
Wat is het adoptievermogen van kinderdagverblijven voor de vernieuwing? *(Welke ondersteuning hebben kinderdagverblijven nodig van de GGD?)*				
Adoptievermogen	Het besluit om de vernieuwing te gaan gebruiken, gezondheidsbevordering te implementeren	Innovatie	Relatieve voordeel Inpasbaarheid Complexiteit	
		Gebruiker	• Perceptie van de voordelen (ervaren relevantie en voordeel) • Beheersing van de vaardigheden (kennis) • Taakopvatting • Eigen effectiviteit verwachting	
		Organisatie	• Betrokkenheid bij het nemen van de beslissing • Noodzaak • Veranderende omgeving	