

Preventie bij roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik

Activiteiten van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Preventie bij roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik

Activiteiten van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners

Wim Verest
Kim de Groot
Anke de Veer

April 2019

ISBN 978-94-6122-548-1

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	8
1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoek	8
1.2 Doelstelling	10
1.3 Onderzoeksvragen	10
1.4 Aanpak van het onderzoek	10
1.5 Leeswijzer	11
2 Roken	12
2.1 Taakopvatting	12
2.2 Ervaren competenties	13
3 Overgewicht	15
3.1 Taakopvatting	15
3.2 Ervaren competenties	16
4 Problematisch alcoholgebruik	18
4.1 Taakopvatting	18
4.2 Ervaren competenties	19
5 Ondersteuning	21
5.1 Scholingsbehoeften bij zorgverleners	21
5.2 Gewenste scholingsthema's	22
5.3 Andere bronnen van ondersteuning	23
6 Conclusies	25
6.1 Algemene conclusie	25
6.2 Conclusies en beschouwing	25
6.3 Tot slot	28
Literatuur	29
Bijlage A Methode vragenlijstonderzoek	30
A.1 Vragenlijst	30
A.2 Procedure	30
A.3 Benaderde zorgverleners	30
A.4 Respons	31
A.5 Analyses	32
Tabellenboek (separaat)	33
Bijlage B. Uitgebreide tabellen behorende bij hoofdstukken 2 t/m 5	33
Bijlage C. Preventieve activiteiten niet van toepassing in de in de werksituatie	33

Samenvatting

Gezonde leefstijl heeft toenemende aandacht als onderdeel van de gezondheidszorg. In het Nationaal Preventieakkoord ligt de focus op drie thema's: roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. De meeste verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners (72%-90%) hebben, ongeacht de zorgsector waarin zij werken, te maken met cliënten met mogelijke gezondheidsrisico's vanwege roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik, zo blijkt uit dit onderzoek. Deze zorgverleners beschouwen het in meerderheid als hun taak om aan preventie te doen bij deze cliënten. Ze vinden zich daarin redelijk tot goed competent. Vooral praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk beschouwen preventieve activiteiten bij cliënten die roken, cliënten met overgewicht en bij cliënten met problematisch alcoholgebruik als hun taak en achten zich daarin competent.

Preventie bij roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik

Preventieve activiteiten zijn enerzijds gericht op het signaleren of cliënten door deze leefstijl beginnende lichamelijke of psychische problemen hebben of dat zij een verhoogd risico hebben op extra problemen of complicaties bij een aandoening. Daarnaast zijn advies geven aan en gedragsverandering stimuleren bij deze cliënten mogelijke preventieve activiteiten. De meeste preventieve activiteiten kwamen in ongeveer gelijke mate voor. Er was echter één preventieve activiteit die de zorgverleners minder vaak van toepassing vonden in hun werksituatie dan de andere activiteiten (9%-20% minder): signaleren van beginnende klachten bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben en die *niet* ziek zijn.

Verschillen tussen de zorgsectoren in taakopvatting en uitvoering

De mate waarin zorgverleners preventieve activiteiten bij cliënten die roken, bij cliënten met overgewicht en bij cliënten met problematisch alcoholgebruik als hun taak zien, verschilt sterk per sector en per activiteit. Het uitvoeren van preventieve activiteiten bij cliënten die roken zien vooral zorgverleners in de huisartsenpraktijk als hun taak (88%-97%) en zij hebben deze het afgelopen jaar ook gedaan (83%-97%), terwijl zorgverleners in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking deze preventieve activiteiten weliswaar ook vaak als hun taak beschouwen (84%-93%), maar een groot aantal zorgverleners deze in de praktijk niet doen (18%-38%). Zorgverleners in de huisartsenpraktijk zien preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht ook het vaakst van alle zorgverleners als hun taak (89%-97%). De mate waarin zorgverleners de preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik als hun taak zien en dit ook daadwerkelijk in het afgelopen jaar deden, is in alle zorgsectoren hoog, behalve bij zorgverleners die in ziekenhuizen werken; bij hen ziet een aanzienlijk deel (16%-37%) dit niet als hun taak. Zorgverleners in de GGZ zien het vaakst deze activiteiten als hun taak (94%-99%).

Competenties

De meeste zorgverleners (80%-89%) voelen zich redelijk tot zeer competent om de preventieve activiteiten uit te voeren. Dit geldt voor zowel signalering, als voor advisering en het stimuleren van gedragsverandering.

Er zijn subgroepen die zich op bepaalde activiteiten minder of juist meer competent voelen. Zo vindt één op de drie tot één op de vijf zorgverleners in ziekenhuizen (20%-36%) dat zij niet tot enigszins competent is in het geven van advies aan en het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben.

Ook geeft een aanzienlijk deel van de zorgverleners in de wijkverpleging (16%-30%) aan zich niet tot enigszins competent te voelen in de zorgverlening van preventieve activiteiten bij deze cliënten.

Zorgverleners in huisartsenpraktijken geven in overgrote meerderheid (87%-96%) aan zich competent te

voelen in het signaleren, advies geven en het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben.

Behoeftes aan deskundigheidsbevordering

Ruim tweederde van de zorgverleners (69%) geeft aan behoefte te hebben aan één of meerdere vormen van scholing. Er is vooral behoefte aan scholing over preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik en bij cliënten met overgewicht. Ook andere ondersteuningsmogelijkheden zoals samenwerkingsafspraken met andere professionals, een sociale kaart met informatie om een cliënt door te kunnen verwijzen en hulpmiddelen, zoals richtlijnen of folders voor het geven van adviezen over roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik, worden als geschikte mogelijkheden ter verbetering van de deskundigheid beschouwd.

De scholingsbehoeften hangen nauw samen met het opleidingsniveau van de zorgverlener en met de zorgsector waarin de zorgverlener werkzaam is. Zorgverleners in ziekenhuizen, in de wijkverpleging en in de huisartsenpraktijk hebben meer behoefte aan scholing over preventieve activiteiten bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben dan zorgverleners in de GGZ en in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking.

Bij de verzorgenden geeft een aanzienlijk deel (39%) aan, behoefte te hebben aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Deze signaleringsfunctie vinden we ook terug in het beroepsprofiel van verzorgenden. Aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten met overgewicht (30%) is hierbij het meest behoefte.

Naast behoefte aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben (31%), geeft een aanzienlijk deel van de zorgverleners op mbo-4 niveau (38%) conform hun beroepsprofielen aan behoefte aan scholing te hebben over het adviseren van cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Aan adviezen over cliënten met overgewicht (29%), is hieraan iets meer behoefte dan aan het adviseren van cliënten die roken (21%) en het adviseren van cliënten met problematisch alcoholgebruik (25%).

Naast behoefte aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben (30%) en scholing over het adviseren van deze cliënten (35%), heeft de helft van de zorgverleners op hbo/hbo+ niveau (49%) conform hun beroepsprofiel behoefte aan scholing over het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben.

Conclusie

Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners zijn zich bewust van hun taken als het gaat om preventie bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Preventie wordt door de meesten van hen gedaan en een meerderheid vindt zich tenminste voldoende competent daarin. Tegelijkertijd hebben zorgverleners behoefte aan scholing en aan samenwerkingsafspraken met andere professionals over taakuitvoering en verwijsmogelijkheden. De groep die deze scholings- en andere ondersteuningsbehoeften aangeeft, is veel groter dan de groep die zich weinig competent voelt. Hieruit concluderen we dat zorgverleners behoefte hebben aan verbetering van de kwaliteit van de preventie bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Dit is een goede basis voor de in het Nationaal Preventieakkoord gewenste omslag van bestrijden van ziekte naar het bevorderen van gezondheid.

Het onderzoek

In dit vragenlijstonderzoek is onderzocht in hoeverre preventieve activiteiten bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben, onderdeel uitmaken van de zorgverlening door verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg. In dit onderzoek

focussen we ons op mensen met een verhoogd risico op problemen (geïndiceerde preventie) en zieke mensen die kans lopen op extra complicaties of ziekteverergering (zorggerelateerde preventie). Het online vragenlijstonderzoek is in oktober/november 2018 uitgezet onder deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelvenv). Na twee herinneringen vulden in totaal 1059 paneldeelnemers de vragenlijst in (respons: 46,8%).

1 Inleiding

“Een rookvrije generatie. Minder obesitas en minder overgewicht. Minder overmatig en zwaar alcoholgebruik. Inzet op preventie is ook een speerpunt in het Nationaal Preventieakkoord. Zodat mensen gezonder leven, met meer kwaliteit van leven. En om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg op de lange termijn te borgen”¹

Er is toenemende aandacht voor gezonde leefstijl als onderdeel van de gezondheidszorg. Zorgverleners zoals verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch geschoolde begeleiders en praktijkondersteuners zien tijdens hun werk cliënten² die gezondheidsrisico's lopen vanwege roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik. Deze zorgverleners spelen een belangrijke rol in het signaleren hiervan en in het reageren daarop. Eerder bleek dat zorgverleners behoefte hebben aan meer kennis over leefstijl³. In het huidige onderzoek gaan we nader in op de benodigde bijscholing en op wat zorgverleners verder nodig hebben om gezondheidsrisico's als gevolg van roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik te signaleren en daarop te reageren.

1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoek

Leefstijladvisering en preventie staan volop in de belangstelling. In het Nationaal Preventieakkoord wordt ingezet op drie thema's: roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik⁴. Vanaf 2019 wordt de gecombineerde leefstijlinterventie⁵ voor volwassenen met overgewicht en een verhoogd gezondheidsrisico of obesitas vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet.

Ook het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 constateert dat niet op elke behoefte van mensen een medisch antwoord past, maar dat het gaat om goed functioneren te bevorderen (preventie) en in geval van ziekte de gevolgen daarvan te beperken en zo mogelijk te keren (via ondersteuning, begeleiding en behandeling), o.a. door tijdige signalering⁶. Dit hoofdlijnenakkoord roept beroepsgroepen op om zich in te spannen dat zorg op de juiste plek wordt verleend, maar ook dat preventie (waaronder voeding en leefstijl), gezamenlijke besluitvorming en de inzet van innovatie worden verankerd in de medisch-specialistische en verpleegkundige (vervolg)opleidingen en in het reguliere werkproces⁷.

Er bestaan verschillende niveaus van gezondheidsbevordering en preventie. Onder preventie wordt in het algemeen verstaan het zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen⁸. In dit onderzoek focussen we ons niet op primaire preventie, maar vooral op signalering, advisering en gedragsverandering bij geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie

¹ Folder congres “Dag van de preventie. Van sickcare naar healthcare” – 17 april 2019

² Voor de leesbaarheid spreken we van ‘cliënten’; dit kan ook worden gelezen als ‘zorgvragers’, ‘patiënten’ of ‘bewoners’

³ Maurits et al., 2015

⁴ Ministerie van VWS, 2018

⁵ De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een interventie die zich richt op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering - Ministerie van VWS, 2018

⁶ NVZ et al, 2018

⁷ NVZ et al, 2018

⁸ www.volksgezondheidenzorg.info.nl, 2018

is gericht op cliënten waar sprake is van risicofactoren of beginnende klachten. Zorggerelateerde preventie is gericht op cliënten met een ziekte of aandoening en heeft als doel om verergering van de klachten, complicaties, lagere kwaliteit van leven of sterfte te voorkomen⁹.

Alhoewel preventie onderdeel is van de beroepsprofielen (zie tabel 1.1) bleek uit onderzoek in 2015 dat lang niet iedere zorgverlener zich competent daarin voelt. Veertig procent van de zorgverleners had destijds behoefte aan scholing op het gebied van het beïnvloeden van leefstijl en gezond gedrag bij cliënten. Ruim twee derde van de zorgverleners (68%) besteedde veel tijd aan zorggerelateerde preventie en 64% had de indruk dat hier steeds meer een beroep op werd gedaan¹⁰. In het voornoemde onderzoek is echter niet ingegaan op de rol van de zorgverlener en de ervaren competenties wat betreft specifieke aspecten van leefstijladvisering, zoals het signaleren van risicofactoren en het stimuleren van gezond gedrag.

Tabel 1.1 Aandacht voor preventie en leefstijl in de beroepsprofielen van de verschillende zorgverleners

Hbo-opgeleide verpleegkundige	Heeft kennis van epidemiologie, preventie en gezondheidsvoorlichting en kan deze toepassen. Zij kan gezond gedrag en een gezonde leefstijl van cliënten stimuleren, cliënten medeverantwoordelijk maken voor hun gezondheid, gezond gedrag stimuleren, veranderingen in de gezondheidstoestand van een cliënt signaleren (vroegsignalering) en risicobeoordeling toepassen ¹¹
Mbo-4 opgeleide verpleegkundige	Heeft kennis van preventie en gezondheidsvoorlichting, signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van een cliënt (vroegsignalering); adviseert over gewenste veranderingen in leefstijl en voert interventies uit op het gebied van individuele preventie en gezondheidsvoorlichting ¹²
Mbo-3 opgeleide verzorgende	Heeft basiskennis van preventie en gezondheidsvoorlichting, heeft basiskennis van leefstijl, signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van een cliënt en kan interventies uitvoeren inzake individuele zorggerelateerde preventie door vroegsignalering, voorlichting, instructie, uitleg en motivering ¹³
Praktijkondersteuner	Verleent in overleg met een cliënt ondersteuning bij het realiseren van een gezonde leefstijl in relatie tot (potentiële) gezondheidsproblematiek ¹⁴
Mbo-4 opgeleide sociaal agogisch begeleider	Kan signaleren waar zich de noodzaak voordoet voor (preventieve) activiteiten ¹⁵
Hbo-opgeleide sociaal agogisch begeleider	Kan signaleren waar zich de noodzaak voordoet voor (preventieve) activiteiten en kan een cliënt tot ander en/of preventief gedrag stimuleren ¹⁶

⁹ www.volksgezondheidszorg.info, 2018

¹⁰ Maurits et al, 2015

¹¹ Stuurgroep beroepsprofielen, 2015a

¹² Stuurgroep beroepsprofielen, 2015b

¹³ Stuurgroep beroepsprofielen, 2015c

¹⁴ Rapport POH Transitie 2017 ter herziening van het competentieprofiel praktijkondersteuner huisartsen 2004

¹⁵ Competentieprofiel ABC-niveau, VGN Competentieprofielen Gehandicaptenzorg, 2018

¹⁶ Competentieprofiel D-niveau, VGN Competentieprofielen Gehandicaptenzorg, 2018

1.2 Doelstelling

Doel van het onderzoek is inzicht geven in de taken en competenties van zorgverleners bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben, vanuit het perspectief van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Ook is het doel om na te gaan hoe zij beter toegerust kunnen worden voor het bieden van zorg op deze gebieden. Daarbij richten we ons op cliënten waarbij sprake is van risicofactoren of beginnende klachten (geïndiceerde preventie) en op cliënten met een bestaande ziekte of aandoening (zorggerelateerde preventie).

1.3 Onderzoeksvragen

Dit rapport beantwoordt de volgende onderzoeksvragen vanuit het perspectief van de zorgverlener:

1. Behoren preventieve activiteiten bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben tot de taak van zorgverleners?
2. In hoeverre hebben zorgverleners deze preventieve activiteiten uitgevoerd in de afgelopen 12 maanden?
3. Zijn zorgverleners competent om deze preventieve activiteiten uit te voeren?
4. Wat hebben zorgverleners nodig om beter toegerust te zijn om preventieve activiteiten uit te voeren in de zorgverlening bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben?

1.4 Aanpak van het onderzoek

Een online vragenlijst met voorgestructureerde antwoordcategorieën is in oktober/november 2018 verzonden onder 2265 deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging¹⁷, waarvan 1059 deelnemers de vragenlijst invulden (respons van 46,8%). Het Panel Verpleging & Verzorging bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden, agogische begeleiders en praktijkondersteuners die allen werkzaam zijn in de directe zorgverlening. De vragenlijst is online, via een mail, aangeboden met twee online herinneringen na één en twee weken. De vragenlijst is ingevuld door zorgverleners die werkzaam zijn in de wijkverpleging, in ziekenhuizen, in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking, of in huisartsenpraktijken. Meer informatie over de onderzoeksmethode is te vinden in bijlage A.

De groep respondenten bestaat overwegend uit vrouwen (89%) en de gemiddelde leeftijd is 49,5 jaar (zie bijlage A, tabel A.1). Een op de drie zorgverleners werkt in de wijkverpleging (31,0%) en een kwart in een huisartsenpraktijk (25,3%). De andere zorgverleners werken in het ziekenhuis (19,4%), in de zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking (15,2%) of in de GGZ (9,2%). De meeste zorgverleners in het vragenlijstonderzoek zijn verpleegkundigen en andere zorgprofessionals op hbo/hbo+ niveau (54,4%); de andere zorgverleners zijn verpleegkundigen en andere zorgprofessionals op mbo-4 niveau (34,6%) en verzorgenden (11,1%). Het opleidingsniveau hangt samen met de zorgsector waarin de respondenten werkzaam zijn (zie bijlage A, tabel A.2). Zo werken de verzorgenden die aan dit onderzoek meedoen voornamelijk in de wijkverpleging.

Het eerste deel van de vragenlijst bestond uit voorgestructureerde vragen over de taakopvatting en de ervaren competentie van de zorgverleners met meerkeuze antwoorden op drie themagebieden: roken,

¹⁷ Zie www.nivel.nl/panelenv

overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Bij elk thema werd een aantal preventieve activiteiten onderscheiden zoals:

- bij cliënten die *niet* ziek zijn signaleren of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen;
- bij cliënten die ziek zijn signaleren of zij een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties ;
- advies geven aan cliënten;
- gedragsverandering stimuleren bij cliënten.

Bij elke voorgestructureerde vraag was 'niet van toepassing op mijn werksituatie' een antwoordmogelijkheid. De zorgverleners die bij een vraag deze antwoordmogelijkheid kozen, zijn niet meegenomen in de analyses over de taakopvatting en de ervaren competenties van dat onderdeel¹⁸. De vragen over de ervaren competenties worden alleen gerapporteerd over de zorgverleners die genoemde preventieve activiteit als hun taak zien.

Het tweede deel van de vragenlijst bestond uit voorgestructureerde vragen over de ondersteuningsbehoeften die zorgverleners hebben om preventie goed uit te voeren.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat het thema roken centraal. Eerst gaan we in op de mate waarin zorgverleners elke genoemde preventieve activiteit als hun taak zien bij cliënten die roken en of zij dit ook daadwerkelijk in het afgelopen jaar deden. Daarna gaan we in op de mate waarin de zorgverleners zich competent achten in het uitvoeren van elke taak .

De hoofdstukken 3 en 4 hebben dezelfde opbouw als hoofdstuk 2 en gaan over respectievelijk preventieve taken bij overgewicht en bij problematisch alcoholgebruik.

Hoofdstuk 5 beschrijft de door zorgverleners gewenste ondersteuning voor het doen van preventieve activiteiten bij cliënten die roken, bij cliënten met overgewicht en bij cliënten met problematisch alcoholgebruik.

In hoofdstuk 6 volgen de conclusies.

¹⁸ Zie Bijlage C (in separaat tabellenboek) voor een nadere analyse van de 'niet van toepassing op mijn werksituatie'-antwoorden

2 Roken

Preventieve activiteiten bij cliënten die roken hebben enerzijds een signalerend karakter (signaleren dat cliënten roken; bij gezonde cliënten die roken signaleren of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen; bij zieke cliënten die roken signaleren of zij een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties), anderzijds zijn deze van advies gevende en gedragsverandering stimulerende aard. De meeste zorgverleners (79%-90%) beschouwen de onderscheiden preventieve activiteiten als hun taak en hebben die activiteiten het afgelopen jaar ook daadwerkelijk gedaan (61%-81%). Dit is het sterkst bij zorgverleners in huisartsenpraktijken en in de GGZ. Ook achten de meeste zorgverleners (83%-89%) zich redelijk tot zeer competent om de preventieve taken uit te voeren. Dit geldt met name voor zorgverleners die werkzaam zijn in huisartsenpraktijken (95%).

In paragraaf 2.1 gaan we in op de vraag of zorgverleners de preventieve activiteiten wel of niet hun taak vonden en of ze deze daadwerkelijk hebben uitgevoerd. Paragraaf 2.2 gaat in op de mate waarin zorgverleners zich competent voelen voor het doen van preventieve activiteiten bij cliënten die roken.

2.1 Taakopvatting

Zorgverleners voor wie de preventieve activiteiten bij cliënten die roken van toepassing zijn in hun werksituatie (gemiddeld 82% van de zorgverleners in dit onderzoek), gaven aan of het uitvoeren van deze preventieve activiteiten dan ook tot hun taak behoort en vervolgens of ze die in het afgelopen jaar hebben uitgevoerd. De meeste zorgverleners beschouwen de onderscheiden preventieve activiteiten als onderdeel van hun takenpakket en hebben die het afgelopen jaar ook daadwerkelijk uitgevoerd (tabel 2.1). Dat geldt in het bijzonder voor het geven van advies en het stimuleren van gedragsverandering. Activiteiten die zorgverleners het minst vaak als hun taak zien, zijn het vroegtijdig signaleren dat cliënten roken ongeacht hun zorgvraag (17%) en het signaleren van beginnende klachten bij rokers die niet ziek zijn (21%).

De mate waarin zorgverleners preventieve activiteiten bij cliënten die roken als hun taak ervaren, verschilt sterk per sector en per activiteit (zie Bijlage B¹⁹, tabel 2.1). Vooral zorgverleners in de huisartsenpraktijk zien preventieve activiteiten als hun taak (83%-97%). Zorgverleners in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking beschouwen preventieve activiteiten bij cliënten die roken weliswaar als hun taak (84%-93%), maar in de praktijk kwamen die activiteiten relatief vaak niet voor in het afgelopen jaar (18%-38%).

Een aanzienlijk deel van de zorgverleners in ziekenhuizen (22%-47%) en in de wijkverpleging (21-22%) ziet vroegtijdig signaleren of cliënten roken niet als taak, evenmin als het signaleren van beginnende lichamelijke of psychische klachten bij niet zieke rokende cliënten.

Preventieve activiteiten worden vooral gedaan door zorgverleners met een hoger opleidingsniveau: naarmate het opleidingsniveau van de zorgverleners stijgt, geven zij vaker aan die activiteiten uit te voeren (zie Bijlage B, tabel 2.1).

¹⁹ Verwijzingen naar bijlage B in dit rapport betreffen uitgebreide tabellen met resultaten voor de verschillende zorgsectoren en opleidingsniveaus. Deze zijn in een separate bijlage 'Tabellenboek' opgenomen.

Tabel 2.1 Percentage zorgverleners dat het doen van preventieve activiteiten bij cliënten die roken als hun taak ziet*

Preventieve activiteiten	ja, dit is mijn taak en heb ik gedaan	het is wel mijn taak, maar het is niet voorgekomen	nee, dit is niet mijn taak
a. Vroegtijdig signaleren dat cliënten roken, ongeacht of hun zorgvraag te maken heeft met roken (n=863) ^{1,2}	73,5	10,0	16,6
b. Bij cliënten die roken en <i>niet</i> ziek zijn signaleren of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen (n=772) ^{1,2}	61,4	17,9	20,7
c. Bij cliënten die roken en <i>wel</i> ziek zijn signaleren of zij een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties (n=888) ^{1,2}	80,0	9,6	10,5
d. Algemeen advies geven aan cliënten over het stoppen met roken (n=916) ^{1,2}	81,2	8,4	10,4
e. Gedragsverandering stimuleren bij cliënten om te stoppen met roken (n=894) ^{1,2}	78,5	11,1	10,4

*Percentages in rijen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen. Zorgverleners die de activiteit niet van toepassing vinden in hun werksituatie zijn buiten de analyse gelaten.

¹Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken (p<0,05). Zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners (p<0,05). Zie bijlage B.

2.2 Ervaren competenties

Zorgverleners die het uitvoeren van preventieve activiteiten bij cliënten die roken als hun taak zien, gaven aan in welke mate zij zich competent voelden in het uitvoeren van deze activiteiten. De meeste zorgverleners zijn redelijk tot volledig competent om de preventieve activiteiten uit te voeren (tabel 2.2). Ongeveer een op de zeven zorgverleners voelt zich enigszins tot niet competent om de preventieve activiteiten bij cliënten die roken uit te voeren. Het minst competent voelen zorgverleners zich in het stimuleren van gedragsverandering om te stoppen met roken. Bijna een op de vijf (18%) vindt zichzelf hierin enigszins tot niet competent.

Zorgverleners in huisartsenpraktijken voelen zich veruit het meest competent in preventieve activiteiten bij cliënten die roken, terwijl zorgverleners in de wijkverpleging zich daarin het minst competent voelen (zie Bijlage B, tabel 3.2). In het stimuleren van gedragsverandering om cliënten te doen stoppen met roken, geeft bijna een op de drie zorgverleners die werkzaam zijn in ziekenhuizen (30%) aan, zich enigszins tot niet competent te achten om deze activiteit te doen.

Kijkend naar het opleidingsniveau geldt voor de mate waarin zorgverleners zich competent voelen voor het uitvoeren van preventieve activiteiten bij cliënten die roken: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe competenter men zich acht om deze taken uit te voeren.

Tabel 2.2 Mate waarin zorgverleners zich competent voelen voor het doen van preventieve activiteiten bij cliënten die roken (in %)*

Preventieve activiteiten	helemaal niet/ enigszins competent	in redelijke mate competent	in hoge mate/ volledig competent
a. Vroegtijdig signaleren dat cliënten roken, ongeacht of hun zorgvraag te maken heeft met roken (n=694) ^{1,2}	11,4	21,5	67,2
b. Signaleren bij cliënten die roken en <u>niet</u> ziek zijn of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen (n=592) ^{1,2}	14,9	27,4	57,8
c. Signaleren bij cliënten die roken en <u>wel</u> ziek zijn of zij een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties (n=762) ^{1,2}	11,8	23,5	64,7
d. Algemeen advies geven aan cliënten over stoppen met roken (n=789) ^{1,2}	14,5	25,2	60,3
e. Gedragsverandering stimuleren bij cliënten om te stoppen met roken (n=772) ^{1,2}	17,5	27,7	54,8

*Percentages in rijen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen. Zorgverleners die de activiteit niet van toepassing vinden in hun werksituatie of die deze niet tot hun taak vinden behoren zijn buiten de analyse gelaten.

¹Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken ($p < 0,05$). Zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners ($p < 0,05$). Zie bijlage B.

3 Overgewicht

De preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht hebben enerzijds een signalerend karakter. Anderzijds bestaan de preventieve activiteiten uit het gesprek aangaan met deze cliënten over achterliggende problematiek, advies geven en gedragsverandering stimuleren. De meeste zorgverleners (82%-91%) beschouwen de onderscheiden preventieve activiteiten als hun taak en hebben die activiteiten het afgelopen jaar ook daadwerkelijk uitgevoerd (64%-84%). Dit is het sterkst bij zorgverleners in huisartsenpraktijken en de GGZ. Ook achten de meeste zorgverleners (76%-83%) zich redelijk tot zeer competent om de preventieve taken uit te voeren. Dit geldt met name voor zorgverleners werkzaam in huisartsenpraktijken (93%-96%).

In paragraaf 3.1 gaan we in op de vraag of zorgverleners de preventieve activiteiten wel of niet hun taak vonden en of ze deze in het voorgaande jaar daadwerkelijk hebben uitgevoerd. Paragraaf 3.2 gaat in op de mate waarin zorgverleners zich competent voelen voor het doen van preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht.

3.1 Taakopvatting

Zorgverleners bij wie de preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht van toepassing zijn in hun werksituatie (gemiddeld 87% van de zorgverleners in dit onderzoek), gaven aan of het uitvoeren van deze activiteiten tot hun takenpakket behoort en of ze die dan in het afgelopen jaar hebben uitgevoerd. De meeste zorgverleners zien de onderscheiden preventieve activiteiten als onderdeel van hun takenpakket en hebben die het afgelopen jaar ook daadwerkelijk uitgevoerd (tabel 3.1). Dat geldt in wat mindere mate voor het signaleren van beginnende klachten van lichamelijk of psychische problemen bij cliënten met overgewicht (16% ziet dit niet als hun taak) en het gesprek aangaan met cliënten over de mogelijk achterliggende problematiek bij het overgewicht (18% ziet dit niet als hun taak).

De mate waarin zorgverleners de preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht als hun taak zien en dit ook daadwerkelijk in het afgelopen jaar deden, verschilt sterk per sector en per activiteit (zie Bijlage B, tabel 3.1); vooral zorgverleners in de huisartsenpraktijk beschouwen deze activiteiten als hun taak (89%-97%). Een aanzienlijk deel van de zorgverleners in ziekenhuizen (43%) beschouwt het niet als hun taak om beginnende lichamelijke of psychische problemen te signaleren bij cliënten met overgewicht die *niet* ziek zijn.

Preventieve activiteiten worden vooral gedaan door zorgverleners met het hoogste opleidingsniveau; verzorgenden en mbo-4 opgeleide verpleegkundigen en begeleiders voeren in gelijke mate preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht uit.

Tabel 3.1 Percentage zorgverleners dat het doen van preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht als hun taak ziet*

Preventieve activiteiten	ja, dit is mijn taak en heb ik gedaan	het is wel mijn taak, maar het is niet voorgekomen	nee, dit is niet mijn taak
a. Bij cliënten met overgewicht die <u>niet</u> ziek zijn signaleren of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen (n=821) ^{1,2}	69,8	14,7	15,5
b. Bij cliënten met overgewicht die <u>wel</u> ziek zijn signaleren of zij een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties (n=879) ^{1,2}	78,4	12,4	9,2
c. Bij cliënten met overgewicht het gesprek aangaan over de achterliggende problematiek (zoals schaamte of schulden) die mogelijk een rol speelt bij het overgewicht (n=872) ^{1,2}	63,9	18,0	18,1
d. Algemeen advies geven aan cliënten over gezond gewicht (n=910) ^{1,2}	83,5	6,9	9,6
e. Gedragsverandering stimuleren bij cliënten om gezond gewicht te bereiken (n=908) ^{1,2}	81,3	9,1	9,6

*Percentages in rijen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen. Zorgverleners die de activiteit niet van toepassing vinden in hun werksituatie zijn buiten de analyse gelaten.

¹Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken ($p < 0,05$). Zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners ($p < 0,05$). Zie bijlage B.

3.2 Ervaren competenties

Zorgverleners die preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht als hun taak zien, gaven aan in welke mate zij zich competent voelden in het uitvoeren van deze activiteiten. De meeste zorgverleners vinden zich redelijk tot volledig competent om de preventieve activiteiten uit te voeren (tabel 3.2). Ongeveer een op de zeven zorgverleners (12%-18%) voelt zich enigszins tot niet competent om de preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht uit te voeren. In het signaleren van beginnende lichamelijke of psychische problemen bij cliënten met overgewicht die *niet ziek* zijn, voelen zorgverleners zich het minst competent: bijna een op de vijf (18%) vindt zichzelf hierin enigszins tot niet competent.

Het overgrote deel van de zorgverleners in huisartsenpraktijken (77%-88%) voelt zich in hoge mate tot volledig competent in preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht. Een aanzienlijk deel van de zorgverleners in het ziekenhuis (14%-26%) voelt zich daarin niet tot enigszins competent (zie Bijlage B, tabel 3.2). Zorgverleners in ziekenhuizen voelen zich vooral minder competent in het gesprek aangaan met cliënten over de achterliggende problematiek (zoals schaamte of schulden) die mogelijk een rol speelt bij het overgewicht (23%), in het algemeen advies geven aan cliënten over gezond gewicht (22%) en in het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten om gezond gewicht te bereiken (26%).

Kijkend naar het opleidingsniveau geldt: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe competent er men zich acht voor preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht.

*Tabel 3.2 Mate waarin zorgverleners zich competent voelen voor het doen van preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht (in %)**

Preventieve activiteiten	helemaal niet/enigszins competent	in redelijke mate competent	in hoge mate/volledig competent
a. Signaleren bij cliënten met overgewicht die <u>niet</u> ziek zijn of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen (n=664) ^{1,2}	18,4	31,8	49,8
b. Signaleren bij cliënten met overgewicht die <u>wel</u> ziek zijn of zij een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties (n=774) ^{1,2}	16,7	28,5	54,8
c. Gesprek aangaan met cliënten over de achterliggende problematiek (zoals schaamte of schulden) die mogelijk een rol speelt bij het overgewicht (n=687) ^{1,2}	14,9	29,0	56,2
d. Algemeen advies geven aan cliënten over gezond gewicht (n=797) ^{1,2}	12,4	27,4	60,2
e. Gedragsverandering stimuleren bij cliënten om gezond gewicht te bereiken (n=760) ^{1,2}	14,6	30,4	55,0

*Percentages in rijen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen. Zorgverleners die de activiteit niet van toepassing vinden in hun werksituatie of die deze niet tot hun taak vinden behoren zijn buiten de analyse gelaten.

¹Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken (p<0,05). Zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners (p<0,05). Zie bijlage B.

4 Problematisch alcoholgebruik

De preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik hebben enerzijds een signalerend karakter. Bij cliënten met problematisch alcoholgebruik die niet ziek zijn signaleren of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen en bij zieke cliënten signaleren of zij door de alcohol een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties. Anderzijds betreffen de preventieve activiteiten adviseren en gedragsverandering stimuleren. Een grote meerderheid van de zorgverleners (86%-90%) ziet het als hun taak om preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik uit te voeren. Vooral zorgverleners die werkzaam zijn in GGZ (94%-98%) en huisartsenpraktijken (87%-96%) achten preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik hun taak. De meeste zorgverleners (80%-90%) achten zich hiervoor redelijk tot zeer competent. Vooral zorgverleners die werkzaam zijn in GGZ (88%-97%) en in huisartsenpraktijken (87%-95%) voelen zich vaak redelijk tot volledig competent hierin.

In paragraaf 4.1 gaan we in op de vraag of zorgverleners de preventieve activiteiten wel of niet hun taak vonden en of ze deze daadwerkelijk hebben uitgevoerd. Paragraaf 4.2 gaat in op de mate waarin zorgverleners zich competent voelen voor het doen van preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik.

4.1 Taakopvatting

Zorgverleners die de preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik van toepassing vonden in hun werksituatie (gemiddeld 79% van de zorgverleners in dit onderzoek), gaven aan of het uitvoeren van deze preventieve activiteiten tot hun taak behoort en of ze die dan in het afgelopen jaar hebben uitgevoerd. De meeste zorgverleners (86%-90%) zien de onderscheiden preventieve activiteiten als onderdeel van hun takenpakket (tabel 4.1) en hebben die het afgelopen jaar ook daadwerkelijk gedaan (67%-70%).

De mate waarin zorgverleners de preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik als hun taak zien en deze ook daadwerkelijk in het afgelopen jaar hebben uitgevoerd, varieert per sector. Zorgverleners in de GGZ beschouwen het vaakst deze activiteiten als hun taak (94%-99%). Ook de andere zorgsectoren scoren zeer hoog, uitgezonderd de ziekenhuizen; bij zorgverleners in ziekenhuizen ziet een aanzienlijk deel (16%-37%) de preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik niet als hun taak (zie Bijlage B, tabel 4.1). Met name 'het signaleren van beginnende klachten van lichamelijke of psychische problemen bij cliënten met problematisch alcoholgebruik die *niet* ziek zijn' (vraag a), 'advies geven aan cliënten om alcoholgebruik te minderen' (vraag c) en 'gedragsverandering stimuleren bij cliënten om alcoholgebruik te minderen' (vraag d), beschouwt ruim een op de drie zorgverleners in een ziekenhuis (30%-37%) niet tot hun taak. Bij zorgverleners in de GGZ is dat percentage juist heel klein bij deze activiteiten (1%-6%).

Met betrekking tot het opleidingsniveau valt op dat verzorgenden en zorgverleners met minimaal een hbo-opleiding vaker preventieve activiteiten als hun taak zien dan zorgverleners met een mbo-opleiding op niveau 4. Kijken we echter naar degenen die de preventieve activiteiten niet alleen als hun taak zien, maar deze ook daadwerkelijk hebben uitgevoerd in de afgelopen 12 maanden, dan geldt: hoe hoger de opleiding, hoe meer zorgverleners deze taak hebben uitgevoerd.

Tabel 4.1 Percentage zorgverleners dat het doen van preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik als hun taak ziet*

Preventieve activiteiten	ja, dit is mijn taak en heb ik gedaan	het is wel mijn taak, maar het is niet voorgekomen	nee, dit is niet mijn taak
a. Bij cliënten met problematisch alcoholgebruik die <u>niet</u> ziek zijn signaleren of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen (n=719) ^{1,2}	60,9	25,2	13,9
b. Bij cliënten met problematisch alcoholgebruik die <u>wel</u> ziek zijn signaleren of zij een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties(n=805) ^{1,2}	69,9	20,1	9,9
c. Algemeen advies geven aan cliënten over het minderen van alcoholgebruik (n=807) ^{1,2}	69,9	20,0	10,2
d. Gedragsverandering stimuleren bij cliënten om alcoholgebruik te minderen (n=799) ^{1,2}	67,1	20,8	12,1

*Percentages in rijen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen. Zorgverleners die de activiteit niet van toepassing vinden in hun werksituatie zijn buiten de analyse gelaten.

¹Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken (p<0,05). Zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners (p<0,05). Zie bijlage B.

4.2 Ervaren competenties

Zorgverleners die preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik als hun taak zien, gaven aan in welke mate zij zich daarvoor competent achten. De meeste zorgverleners (80%-90%) voelen zich redelijk tot zeer competent om de preventieve activiteiten uit te voeren (tabel 4.2). De mate waarin zorgverleners zich competent voelen, varieert over de verschillende preventieve activiteiten; (bijna) een op de vijf zorgverleners vindt zichzelf enigszins tot niet competent in het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten om alcoholgebruik te minderen (20%) en in het signaleren van beginnende klachten bij mensen met problematisch alcoholgebruik die *niet* ziek zijn (18%).

Een groot deel van de zorgverleners in de GGZ (66%-71%) en in huisartsenpraktijken (58%-78%) voelt zich zeer competent in preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik, terwijl een aanzienlijk deel van de zorgverleners in ziekenhuizen (17%-36%) zich daarin niet tot enigszins competent voelt (zie Bijlage B, tabel 4.2). Dit zich enigszins tot niet competent voelen in de preventieve activiteiten speelt bij zorgverleners in ziekenhuizen vooral bij het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten om alcoholgebruik te minderen: bij ruim een op de drie zorgverleners (36%) in ziekenhuizen is dit het geval. Kijkend naar het opleidingsniveau geldt voor de mate waarin zorgverleners zich competent voelen voor het doen van preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe competenter men zich acht om deze taken uit te voeren.

Tabel 4.2 Mate waarin zorgverleners zich competent voelen voor het doen van preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik (in %)*

Preventieve activiteiten	helemaal niet/enigszins competent	in redelijke mate competent	in hoge mate/volledig competent
a. Signaleren bij cliënten met problematisch alcoholgebruik die <i>niet</i> ziek zijn of zij beginnende klachten vertonen van lichamelijke of psychische problemen (n=598) ¹	18,4	34,6	47,0
b. Signaleren bij cliënten met problematisch alcoholgebruik die <i>wel</i> ziek zijn of zij een verhoogd risico hebben op bijkomende problemen of complicaties (n=644) ^{1,2}	10,4	34,5	55,1
c. Algemeen advies geven aan cliënten over het minderen van alcoholgebruik (n=620) ^{1,2}	11,1	31,3	57,6
d. Gedragsverandering stimuleren bij cliënten om alcoholgebruik te minderen (n=659) ^{1,2}	19,7	27,9	52,4

*Percentages in rijen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen. Zorgverleners die de activiteit niet van toepassing vinden in hun werksituatie of die deze niet tot hun taak vinden behoren zijn buiten de analyse gelaten.

¹Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken (p<0,05). Zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners (p<0,05). Zie bijlage B.

5 Ondersteuning

Een aanzienlijk deel van de zorgverleners geeft aan dat meer ondersteuning hen helpt bij het uitvoeren van preventieve taken bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Ruim tweederde van de zorgverleners (69%) heeft behoefte aan één of meerdere vormen van scholing. Andere veel gewenste vormen van ondersteuning zijn samenwerkingsafspraken met andere professionals, een sociale kaart met informatie om een cliënt naar door te kunnen verwijzen en hulpmiddelen zoals richtlijnen of folders voor het geven van adviezen over roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik.

5.1 Scholingsbehoeften bij zorgverleners

Bijna de helft van de zorgverleners (45,8%) geeft aan dat scholing over het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben, hen kan helpen zich competentier te voelen in de zorgverlening aan deze cliënten (tabel 5.1). Daarnaast geven zorgverleners aan scholing te willen over hoe het gesprek aan te gaan met deze cliënten (42,6%) en over adviezen te geven aan deze cliënten (35,9%). Ook geeft bijna de helft van de zorgverleners (45,1%) aan dat regelmatige casuïstiekbespreking en/of intervisiebijeenkomsten over deze cliënten hen kan helpen zich competentier te voelen (tabel 5.1).

Er zijn verschillen in de vormen van ondersteuningsbehoefte tussen respondenten werkzaam in de verschillende zorgsectoren. Zo geven zorgverleners in de wijkverpleging (54,2%) en in de huisartsenpraktijk (47,7%) vaker aan behoefte te hebben aan scholing over het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben dan zorgverleners in andere sectoren. Aan scholing over hoe het gesprek aan te gaan met deze cliënten, hebben zorgverleners in de wijkverpleging (53,6%) meer behoefte dan zorgverleners in andere zorgsectoren; slechts een kwart van de zorgverleners in de GGZ (24,2%) geeft aan hier behoefte aan te hebben ter verhoging van de competentie. Behoefte aan casuïstiekbespreking en intervisiebijeenkomsten is voor zorgverleners in de GGZ (59%) en in de huisartsenpraktijk (53,9%) groter dan bij zorgverleners in de andere zorgsectoren (zie Bijlage B, tabel 5.1).

Gekeken naar opleidingsniveaus hebben de hbo- en hoger opgeleiden aan de ondersteuningsvormen 'regelmatige casuïstiekbespreking en/of intervisiebijeenkomsten' en 'het beschikbaar stellen van vakliteratuur' significant meer behoefte dan de zorgverleners met een lager opleidingsniveau. De scholingsbehoefte op alle andere onderwerpen is bij alle opleidingsniveaus gelijk.

Tabel 5.1 Ondersteuningsbehoeften bij zorgverleners ter verhoging van hun competentie bij cliënten die roken, met overgewicht of met problematisch alcoholgebruik (in %)

Ondersteuningsbehoeften bij zorgverleners ter verhoging van competentie (n=985)	ja	nee
a. Scholing over signaleren van een verhoogd risico bij cliënten door roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik	31,4	68,6
b. Scholing over adviezen geven bij cliënten over stoppen met roken, gezond gewicht of minderen van alcoholgebruik	35,9	64,1
c. Scholing over stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken of overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben ¹	45,8	54,2
d. Scholing over hoe het gesprek aan te gaan met een cliënt over roken, overgewicht (inclusief achterliggende problematiek) of problematisch alcoholgebruik ¹	42,6	57,4
e. Regelmatige casuïstiekbespreking en/of intervisiebijeenkomsten ^{1,2}	45,1	54,9
f. Het beschikbaar stellen van vakliteratuur ^{1,2}	20,7	79,3
g. Anders ³	6,7	93,3
h. Geen van bovenstaande ¹	6,5	93,5
i. Weet ik niet ^{1,2}	6,2	93,8

¹Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken ($p < 0,05$). Zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners ($p < 0,05$). Zie bijlage B.

³Een grote diversiteit aan toelichtingen werd gegeven, zoals bijvoorbeeld behoefte aan ondersteuning op het gebied van e-learning m.b.t. de zorg aan genoemde cliënten, maar ook geheel andere zaken zoals behoefte aan een lagere werkdruk waardoor er meer tijd is voor preventie; ook geven sommige zorgverleners aan geen scholingsbehoefte te hebben, omdat ze al specifieke scholing volgen of hebben gevolgd.

5.2 Gewenste scholingsthema's

Ruim tweederde van de zorgverleners (69%) geeft aan behoefte te hebben aan één of meerdere vormen van scholing. Een grote minderheid van de zorgverleners (40%) geeft aan behoefte te hebben aan scholing over preventieve activiteiten bij cliënten die roken; ruim de helft van de zorgverleners heeft behoefte aan scholing over preventieve activiteiten bij cliënten met overgewicht (52%) en aan scholing over preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik (53%) (tabel 5.2). Scholing is gewenst op alle genoemde preventieve activiteiten, maar vooral over het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten en over het aangaan van het gesprek met cliënten.

Kijken we naar de specifieke activiteiten binnen de thema's, dan constateren we een aantal verschillen tussen de zorgsectoren in scholingsbehoefte (zie Bijlage B, tabel 5.2). Over het geven van adviezen aan cliënten die roken hebben zorgverleners in ziekenhuizen (25%) en wijkverpleging (25%) meer behoefte aan scholing dan zorgverleners in andere sectoren. Aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten die roken, geven zorgverleners in de GGZ (25%) en in de wijkverpleging (22%) aan meer behoefte te hebben dan zorgverleners in andere sectoren. Aan beide scholingsthema's over roken hebben zorgverleners in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking veruit het minst behoefte (14%). Bij het thema overgewicht zijn er geen significante verschillen tussen de verschillende zorgsectoren. Zorgverleners in de wijkverpleging (25%-42%) en in de huisartsenpraktijk (28%-40%) hebben veel meer behoefte aan scholing over het thema problematisch alcoholgebruik dan zorgverleners in andere sectoren; bij zorgverleners in de zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking is die behoefte het kleinst (15%-19%).

Hbo- en hoger opgeleide zorgprofessionals hebben op het thema problematisch alcoholgebruik meer behoefte aan scholing over het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten (38%) en over het aangaan van een gesprek met cliënten (36%) dan professionals van een ander opleidingsniveau. Over andere onderwerpen en andere thema's zijn er geen opleidingsverschillen in de scholingsbehoefte (zie Bijlage B, tabel 5.2).

*Tabel 5.2 Gewenste scholingsthema's van zorgverleners over preventieve activiteiten bij cliënten die roken, met overgewicht, met problematisch alcoholgebruik (in %)**

Gewenste scholingsthema's (n=985)	roken	overgewicht	problematisch alcoholgebruik
Behoeftte aan scholing op ten minste een van de preventieve activiteiten bij de thema's roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik	40,2	52,2	52,5
a. Gewenste scholing over signaleren van een verhoogd risico bij cliënten ^{1,2}	20,4	25,6	24,7
b. Gewenste scholing over het geven van adviezen aan cliënten ^{1,2}	23,7	28,7	27,8
c. Gewenste scholing over het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten ^{2,3}	32,2	38,1	35,7
d. Gewenste scholing over het aangaan van het gesprek met cliënten ^{2,3}	28,9	36,1	35,3

*n=totaal aantal zorgverleners dat deze scholingsthema's heeft ingevuld, meerdere antwoorden waren mogelijk.

¹Statistisch significant verschil op het gebied van roken tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken ($p < 0,05$), zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil op het gebied van problematisch alcoholgebruik tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken ($p < 0,05$), zie bijlage B.

³Statistisch significant verschil op het gebied van problematisch alcoholgebruik tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners ($p < 0,05$), zie bijlage B.

5.3 Andere bronnen van ondersteuning

De zorgverleners gaven naast de scholingsbehoefte, eveneens aan welke ondersteuning in de randvoorwaardelijke sfeer zij wensen. Ruim de helft (58%) geeft aan dat het belangrijk is dat er samenwerkingsafspraken gemaakt worden met andere professionals uit de zorg én het sociale domein over wie wat doet. Een sociale kaart met informatie om een cliënt naar door te kunnen verwijzen (52%) en hulpmiddelen zoals richtlijnen of folders voor het geven van adviezen over roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik (47%) worden daarnaast als belangrijke ondersteuningsbronnen gezien.

Genoemde ondersteuningsvormen variëren per zorgsector (zie Bijlage B, tabel 5.3). Daar waar men de zorg verwacht te verbeteren door samenwerkingsafspraken met andere professionals is er een significant verschil tussen de zorgsectoren en varieert dit van 45% bij zorgverleners in ziekenhuizen tot 65% bij zorgverleners in de wijkverpleging. Een sociale kaart met informatie om een cliënt naar door te kunnen verwijzen, beschouwen zorgverleners in de wijkverpleging (60%) en in de huisartsenpraktijk (68%) vaak als een belangrijke ondersteuningsmogelijkheid, terwijl dit voor slechts ruim een kwart (28%) van de zorgverleners in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking geldt. En daar waar ruim de helft van de zorgverleners in de huisartsenpraktijk (54%) beter inzicht in het lokale aanbod op het gebied van bewegen, sporten of verbeteren van de leefstijl als een belangrijke ondersteuningsmogelijkheid ziet ter

verhoging van de competentie, geldt dat in veel mindere mate bij zorgverleners in ziekenhuizen (20%). Een laatste opvallend verschil tussen de zorgsectoren zien we in het belang dat zorgverleners hechten aan duidelijkheid over financieringsmogelijkheden voor het geven van adviezen over roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik. Waar in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking slechts ongeveer een op de acht zorgverleners (13%) dit een geschikte ondersteuningsmogelijkheid vindt, zien ruim driemaal zoveel zorgverleners in de huisartsenpraktijk (42%) dit als een geschikte ondersteuningsmogelijkheid.

Ruim 6% van de zorgverleners gaf op dit onderdeel een grote diversiteit aan open antwoorden, waaronder ook andere geschikte ondersteuningsmogelijkheden, zoals bijvoorbeeld gesprekstechniek, maar ook geen barrières opwerpen in de vorm van formuleren, financiële voorwaarden, kwaliteitsregisters, etc.

*Tabel 5.3 Geschikte ondersteuningsmogelijkheden volgens zorgverleners ter verbetering van de zorg aan cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben (in %)**

Ondersteuningsmogelijkheden voor zorgverleners (n=978)	ja	nee
a. Duidelijke samenwerkingsafspraken tussen professionals over wie wat doet, zowel met zorgprofessionals als professionals uit het sociaal domein ^{1,2}	58,1	41,9
b. Een sociale kaart met informatie om een cliënt naar door te kunnen verwijzen ^{1,2}	52,3	47,8
c. Beter inzicht in het lokale aanbod op het gebied van bewegen, sporten of verbeteren van de leefstijl ^{1,2}	36,9	63,1
d. Hulpmiddelen voor het geven van adviezen over roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik (bijvoorbeeld een richtlijn of folders) ¹	46,9	53,1
e. Meer tijd voor het geven van adviezen over roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik ^{1,2}	36,1	63,9
f. Duidelijkheid over financieringsmogelijkheden voor het geven van adviezen over roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik ^{1,2}	28,8	71,2
g. Andere vorm van ondersteuning	6,4	93,6
h. Geen van bovenstaande ^{1,2}	4,3	95,7
i. Weet ik niet ^{1,2}	5,4	94,6

*Percentages in rijen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen.

¹Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werken (p<0,05). Zie bijlage B.

²Statistisch significant verschil tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners (p<0,05). Zie bijlage B.

6 Conclusies

6.1 Algemene conclusie

Het Nationaal Preventieakkoord wil een omslag van het bestrijden van ziekte naar het bevorderen van gezondheid. Voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners betekent dat meer aandacht voor preventie²⁰.

Dit rapport over preventieve activiteiten van zorgverleners bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben, draagt bij aan deze ambitie. We hebben onderzocht welke taken zorgverleners op dit gebied hebben, hoe zij hun competenties inschatten om die taken uit te voeren en welke ondersteuningsmogelijkheden zorgverleners wensen om de preventie verder te verbeteren.

Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners vinden in meerderheid, zo blijkt uit het vragenlijstonderzoek, dat preventieve activiteiten tot hun taak behoren als het gaat om roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik. Ook hebben de meeste zorgverleners deze activiteiten uitgevoerd in het afgelopen jaar. In meerderheid achten de zorgverleners zich redelijk tot zeer competent om preventieve activiteiten uit te voeren. In zowel de taakopvatting en uitvoering van de activiteiten, als in de ervaren competentie laat het onderzoek duidelijke verschillen zien tussen de zorgsectoren waarin de zorgverleners werkzaam zijn. Ook laat het onderzoek duidelijke verschillen zien tussen de opleidingsniveaus van de zorgverleners.

Een aanzienlijk deel van de zorgverleners geeft aan dat scholing hen competenter maakt in preventie bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Andere belangrijke vormen van ondersteuning die de preventie kunnen verbeteren, zijn samenwerkingsafspraken met andere professionals, een sociale kaart met informatie om een cliënt door te kunnen verwijzen en hulpmiddelen, zoals richtlijnen en foldermateriaal, voor het geven van adviezen.

6.2 Conclusies en beschouwing

Preventieve activiteiten

Bij de preventieve activiteiten werd onderscheid gemaakt in signaleren, adviseren en gedragsveranderingen stimuleren. Veruit de meeste zorgverleners rekenen deze activiteiten tot hun taak bij cliënten die roken (79%-90%), overgewicht hebben (82%-91%) of problematisch alcoholgebruik kennen (86%-90%). Een meerderheid van de zorgverleners heeft deze activiteiten in het afgelopen jaar uitgevoerd bij cliënten die roken (61%-81%), bij cliënten met overgewicht (64%-84%) of bij cliënten met problematisch alcoholgebruik (61%-70%).

Of zorgverleners preventie als taak zien en preventieve activiteiten uitvoeren verschilt sterk per zorgsector. Zo rekenen zorgverleners in huisartsenpraktijken (79%-97%) vaker dan zorgverleners in andere sectoren preventieve activiteiten op alle thema's tot hun taak. Zorgverleners in de GGZ zien het vaakst van alle zorgverleners preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik als hun taak (94%-99%). Dit komt mogelijk omdat in deze zorgsector, vaker dan in andere sectoren, veel cliënten problematisch alcoholgebruik vertonen.

In vergelijking tot zorgverleners in andere sectoren, geven relatief veel zorgverleners in ziekenhuizen aan dat het niet hun taak is om advies te geven aan cliënten met overgewicht (27%) of advies te geven aan

²⁰ Ministerie van VWS, 2018

cliënten met problematisch alcoholgebruik (30%); in de andere sectoren ligt dit percentage ruim onder de 10%. Een mogelijke verklaring is dat zorgverleners in ziekenhuizen wellicht meer gefocust zijn op de behandeling van de aandoening waarvoor de cliënt is opgenomen en veel minder op de onderliggende oorzaak of preventie van achteruitgang op langere termijn.

“In een algemeen ziekenhuis zijn patiënten er voor acute problemen. Het bespreken van lifestyle preventief is vaak al te laat” – gespecialiseerd verpleegkundige in een ziekenhuis

Competenties

De meeste zorgverleners (80%-89%) voelen zich redelijk tot zeer competent om de preventieve activiteiten uit te voeren. Dit geldt voor zowel signalering, als advisering en het stimuleren van gedragsverandering. Een kleine minderheid van de zorgverleners met hbo- en hogere opleiding (7%-16%) en zorgverleners op mbo-4 niveau (13%-24%) acht zich hiertoe niet tot slechts enigszins competent. Bij verzorgenden is dit wat meer (19%-31%).

Er zijn subgroepen die zich op bepaalde activiteiten minder competent of juist meer competent voelen. Zo vindt één op de drie tot één op de vijf zorgverleners in ziekenhuizen (20%-36%) dat zij niet tot enigszins competent zijn in het geven van advies aan en het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben.

Ook geeft een aanzienlijk deel van de zorgverleners in de wijkverpleging (16%-30%) aan zich niet tot enigszins competent te voelen in de zorgverlening van preventieve activiteiten bij deze cliënten.

“Het zijn wel erg grote onderwerpen en ik kan niet op alle 3 de onderwerpen deskundig zijn” – hbo-opgeleide verpleegkundige in de wijkverpleging

Zorgverleners in huisartsenpraktijken geven in overgrote meerderheid (87%-96%) aan zich competent te voelen in het signaleren, advies geven en het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Volgens het beroepsprofiel van praktijkondersteuners, verleent de praktijkondersteuner in overleg met een cliënt ondersteuning bij het realiseren van een gezonde leefstijl in relatie tot (potentiële) gezondheidsproblematiek²¹. Met name in advies geven aan en gedragsverandering stimuleren bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben, voelen zorgverleners in huisartsenpraktijken zich in overgrote meerderheid (91%-96%) competent. Volgens de NHG richtlijn Leefstijladvisering²² kan de huisarts de advisering en ondersteuning delegeren naar de praktijkondersteuner. Dit onderzoek laat zien dat praktijkondersteuners zichzelf ook als competent daarin ervaren.

In ons onderzoek zijn de respondenten die ‘niet van toepassing op mijn werksituatie’ aankruisten op de vragen over hun taakopvatting en hun competenties, buiten de analyse over taakopvatting en competenties gelaten, hetgeen mogelijk tot enige overschatting van de uitkomsten heeft geleid bij taakopvatting en competenties van de zorgverleners.

Behoeftes aan deskundigheidsbevordering

Ruim tweederde van de zorgverleners (69%) geeft aan behoefte te hebben aan scholing om hen meer competent te maken in preventieve activiteiten bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Zij hebben vooral behoefte aan scholing over preventieve activiteiten bij cliënten met problematisch alcoholgebruik (53%) en cliënten met overgewicht (52%), meer dan behoefte aan scholing over preventieve activiteiten bij cliënten (40%) die roken. De deelakkoorden uit het Nationaal Preventieakkoord die gaan over overgewicht en problematisch alcoholgebruik zijn niet ondertekend door

²¹ Rapport POH Transitie 2017 ter herziening van het competentieprofiel praktijkondersteuner huisartsen 2004

²² <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1&q=node/65425>

beroepsverenigingen van de zorgverleners uit ons onderzoek, terwijl hier de grootste scholingsbehoeften liggen. Het deelakkoord roken is door beroepsvereniging Verpleegkundigen&Verzorgenden Nederland (V&VN) ondertekend.

Als we de behoefte aan deskundigheidsbevordering terugkoppelen naar de beroepsprofielen, zien we dat de behoeften van de zorgverleners nauw samenhangen met het opleidingsniveau van de zorgverlener. Bij de verzorgenden geeft een aanzienlijk deel (39%) aan, behoefte te hebben aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Deze signaleringsfunctie vinden we ook terug in het beroepsprofiel van verzorgenden. Aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten met overgewicht (30%) is hierbij het meest behoefte.

Naast behoefte aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben (31%), geeft een aanzienlijk deel van de zorgverleners op mbo-4 niveau (38%) conform hun beroepsprofielen aan behoefte aan scholing te hebben over het adviseren van cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Aan adviezen over cliënten met overgewicht (29%), is hieraan iets meer behoefte dan aan het adviseren van cliënten die roken (21%) en het adviseren van cliënten met problematisch alcoholgebruik (25%).

Naast behoefte aan scholing over het signaleren van een verhoogd risico bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben (30%) en behoefte aan scholing over het adviseren van deze cliënten (35%), heeft de helft van de zorgverleners op hbo/hbo+ niveau (49%) conform hun beroepsprofiel behoefte aan scholing over het stimuleren van gedragsverandering bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben.

“Ik ben nu bezig met de hbo-V. Hier wordt ook les gegeven in Motiverende Gespreksvoering. Dit is erg prettig bij deze doelgroep. Zou eigenlijk ook in de teams moeten gebeuren” – mbo-opgeleide verpleegkundige GGZ

De scholingsbehoeften hangen ook samen met de zorgsector waarin de zorgverlener werkzaam is. Zorgverleners in ziekenhuizen, in de wijkverpleging en in de huisartsenpraktijk hebben meer behoefte aan scholing over preventieve activiteiten bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben dan zorgverleners in de GGZ en in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking. Een mogelijke reden voor de scholingsbehoefte van zorgverleners in de wijkverpleging is dat een aanzienlijk deel van hen (17%-30%) zich hierin niet tot enigszins competent voelde. Dat geldt mogelijk ook voor zorgverleners in ziekenhuizen van wie eveneens een aanzienlijk deel (20%-36%) aangaf zich hierin niet tot enigszins competent te voelen bij deze cliënten. Mogelijke reden voor de scholingsbehoefte van zorgverleners in de huisartsenpraktijk is dat deze zorgverleners veelvuldig te maken zeggen te hebben met deze problematiek en daarom hun competentie, die al als heel behoorlijk werd ingeschat, toch nog willen verbeteren.

“Scholing vind ik erg belangrijk, je kunt niet vaak genoeg je kennis verdiepen en opfrissen. Ook is het goed om de valkuilen uit je eigen handelen te halen - routine en de automatische piloot zijn grote valkuilen; maatwerk en creativiteit is belangrijk bij leefstijl veranderingen” – praktijkondersteuner

Het voornemen in het Nationaal Preventieakkoord dat er uiterlijk 2030 aandacht voor preventie en leefstijl is in het curriculum van zorgopleidingen, ondersteunt de behoefte aan scholing van bepaalde groepen zorgverleners.

De zorgverleners hebben niet alleen behoefte aan deskundigheidsbevordering via scholingen. Bijna de helft (45%) heeft behoefte aan casuïstiekbespreking en/of intervisiebijeenkomsten en een op de vijf (21%) heeft

behoefte aan meer vakliteratuur. Zorgverleners op hbo/hbo+ niveau hebben hier significant meer behoefte aan dan de zorgverleners met een lager opleidingsniveau.

Overige ondersteuning

Duidelijke samenwerkingsafspraken tussen professionals over wie wat doet (zowel met zorgprofessionals als professionals uit het sociaal domein) is een ondersteuningsmogelijkheid die veelvuldig wordt genoemd (58%), vooral door zorgverleners in de wijkverpleging (65%), in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking (63%) en in de GGZ (62%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat hun cliënten vaker brede ondersteuning nodig hebben waar zowel zorg als sociaal domein bij betrokken zijn.

Zorgverleners in de huisartsenpraktijk (68%) en in de wijkverpleging (60%) zien een sociale kaart met informatie om een cliënt door te kunnen verwijzen vanuit het vaakst als geschikte ondersteuningsmogelijkheid. Mogelijk hebben zij van alle zorgverleners het meest mee te maken met doorverwijzingen naar anderen.

Bijna de helft van de zorgverleners (47%) heeft behoefte aan hulpmiddelen voor het geven van adviezen over roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik; hieraan is vooral bij zorgverleners in de huisartsenpraktijk (53%), in de wijkverpleging (49%) en in ziekenhuizen (46%) behoefte.

Ruim een derde van de zorgverleners (36%) geeft aan behoefte te hebben aan meer tijd voor het geven van adviezen over roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik, m.n. zorgverleners in de wijkverpleging (43%) en in de huisartsenpraktijk (38%). Mogelijk zijn zij de zorgverleners die het vaakst vragen op dit gebied krijgen, omdat zij werkzaam zijn in de thuissituatie en deze problematiek ook in het Nationaal Preventieakkoord aan de cliënt in de thuissituatie wordt geadresseerd: "Een sluitende keten van preventie en zorg omvat een brede blik op de volledige problematiek van het individu of het gezin"²³.

6.3 Tot slot

Dit onderzoek laat zien dat verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners zich bewust zijn van hun taken als het gaat om roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik bij hun cliënten. De preventieve activiteiten worden door een meerderheid van de zorgverleners uitgevoerd en een meerderheid van de zorgverleners geeft aan daar voldoende tot zeer competent in te zijn. Tegelijkertijd geven zorgverleners aan dat zij behoefte hebben aan scholing en aan samenwerkingsafspraken met andere professionals over taakuitvoering en verwijsmogelijkheden. De groep die aangeeft behoefte te hebben aan deze scholings- en andere ondersteuningsmogelijkheden in preventieve activiteiten bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben, is veel groter dan de groep die aangeeft zich hierin minder competent te voelen. Hieruit concluderen we dat zorgverleners behoefte hebben aan verbetering van de kwaliteit van de preventie bij cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben. Dit is een goede basis voor de in het Nationaal Preventieakkoord gewenste omslag van bestrijden van ziekte naar het bevorderen van gezondheid.

"Hopelijk komen er goedkope korte informatieve cursussen/bijeenkomsten, al dan niet online te volgen op je eigen tijden (gezien onregelmatig werk) zodat hulpverleners zichzelf kunnen scholen op deze punten. Of als dit al bestaat dat deze informatie makkelijker te vinden en hierdoor ook te verspreiden is" – hbo-opgeleide agogisch begeleider

²³ Ministerie van VWS, 2018

Literatuur

- Expertgroep van de Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH). Rapport POH Transitie, 20 april 2017.
Beschikbaar via: https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/Rapport_POH_Transitie-20_april_2017.pdf
- Folder congres “Dag van de preventie. Van sickcare naar healthcare” – 17 april 2019
- Maurits, E., Veer, A. de, Francke, A. (2015) Competenties in een veranderende gezondheidszorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Utrecht: Nivel
- NVZ, NFU, Patiëntfederatie Nederland, ZKN, FMS, ZN, V&VN en VWS. (2018) Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. Beschikbaar via:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/06/04/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nationaal Preventie-akkoord. Naar een gezonder Nederland, november 2018. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>
- Stuurgroep beroepsprofielen en overgangsregeling. (2015a) Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging: Beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige. Beschikbaar via:
<https://www.venvn.nl/beroepsprofielen>
- Stuurgroep beroepsprofielen en overgangsregeling. (2015b) Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging: Beroepsprofiel mbo-opgeleide verpleegkundige. Beschikbaar via:
<https://www.venvn.nl/beroepsprofielen>
- Stuurgroep beroepsprofielen en overgangsregeling. (2015c) Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging: Beroepsprofiel verzorgende IG. Beschikbaar via: <https://www.venvn.nl/beroepsprofielen>
- VGN Competentieprofielen Gehandicaptenzorg, 2018. Beschikbaar via:
voor ABC-niveau: Landelijk competentieprofiel voor beroepskrachten (niveau ABC) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg:
https://legacy.vgn.nl/media/5aa25790c3d47/Beroepscompetentieprofiel+ABC+DEF.pdf?_ga=2.258610895.493777893.1550839409-1656664853.1550588305
voor D-niveau: Beroepscompetentieprofiel voor beroepskrachten met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg:
https://legacy.vgn.nl/media/5aa25790ca1b6/Beroepscompetentieprofiel+D+DEF.pdf?_ga=2.258610895.493777893.1550839409-1656664853.1550588305
- Volksgezondheidszorg. (2018) Preventie in Volksgezondheidszorg.info. Beschikbaar via:
<https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-doelgroepen-van-preventie>

Bijlage A Methode vragenlijstonderzoek

A.1 Vragenlijst

De vragenlijst bestond grotendeels uit voorgestructureerde vragen en bevatte de volgende onderdelen:

- De taakopvatting van preventieve activiteiten op het gebied van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik en in hoeverre de zorgverlener zich competent voelt om preventieve activiteiten op genoemde gebieden uit te voeren.
- Aan welke manieren de zorgverlener behoefte heeft om de zorgverlening te verbeteren. De oplossingsrichtingen zijn op het gebied van scholingen op de verschillende preventieve activiteiten en op het gebied van ondersteunende activiteiten op de werkvloer m.b.t. de verschillende preventieve activiteiten.

Aan de hand van de onderzoeksvragen en relevante literatuur is een eerste opzet van de vragenlijst gemaakt. De conceptversie van de vragenlijst is intern voorgelegd aan de onderzoekers in de projectgroep. Aanvullingen van deze deskundigen werden verwerkt in de vragenlijst. Vervolgens is de vragenlijst voorgelegd aan drie beleidsmedewerkers van het Ministerie van VWS voor controle op volledigheid. Naar aanleiding van hun reacties is de vragenlijst nogmaals aangepast en definitief gemaakt.

A.2 Procedure

Voor dit onderzoek hebben we via e-mail deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging benaderd. De mail bevatte een persoonlijke link naar de online vragenlijst. Na één en na twee weken is er een herinneringsmail gestuurd aan de deelnemers die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld. Onder de deelnemers die de vragenlijst invulden zijn 10 cadeaubonnen van 20 euro verloot.

A.3 Benaderde zorgverleners

De vragenlijst was bedoeld voor zorgverleners in wijkverpleging, ziekenhuizen, de GGZ, zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking en huisartsenzorg die te maken hebben met cliënten die roken, overgewicht of problematisch alcoholgebruik hebben en is uitgezet onder deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (V&V)²⁴. Het Panel V&V verzamelt op landelijk niveau informatie over de meningen en ervaringen van zorgverleners over beroepsinhoudelijke onderwerpen en werkbeleving. Het Panel V&V bestaat uit ongeveer 2700 verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders en praktijkondersteuners die regelmatig vragenlijsten invullen. Deelnemers van het Panel V&V werken in de directe cliëntenzorg in de wijkverpleging, ziekenhuizen, de GGZ, zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking, intramurale ouderenzorg en huisartsenzorg. Het Nivel beheert het Panel V&V. Om representatief te blijven worden regelmatig nieuwe deelnemers geworven. De werving van paneeldeelnemers loopt via het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl). Onderdeel van dit onderzoeksprogramma is een terugkerende werknemersenquête onder een representatieve steekproef van werknemers in de zorg. In de jaren voor 2015 werd voor het steekproefkader gebruik gemaakt van het adressenbestand van het UWV. Echter sinds 2015 is dit niet meer mogelijk en vindt de werving plaats via het "Pensioenfonds Zorg en Welzijn" (PFZW) en het "Pensioenfonds ABP" (ABP).

²⁴ Zie: www.nivel.nl/panelenv

A.4 Respons

De vragenlijst werd via e-mail verstuurd naar 2309 deelnemers van het panel. Een aantal deelnemers was onterecht benaderd om verschillende redenen (verkeerde e-mail n=16, werkt niet meer in de zorgsector n=12 of behoort niet tot de doelgroep van het onderzoek n=14). Zo bleven er netto in totaal 2265 zorgverleners over. Van deze deelnemers vulden er 1059 de vragenlijst in (netto respons: 46,8%). Dit percentage is waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke respons, omdat een deel van de deelnemers die niet hebben gereageerd mogelijk niet tot de doelgroep hoorde en dus onterecht benaderd was. De 1059 vragenlijsten die zijn ingevuld, waren geschikt voor analyses. De responspercentages per zorgsector variëren: van 45% bij zorgverleners in huisartsenpraktijk, wijkverpleging en zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking tot 47% bij zorgverleners in GGZ en 48% bij zorgverleners in ziekenhuis.

Tabel A.1 beschrijft de kenmerken van de zorgverleners die de vragenlijst hebben ingevuld.

Tabel A.1: Achtergrondkenmerken zorgverleners (n=1059)

	Zorgverleners Panel V&V
Geslacht:	
Man	10,8% (n=114)
Vrouw	89,2% (n=945)
Leeftijd gemiddeld:	
	49,8 jaar
18 t/m 35 jaar	13,6% (n=144)
36 t/m 45 jaar	15,2% (n=161)
46 t/m 55 jaar	37,3% (n=395)
56 jaar en ouder	33,9% (n=359)
Zorgsector¹	
Ziekenhuis (algemeen & academisch)	19,4% (n=205)
Geestelijke gezondheidszorg	9,2% (n=97)
Zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking	15,2% (n=161)
Wijkverpleging	31,0% (n=328)
Huisartsenpraktijk/huisartsenpost/gezondheidscentrum	25,3% (n=268)
Opleidingsniveau¹	
Hbo/hbo+-opgeleide professionals	54,4% (n=576)
Mbo-4 opgeleide professionals	34,6% (n=366)
Mbo-3 opgeleide professionals	11,1% (n=117)

¹Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen.

Tabel A.2a: Opleidingsniveaus van de zorgverleners per zorgsectoren (in % ; n=1059)

Zorgsector	mbo-3 opgeleide professionals (n=124)	mbo-4 opgeleide professionals (n=351)	hbo/hbo+ opgeleide professionals (n=584)
Zorgsector*			
Ziekenhuis	0	52,7 (n=108)	47,3 (n=97)
GGZ	1,0 (n=1)	43,3 (n=42)	55,7 (n=54)
Zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking ¹	3,7 (n=6)	64,6 (n=104)	31,7 (n=51)
Wijkverpleging	33,5 (n=110)	25,6 (n=84)	40,9 (n=134)
Huisartsenpraktijk	0	10,5 (n=28)	89,6 (n=240)

¹Van de zorgverleners met een sociaal-agogische mbo-4-opleiding, werkt 94% (n=32) in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking; 73% (n=38) van de zorgverleners met een sociaal-agogische hbo-opleiding werkt in deze sector.

*Percentages in rijen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen.

Tabel A.2b: Opleidingsniveaus van de zorgverleners in de verschillende zorgsectoren (in % ; n=1059)

Zorgsector	mbo-3 opgeleide professionals (n=124)	mbo-4 opgeleide professionals (n=351)	hbo/hbo+ opgeleide professionals (n=584)
Zorgsector			
Ziekenhuis	0	29,5 (n=108)	16,8 (n=97)
GGZ	0,9 (n=1)	11,5 (n=42)	9,4 (n=54)
Zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking ¹	5,1 (n=6)	28,4 (n=104)	8,9 (n=51)
Wijkverpleging	94,0 (n=110)	23,0 (n=84)	23,3 (n=134)
Huisartsenpraktijk	0	7,7 (n=28)	41,7 (n=240)

¹Van de zorgverleners met een sociaal-agogische mbo-4-opleiding, werkt 94% (n=32) in de zorg voor cliënten met een (verstandelijke) beperking; 73% (n=38) van de zorgverleners met een sociaal-agogische hbo-opleiding werkt in deze sector.

*Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, vanwege afrondingsverschillen.

A.5 Analyses

Met het statistisch programma STATA versie 15.1 zijn beschrijvende analyses uitgevoerd. Verschillen tussen groepen zijn getoetst met een Chi-kwadraattoets met als significantieniveau $p < 0,05$.

Tabellenboek (separaat)

Bijlage B. Uitgebreide tabellen behorende bij hoofdstukken 2 t/m 5

Bijlage C. Preventieve activiteiten niet van toepassing in de in de werksituatie

