Overgewicht en obesitas bij kinderen

Ontwikkeling en evaluatie van een ondersteunende tool voor de huisartsenpraktijk.

Anne Marieke Wiggers, Universiteit van Antwerpen

Promotor: Prof. H. Bastiaens, Universiteit van Antwerpen

Co-promotor: Dr. K. Van Hoorenbeeck, Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

VOORWOORD **1**

ABSTRACT **2**

INTRODUCTIE **3**

DOELSTELLINGEN EN VRAAGSTELLING **7**

PATIËNTEN EN METHODOLOGIE **8**

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE **12**

RESULTATEN KWALITATIEVE STUDIE **14**

DISCUSSIE **24**

CONCLUSIE **30**

BRONVERMELDING **31**

DANKWOORD **33**

BIJLAGEN **34**

1. GOEDKEURING ETHISCH COMITE 35
2. BEKNOPTE VERSIE FLOWCHART 38
3. INTERVIEWS: SCRIPT 42
4. INTERVIEWS: CODEBOEK 44

Voorwoord

Deze thesis werd opgesteld door Anne Marieke Wiggers. Het is een wetenschappelijk project dat deel uitmaakt van de master-na master (MaNaMa) opleiding voor Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen. Het project liep over mijn volledige MaNaMa opleiding, van september 2015 tot en met mei 2017.

Het onderwerp van deze masterproef is "Overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten in de huisartspraktijk". Ik heb mijn masterthesis geneeskunde over hetzelfde onderwerp geschreven (1). Deze thesis bestond uit een uitgebreide systematische review, een interventiestudie en een pilootstudie. Ik heb dus al veel literatuur over het onderwerp gelezen, waardoor ik al redelijk veel kennis heb. Mijn interesse naar dit onderwerp is dankzij deze thesis alleen maar toegenomen. Bovendien blijkt uit eerdere master – en MaNaMa-thesissen (huisarts)geneeskunde dat er ondanks bestaande richtlijnen weinig praktische kennis is onder huisartsen over de diagnostisering en aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Het onderwerp is nochtans zeker maatschappelijk relevant, onder andere door de toenemende prevalentie en de psychologische en medische complicaties op zowel korte als lange termijn.

In het **eerste jaar** werd een studiedesign voor de studie opgesteld. Een aanvraag voor het Ethisch Comité werd vervolgens ingediend op 29/02/2016 en na herziening goedgekeurd op 27/04/2016 (bijlage 1). Tevens werd een eerste versie van de flowchart ontwikkeld op basis van bestaande internationale literatuur. In deze flowchart staat een overzichtelijk stappenplan voor aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk.
Het **tweede jaar** van de thesis werd gestart met een feedback-moment op de door mij ontwikkelde flowchart. Hierbij waren vijf gevestigde huisartsen aanwezig, die op voorhand de flowchart doorgestuurd hadden gekregen. De feedback die ik hier kreeg heb ik vervolgens gebruikt om de flowchart te herwerken. Tussen oktober 2016 en januari 2017 is de herwerkte flowchart getest in verschillende huisartsenpraktijken. In januari en februari 2017 nam ik vervolgens interviews af bij de deelnemende huisartsen om het gebruik te evalueren. Nadien heb ik de resultaten hiervan verwerkt in deze thesis.

De master-na-master thesis werd ingediend op 1 mei 2017 en zal worden verdedigd op 20 mei 2017. In dit werkstuk leest u meer over het onderzoek naar de ontwikkeling en gebruik van de flowchart. In de appendix vindt u de belangrijkste bijlagen van de thesis.

Abstract

Context: De prevalentie van overgewicht bij kinderen is de afgelopen decennia, zeker ook in de huisartsenpraktijk, toegenomen. De rol en taakverdeling van de (Vlaamse) huisarts in de aanpak van deze problematiek is onduidelijk.

Doel: Er werd nagegaan of huisartsen meer geneigd zijn overgewicht/obesitas bij kinderen aan te pakken aan de hand van een praktische tool. Een flowchart voor gebruik in de huisartsenpraktijk werd samengesteld op basis van nationale en internationale richtlijnen. De flowchart werd getest door acht gevestigde huisartsen. Met behulp van interviews werden de ervaringen van huisartsen geëvalueerd en verwerkt via thematische analyse.

Methode:
Deel 1: Recente master en MaNaMa-thesissen (huisarts)geneeskunde kaderend in overgewicht bij kinderen werden gelezen. Nationale en internationale richtlijnen werden opgezocht en beoordeeld; de belangrijkste richtlijnen werden gebruikt om een flowchart mee samen te stellen. De flowchart bestaat uit alle stappen gaande van de aanmelding tot en met de behandeling van kinderen met overgewicht door de huisarts. De flowchart werd bestudeerd in een focusgroep met vijf huisartsen. Feedback werd gebruikt om de flowchart te herzien.
Deel 2: Deze herziene versie werd vervolgens gedurende drie maanden getest in de praktijk door acht huisartsen. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews werden de ervaringen geëvalueerd. De resultaten werden verwerkt via thematische analyse.
Deelnemers*:* De focusgroep bestond uit vijf deelnemende huisartsen. De interviews werden afgenomen bij acht huisartsen. De groep huisartsen was gevarieerd in geslacht, leeftijd, werkervaring, soort praktijk en locatie van praktijk. Zowel academische als niet-academische huisartsen namen deel aan de studie.

Resultaten: Een flowchart werd samengesteld op basis van vijf recente richtlijnen. Sommige thema's in de richtlijnen kwamen overeen, terwijl bij andere geen consensus werd bereikt. Slechts drie van de acht deelnemende huisartsen uit de interventiestudie pasten de flowchart (gedeeltelijk) toe in de praktijk. Daarom is bij het afnemen en analyseren van de interviews de focus verlegd van de praktische evaluatie van de flowchart naar de drempels van huisartsen om de tool te gebruiken. Naast drempels als tijdsgebrek en psychologische factoren komt ook naar boven dat er beperkte kennis over dit onderwerp is onder huisartsen. De prevalentie wordt systematisch onderschat. De taakomschrijving van de huisarts was voordien onduidelijk. De hulpvraag komt zelden van de kinderen en/of ouders; er is een duidelijke taak weggelegd voor huisartsen om kinderen hierop aan te spreken. De flowchart geeft meer zekerheid, houvast en een duidelijke taakomschrijving voor de huisarts. Een compactere versie is nodig om tijdens de raadpleging te kunnen gebruiken.

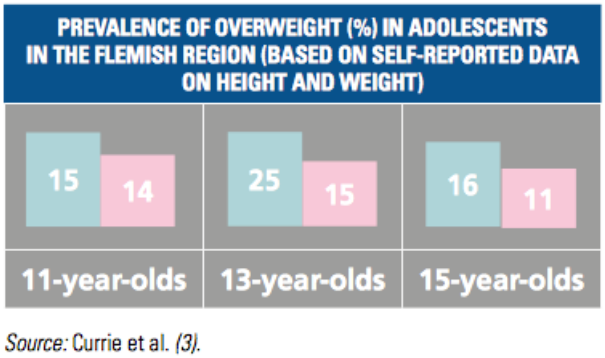
Conclusie: Overgewicht bij kinderen is belangrijk en prevalent. Huisartsen zijn de aangewezen personen om dit probleem bespreekbaar te maken met kinderen en/of hun ouders en zouden hun verantwoordelijkheid hierin moeten nemen. De verdere stappen in de aanpak kunnen naargelang arts- en patiëntprofiel door de huisarts of door andere hulpverleners worden voorzien. Een praktische tool als een flowchart kan bijdragen tot een duidelijkere taakomschrijving en betere praktijkvoering van de huisarts. Uit toekomstig onderzoek moet nog blijken of instrumenten zoals deze flowchart en bijscholingen leiden tot een hogere graad van diagnostisering en aanpak van overgewicht bij kinderen.

ICPC: T83 – Overgewicht P11 - Eetprobleem(en) bij kind

Introductie

De prevalentie van obesitas is de afgelopen twee tot drie decennia exponentieel toegenomen in de geïndustrialiseerde wereld (2). In Europa werd het ENERGY-project uitgevoerd. Uit deze studie bleek dat 25,8% van de jongens en 21,8% van de meisjes tot 12 jaar oud overgewicht of obesitas hadden (3).

De World Health Organisation (WHO) publiceerde in 2013 een artikel over de prevalentie in België (4). Hiervoor werd de Health Behaviour in School-aged Children Survey (HBSC) geëvalueerd waarbij gelijkaardige getallen werden gezien onder adolescenten in Vlaanderen (figuur 1).



Figuur 1. Uit: WHO. Belgium: Nutrician, Physicial Activity and Obesity. 2013.

De WHO heeft zelf ook een studie gedaan naar de prevalentie van overgewicht onder jongere kinderen in het WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Ook hier waren de getallen vergelijkbaar met die in het ENERGY project. 19,3% van de jongens en 18,4% van de meisjes van 6 jaar hadden overgewicht (inclusief obesitas). Onder 7-jarigen nam die prevalentie nog toe tot 23,4% en 24,3%. Onder 8-jarigen werden gelijkaardige getallen gevonden: 27,4% en 22,1% overgewicht (4).

De gezondheidsenquête van Vlaanderen in 2013, waarbij inwoners van Vlaanderen zelf bevraagd werden over hun gezondheid, toont aan dat 20% van de kinderen tussen 2-17 jaar overgewicht heeft en dat 7% zelfs obesitas heeft. De prevalentie van overgewicht in deze leeftijdscategorie is sterk toegenomen ten opzichte van 1997. De prevalentie van obesitas is hoger bij de jongste kinderen (2-4 jaar). In stedelijke gebieden komt obesitas meer voor dan in landelijke gebieden. (5)
Het opleidingsniveau speelt een rol in de prevalentie: gezinnen die lager geschoold zijn tonen een hoger voorkomen van overgewicht bij de kinderen: een op de drie kinderen uit lager opgeleide huishoudens heeft overgewicht (5).

Obesitas is een multifactoriële aandoening die leidt tot complicaties in het endocriene, gastro-intestinale, respiratoire, orthopedische, neurologische en cardiovasculaire systeem en tot psychosociale problematiek (1).

Preventie van overgewicht bij kinderen is van groot belang. Uit een MaNaMathesis blijkt dat huisartsen en andere eerstelijnswerkers bekend zijn met de traditionele taken zoals het bepalen van lengte, gewicht en BMI om groei en ontwikkeling te volgen. Maar er is een duidelijke nood om deze taken nog uit te breiden (6).

Kinderen met overgewicht kennen vaak zowel psychologische oorzaken als complicaties van hun gewicht. Mede daarom is het van belang kinderen met overgewicht tijdig op te vangen en te begeleiden. Uit eerdere thesissen blijkt dat hier een belangrijke taak voor de huisarts is weggelegd (7, 8). Ondervraagde ouders van kinderen tussen 6 en 12 jaar geven aan dat de aanpak van overgewicht bij kinderen de taak van de huisarts is en ze zijn het er unaniem over eens dat de huisarts dit ter sprake mag brengen, ook als dit niet de aanmeldingsklacht is (7). Dit wordt bevestigd in een grote enquête onder Nederlandse huisartsen, kinderen en ouders waarbij 93,8% van de ouders aangeven dat huisartsen het overgewicht ter sprake mogen brengen (9). Huisartsen hebben echter heel wat drempels om overgewicht bespreekbaar te maken; zij voelen zich beschaamd, angstig over de vertrouwensrelatie en psychologische impact, stigmatiserend en schuldig ten opzichte van kind en ouders (7-10). Ouders vinden het echter niet beledigend als je hierover begint – zij willen graag advies op maat van een gezondheidswerker waar ze vertrouwen in hebben (8).
Andere drempels om overgewicht bij kinderen aan te pakken in de eerste lijn zijn tijdsgebrek onder huisartsen (8) en belangrijker nog, gebrek aan kennis over praktische aanpak van dit probleem (7, 8, 10). De bestaande Nederlandstalige richtlijnen, waaronder Domus Medica, Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en Eetexpert.be, zijn volgens ondervraagde huisartsen vaak te tijdsintensief en te weinig praktisch om toe te passen in de dagdagelijkse praktijk (7, 10).

Een uitgebreide internationale review uit 2013 toont de verschillende mogelijke taken van een huisarts in het domein van overgewicht bij kinderen. Hierbij wordt zowel gefocust op primaire als secundaire preventie, aanpak, diagnostisering en behandeling van overgewicht en organisatie van zorg (11). Die mogelijke taken zijn hieronder opgesomd:

1. **Jaarlijkse BMI bepaling** van elk kind dat op raadpleging komt om met behulp van groeicurves een inschatting te maken van de groei en ontwikkeling van het kind. Tevens zou jaarlijks een korte toelichting gegeven kunnen worden over een gezonde leefstijl, bij zowel kinderen met een normaal als bij kinderen met onder- of overgewicht. In de praktijk blijken hier verschillende barrières voor te zijn, waaronder tijdsgebrek en een moeilijke toegang tot de groeicurves.
2. **Aanmoediging van een gezonde leefstijl** op individueel niveau, eventueel met behulp van educatief materiaal, heeft een positief effect. Vooral bij kinderen met (neiging naar) overgewicht kan een individueel gesprek met de huisarts van groot belang zijn. Ook zwangere vrouwen kunnen door de huisarts geïnformeerd worden over borstvoeding tijdens pre-of postnatale consultaties.
3. **Aanpak van kinderen met overgewicht**; hierbij blijkt een individuele aanpak door de eerste lijn zinvol te zijn. Uiteraard is het hier van groot belang om een juiste communicatie strategie te voorzien. Het betrekken van ouders en de rest van de familie blijkt noodzakelijk om de interventie tot een goed einde te brengen.
4. **Klinische vaardigheden ontwikkeling**. Het blijkt dat huisartsen na evidence-based training meer vertrouwen hebben in preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen. Dit kan gebeuren door middel van live trainingen of trainingen via de computer. Er wordt gesuggereerd dat de trainingen het volledige spectrum van zorg moeten bevatten, gaande van diagnose tot aanpak, omdat artsen gemotiveerder zullen zijn een kind met overgewicht te diagnosticeren als er voldoende vertrouwen is om verdere uitleg te geven en een behandeling op te starten.
5. **Verbetering van de 'infrastructuur'** met meer standaardisatie van de preventie en aanpak van overgewicht.
6. Verwijzing door de huisarts naar **georganiseerde programma's,** met als doel preventie of behandeling van overgewicht, heeft een positief effect op de motivatie van kinderen die in zo'n programma deelnemen.
7. **Gezondheidsbevordering op een hoger niveau**. Huisartsen hebben de mogelijkheid om naast de klassieke taken te dienen als rolmodellen, educatoren en promotoren van een gezonde leefstijl. Ze kunnen verschillende rollen voorzien in gezondsheidsinitiatieven zoals leiderschapsfuncties, planning en evaluatie van campagnes, adviseren over deze initiatieven, samenwerken met andere partners die een gezonde leefstijl aanmoedigen,…

Zoals blijkt uit de hiervoor vernoemde thesissen, wordt een aantal van deze taken opgenomen door Vlaamse huisartsen, maar kan dit naar de toekomst toe uitgebreid worden.

Met de juiste interventies kunnen huisartsen een belangrijke rol spelen in zowel preventie als behandeling van overgewicht bij kinderen en adolescenten. Artsen zullen meer geneigd zijn om een kind met overgewicht of obesitas als dusdanig te diagnosticeren wanneer er hulpmiddelen voorhanden zijn en ze zich zelfverzekerder voelen in het begeleiden van deze kinderen (9, 11). Daarom leek het mij zinvol om een praktische en overzichtelijke tool te maken voor gebruik in de huisartsenpraktijk.

Conclusie introductie

Gezien de toenemende prevalentie van overgewicht bij kinderen en adolescenten, gepaard gaande met zowel medische als psychosociale complicaties, is er niet alleen nood aan primaire maar ook aan secundaire preventie. Het blijkt dat zowel kinderen als hun ouders gewicht belangrijk vinden en vinden dat hierin een rol is weggelegd voor de huisarts.

Er zijn verschillende initiatieven om de taak van de huisarts hierin te omschrijven. Jammer genoeg zijn deze vaak te uitgebreid of juist te beperkt, zodat de huisarts – in combinatie met andere drempels om overgewicht bij kinderen aan te pakken – overgewicht bij kinderen vaak niet aanpakt.

Daarom was het doel van deze studie om een eenvoudige tool in de vorm van een flowchart te ontwikkelen voor gebruik in de huisartsenpraktijk en te evalueren of deze tool huisartsen meer aanzet tot het aanpakken van overgewicht bij kinderen.

Doelstellingen en vraagstelling

Literatuurstudie

Hoofdvraag

Hoe zou een ideale tool over de aanpak van overgewicht bij kinderen voor gebruik in de huisartsenpraktijk eruit zien?

Deelvragen

1. Welke Nederlandstalige richtlijnen bestaan er rond het thema?
2. Welke thesissen zijn er reeds geschreven in Vlaanderen rond dit onderwerp?
3. Zijn er internationale richtlijnen die een praktische tool bevatten over de aanpak van overgewicht en obesitas?

Met de resultaten uit de literatuurstudie wordt vervolgens de flowchart opgebouwd.

Kwantitatieve en kwalitatieve studie

Hoofdvraag

Wat zijn ervaringen van huisartsen met het gebruik van de flowchart in de praktijk?
Zijn ze meer geneigd om overgewicht/obesitas bij kinderen aan te pakken aan de hand van deze praktische tool ?

Deelvragen

1. Zien huisartsen de flowchart als een meerwaarde voor de aanpak van overgewicht bij kinderen? Op welke manier draagt de flowchart hierin bij?
2. Welke suggesties zijn er naar de toekomst toe in het verder ontwikkelen van een richtlijn of tool?

Patiënten en methodologie

Deel 1: Literatuurstudie en opstellen van de flowchart

Voorgaande thesissen

Via de website van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) werden bestaande thesissen rond overgewicht en obesitas bij kinderen opgezocht door de zoektermen "Overgewicht EN kinderen OF adolescenten" (n=111) toe te passen. De laatste search werd uitgevoerd in september 2016.

- Inclusiecriteria: maximaal 10 jaar geleden gepubliceerd.
- Exclusiecriteria: volwassenen. Specialistische aanpak.

Abstracts werden gelezen en beoordeeld op relevantie voor deze thesis. Deze thesissen werden volledig gelezen en gebruikt als informatiebron.

Nederlandstalige richtlijnen

Nederlandstalige richtlijnen werden opgezocht via CEBAM. De laatste search werd uitgevoerd in april 2017.

- Zoekterm "Overgewicht EN kinderen OF adolescenten".
- Inclusiecriteria: Guideline. Maximaal 10 jaar geleden gepubliceerd.
- Exclusiecriteria: volwassenen. Specialistische aanpak.

Slechts drie Nederlandstalige richtlijnen zijn gepubliceerd geweest. De Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) richtlijn focust meer op overgewicht/obesitas bij volwassenen en gaf slechts zeer beknopte informatie over de aanpak van overgewicht bij kinderen. Deze richtlijn is daarom niet mee betrokken in het ontwikkelen van de flowchart.

Internationale richtlijnen

Tevens werden internationale richtlijnen opgezocht rond secundaire preventie voor gebruik *in de huisartsenpraktijk.*

Als zoekmachine werd Pubmed gebruikt. De laatste search werd uitgevoerd in april 2017.

- Zoekterm "Overweight AND children" waarbij "Overweight" als MeSh-term werd ingevoerd (n= 24433)
- Article type: guideline en practice guideline (n=60)
- Restricties: maximaal 10 jaar oud (n=31)

Via National Guideline Clearinghouse werd een tweede search uitgevoerd. De laatste search werd uitgevoerd in april 2017.

- Zoekterm: "Overweight AND children" (n=48)
- Restricties: van 2008 tot 2016 , Adolescent and Children (n=24)

Van de richtlijnen verkregen uit de twee bovenstaande zoekopdrachten werden de abstracts gelezen en na toepassen van bijkomende exclusiecriteria (volwassenen, co-morbiditeiten, primaire preventie, tweede-of derdelijns geneeskunde, specialistische aanpak en maatschappelijke aanpak) bleef een klein aantal artikelen over (n=15).

Deze artikelen werden allemaal gelezen. Uiteindelijk voldeden vijf internationale richtlijnen aan de criteria. Twee hiervan (Spanje en Duitsland) waren enkel in eigen taal beschikbaar, de volledige tekst hiervan werd ook niet terug gevonden.

De andere drie richtlijnen werden volledig gelezen en samen met de Nederlandstalige richtlijnen gebruikt als bron voor de flowchart.

Flowchart

Op basis van de vernoemde Nederlandstalige en internationale richtlijnen (n=5) werd een flowchart samengesteld voor gebruik in de huisartsenpraktijk. Het doel was om een beknopte flowchart te ontwikkelen met alle stappen die een huisarts kan uitvoeren, gaande van de aanmelding tot en met de aanpak van overgewicht bij kinderen van 6 tot 18 jaar. Bij de flowchart werden ook voetnoten en bijlagen toegevoegd.

Een eerste versie van deze flowchart werd opgestuurd naar vijf huisartsen. Deze huisartsen werden verworven op basis van een e-mail die gestuurd werd naar een groep huisartsen, via het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Antwerpen (UA) en via het ICHO.

- Inclusiecriteria: gevestigde huisartsen
- Exclusiecriteria: huisartsen in opleiding, specialisten

Deze vijf huisartsen kwamen samen met de promotor van dit onderzoek en mijzelf om de flowchart door te nemen. Deze bijeenkomst werd volledig opgenomen op audio. Een van tevoren opgestelde vragenlijst werd overlopen, waarbij er ook mogelijkheid was tot extra opmerkingen en feedback op het einde van de sessie. Dit leverde veel informatie op, die zowel schriftelijk als op audio-opname werd vastgelegd. De feedback van de huisartsen werd gebruikt om de flowchart grondig te herwerken (flowchart in bijlage 2).

Deel 2: Testen van de flowchart in de praktijk

Design

Er werd gekozen voor kwalitatief onderzoek op basis van semi-gestructureerde interviews. Overgewicht bij kinderen is een delicaat onderwerp. Het gaat hierbij onder andere om drempels, ervaringen, gevoelens en communicatie-strategieën van huisartsen. Daarom werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethodologie. (12)

Onderzoekspopulatie

Voor deze studie werd een gevarieerde groep van huisartsen gezocht, bestaande uit mannelijke en vrouwelijke artsen van verschillende leeftijden, werkend in solo-praktijken maar ook in groepspraktijken zowel in de landelijke als stedelijke gebieden en zowel academische als niet academische huisartsen.

Er werden geen huisartsen-in-opleiding (HAIO's) geïncludeerd omdat de studie gaat over ervaringen van huisartsen, een ervaring die zeker bij een onderwerp als overgewicht bij kinderen eerder beperkt is bij HAIO's.

Om huisartsen te zoeken voor deelname aan deel twee van het onderzoek werd een e-mail verstuurd naar een grote groep huisartsen via verschillende kanalen: via het netwerk van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de UA en via de huisartsenpost Antwerpen Noord. Tevens werd via de ICHO-website een oproep geplaatst voor deelname aan het onderzoek.

Verloop interventieperiode

De huisartsen die wilden deelnemen aan de studie heb ik einde september 2016 een informatiepakket per post opgestuurd. Dit pakket bestond uit een informatieformulier voor huisartsen, een stappenplan voor deelname aan de studie, de flowchart met bijlagen en de goedkeuring van het Ethisch Comité.

Op de helft van de interventieperiode heb ik alle praktijken gecontacteerd om het verloop van de studie te bespreken. In de tussentijd konden de deelnemende huisartsen mij ook steeds telefonisch of per e-mail contacteren met vragen. Een interview werd afgesproken voor elke praktijk apart aan het einde van de interventieperiode.

Het schriftelijk bijhouden van patiëntengegevens werd niet verplicht. De bedoeling van de studie was vooral om de ervaringen van huisartsen te achterhalen; niet om systematisch patiëntendossiers te overlopen.

Dataverzamelingsmethode

De vragen van het interview zijn op voorhand opgesteld, met het oog op een kwalitatieve verwerking achteraf. Er is bij het opstellen van de interviews steeds rekening gehouden met de onderzoeksvraag. Er zijn twee versies van het interview ontwikkeld: een voor de artsen die de flowchart effectief hebben toegepast in de praktijk en een andere voor de artsen die de flowchart niet hebben kunnen toepassen op patiënten (script interviews in bijlage 3).

Er werd 60 minuten ingepland om het interview af te nemen. De deelnemende huisartsen werden hier vooraf duidelijk over geïnformeerd. Het interview is steeds in de praktijk van de huisarts afgenomen. Voor aanvang van het interview werden de onderzoekster en het doel van de studie nogmaals voorgesteld. Het gehele interview is na informed consent opgenomen met een audiorecorder. Ook is schriftelijk verslag gemaakt van de belangrijkste bevindingen. Het interview verliep steeds via de opgestelde vragenlijst alhoewel tijdens het interview soms vragen anders werden gesteld of toegevoegd naar aanleiding van wat de artsen zelf aanhaalden. Na afloop van het interview zijn de huisartsen ingelicht over het verdere verloop van de studie. De thesis wordt na indienen opgestuurd naar de huisartsen die deelnamen aan de studie.

Analyse

De resultaten van de interviews zijn verwerkt via een thematische analyse (13).

In het eerste stadium werd gebruik gemaakt van 'omschrijvende codering' waarbij van elk interview relevante uitspraken werden genoteerd en open codes werden toegevoegd. Memo's zijn bijgehouden, die mijn ideeën als onderzoekster beschrijven. Vervolgens zijn die codes gegroepeerd in 'sub-codes', die over alle interviews werden toegepast. Die sub-codes zijn vervolgens samengevoegd tot overkoepelende thema's. Deze thema's werden gebruikt om een visueel diagram te maken waarop verbanden werden weergeven. Hieruit is een tekst samengesteld die de belangrijkste resultaten weergeeft. Tijdens alle stadia werd teruggegrepen naar de onderzoeksvraag. Om de reflexiviteit over het onderzoeksproces te ondersteunen, werd regelmatig overlegd over de dataverzameling en analyse met de promotor.

Resultaten literatuurstudie

Een groot deel van de resultaten van de literatuurstudie werd reeds vermeld in de introductie. Om de flowchart op te stellen werd gebruik gemaakt van twee Nederlandstalige (14, 15) en drie internationale richtlijnen (16-18). De richtlijnen zijn verschenen tussen 2007 (14, 15) en 2015 (18). De meeste richtlijnen spitsen zich toe op alle kinderen (4-18 jaar); terwijl de Domus Medica richtlijn zich enkel richt op 2-12 jarigen.

De bevindingen uit deze richtlijnen werden ingedeeld in verschillende thema's om zo op een systematische manier de richtlijnen met elkaar te vergelijken. De thema's die aan bod kwamen waren: algemeen, indeling van overgewicht bij kinderen, ter sprake brengen, anamnese, klinisch onderzoek, verder onderzoek, verwijzing naar pediatrie, opvolging, voeding navragen, fysieke activiteit navragen, aanpak voeding, aanpak lifestyle, beweging, gedrag, medicatie en operatie.

De thema's en invulling van die thema's van zowel de nationale als internationale richtlijnen komen vaak overeen. Evidente thema's zoals diagnostisering zijn vaak heel duidelijk omschreven. Overgewicht of obesitas wordt vastgesteld op basis van het uitzetten van de Body Mass Index (BMI) in een BMI percentiel curve. BMI wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht aan de hand van een BMI-standaard deviatie score (BMI-SDS). Dit wordt verkregen door de graad van overgewicht te bepalen d.m.v. Cole's boxcox-transformatie. Zo wordt overgewicht gedefinieerd als BMI-SDS ≥1,1. Obesitas wordt gedefinieerd als BMI-SDS ≥2,3 (1, 19). In Vlaanderen worden groeicurven gebruikt die gebaseerd zijn op een cross-sectionele steekproef bij Vlaamse kinderen tussen 2001 – 2004 (14).

Bij anamnese en klinisch onderzoek wordt verder ingegaan op oorzaken of complicaties van overgewicht; in recentere richtlijnen wordt dit uitgebreider toegelicht dan in oudere richtlijnen. Voor verder onderzoek bestaat geen consensus over het te volgen beleid; waar sommige richtlijnen standaard een bloedname aanraden (16, 17) wordt in andere richtlijnen een bloedname alleen aanbevolen bij obesitas (14, 15, 18). De verwijzingscriteria voor advies van een pediater zijn niet altijd duidelijk omschreven maar gaan vooral over onderliggende oorzaken of complicaties van overgewicht.

Minder eenduidig zijn de adviezen rond communicatie en het ter sprake brengen van overgewicht. Sommige richtlijnen geven heel uitgebreide informatie (17, 18), terwijl andere minder uitgebreid zijn. Het betrekken van de familie wordt in alle richtlijnen duidelijk benadrukt.

De adviezen rond behandeling van kinderen met overgewicht en obesitas komen overeen in alle richtlijnen. Leefstijlveranderingen bestaande uit gezonde voeding en voldoende beweging met beperking van inactiviteit zijn steeds de eerste optie. Medicatie wordt in zeer uitzonderlijke gevallen door de specialist opgestart, vooral in aanwezigheid van co-morbiditeit zoals insulineresistentie of diabetes mellitus. Operaties zoals gastric bypass worden bij kinderen nooit door de huisarts aangeraden. Bij uitzonderlijke gevallen kan een specialist ervoor kiezen bij adolescenten toch een operatie voor te stellen.
De rol van de huisarts in de opvolging van overgewicht bij kinderen wordt in geen enkele richtlijn duidelijk omschreven en wisselt per land. Er worden geen duidelijke tijdscriteria en opvolgtaken omschreven buiten ondersteuning en aanmoediging.

De eerste versie van de flowchart werd zoals eerder vermeld, geëvalueerd door vijf huisartsen. Vooral over de thema's 'ter sprake brengen' en 'opvolging door de huisarts' vond discussie plaats. Dit zijn juist de thema's waarover ook in de gebruikte richtlijnen weinig informatie terug te vinden was. De feedback werd gebruikt om de flowchart te herwerken.

Resultaten kwalitatieve studie

Tussentijdse evaluatie

In de helft van de 'interventieperiode' heb ik alle deelnemende huisartsen gecontacteerd om een datum voor het interview af te spreken. Dit was ook een goed moment om te evalueren hoe het gebruik van de flowchart verliep. In de verschillende praktijken verliep het wisselend; in sommige praktijken werd de flowchart al toegepast, in andere praktijken werd tijdsgebrek aangebracht als drempel. Ook werd aangegeven dat het moeilijk was om de kinderen te 'includeren'.

Kwalitatieve interviews

Van de initieel tien deelnemende artsen, hebben acht artsen toestemming gegeven voor een interview. De belangrijkste kenmerken staan weergeven in de tabel:

Geslacht	**Aantal jaren ervaring**	**Soort praktijk**	**Gebied**	**Flowchart gebruikt?**
Man	36	Solopraktijk	Halfstedelijk	Ja
Man	35	Groepspraktijk	Platteland	Nee
Man	26	Groepspraktijk	Halfstedelijk	Nee
Vrouw	10	Wijkgezondheidscentrum	Stad	Ja
Vrouw	10	Duopraktijk	Stad	Nee
Vrouw	10	Duopraktijk	Stad	Nee
Vrouw	8	Groepspraktijk	Halfstedelijk	Ja
Vrouw	7	Groepspraktijk	Stad	Nee

Drie geïnterviewde huisartsen hebben de flowchart echt toegepast in de praktijk. De andere vijf huisartsen hebben de flowchart wel grondig bestudeerd, maar hebben de flowchart niet of slechts beperkt kunnen toepassen. De interviews bij die artsen zijn dan ook grotendeels toegespitst op de redenen waarom die huisartsen de flowchart *niet* hebben gebruikt.

Volgende grote thema's die aan bod kwamen, worden hieronder besproken: vooraf bestaande attitude en kennis van huisartsen, de aanmelding van overgewicht bij kinderen, samenwerking met andere hulpverleners, drempels voor gebruik van de flowchart en drempelverlagers, evaluatie van gebruik van de flowchart, perceptie van gebruik van de flowchart en toekomstvisie. *(Codeboek in bijlage 4)*

Attitude en kennis van huisartsen

Frustrerende aangelegenheid

Overgewicht bij kinderen wordt door de deelnemers erkend als een probleem. Artsen zien de aanpak van deze problematiek echter vaak als een 'frustrerende aangelegenheid', iets dat versterkt wordt door de tot hier toe onduidelijke taak die huisartsen zouden kunnen spelen.

> "*Voor het gebruik van de flowchart voelde ik me wat verloren toch van wat is mijn taak nu? Wat moet ik uitsluiten? Hoe kan ik de verdere begeleiding op mij nemen?" (arts 3)*

Een andere reden die bijdraagt tot deze perceptie is dat niet alle kinderen en ouders er effectief iets mee doen als je ze aanspreekt, zoals verwoord door een van de artsen;

> *"Dus een beetje onmachtsgevoel hou je, die patiënten zitten een kwartiertje bij mij, straks gaan die naar huis , ze zijn voortgeholpen voor hun klacht, maar die gaan niet zo veel doen aan adviezen rond overgewicht. Zo'n beetje een fatalistische visie, zo is het wel." (arts 8)*

Bij de aanpak van overgewicht, zeker bij kinderen, is een belangrijke medewerking en inzicht van de familieleden vereist; ook dit blijkt niet altijd evident te zijn.

Kennis over overgewicht bij kinderen

Huisartsen beschikken bovendien vaak over weinig kennis wat betreft dit onderwerp; de diagnose overgewicht of obesitas wordt vaak 'op het zicht' gesteld zonder standaard een BMI te bepalen. Ook is er beperkte kennis van de mogelijks onderliggende oorzaken en complicaties.

> *"Bij kinderen zou ik niet direct denken aan complicaties eerlijk gezegd." (arts 1)*

Duidelijke tools met daarin een taakomschrijving van de huisarts ontbreken.

Bovendien blijken de meeste deelnemende huisartsen de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen sterk te onderschatten. Een huisarts geeft aan dat door gebruik van de flowchart de prevalentie plots hoger lijkt, omdat ze er nu meer aandacht op vestigt en standaard de BMI bepaalt.

> *"De prevalentie? Ik moet zeggen dat ik er eigenlijk zelf niet zo bij heb stilgestaan. Totdat ik de vraag heb gekregen voor deze studie kijk eens naar obese kinderen…. En dan besef ik dat het veel voorkomt, toch wel." (arts 2)*

Wisselend inzicht in problematiek van overgewicht

De artsen die veel ervaring hebben met Marrokaanse en Turkse patiënten geven aan dat die twee groepen overgewicht zelf minder zien als een probleem, ook bij kinderen*;*

> *"Ja, vooral bij Marrokaanse vrouwen. Die willen ook graag dat hun kind wat dikker is. Er kwam laatst een 17- of 18-jarige die verloofd is met een man in Marokko, en toen heb ik het gehad over haar gewicht, en die papa zei ook haar gewicht te hoog was, maar dat zij zelf*

zei: "Nee, mijn man wilt dat niet". En dat heb ik al een paar keer gehad. Dat sommige mannen toch liever een corpulentere vrouw willen." (arts 6)

Er is onder de artsen wel een besef dat het aanpakken van overgewicht op jonge leeftijd belangrijk is.

"Dat zal wel zijn! Die kinderen zijn getekend voor het leven!" (arts 9) en

"Kinderen die niet met overgewicht zitten voelen zich over het algemeen beter en ik vind dat wel heel belangrijk zeker bij kinderen. Dus ik besef dat ik er meer naar moet vragen." (arts 2)

Taak van de huisarts?

Er wordt aangehaald dat de aanpak van kinderen met overgewicht iets is dat buiten de routine valt voor huisartsen.

"Ik bedoel, het is geen dagdagelijkse gebeurtenis voor ons als huisartsen (…) Het is natuurlijk anders bij dingen die je dagelijks ziet." (arts 1) en

"Surtout ik zei het he, je doet dat eigenlijk niet veel." (arts 4)

Ook wordt aangegeven dat het iets is dat buiten de comfortzone valt van de huisarts.

"Dus dat is uit de comfortzone van gewone huisartsen– dat wilt zeggen; wil je ze uit die comfortzone krijgen en wil je dat ze dat wel in handen nemen, is daar wat extra vorming rond aangewezen." (arts 1)

Wel wordt door de geïnterviewde huisartsen aangegeven dat tenminste de screening en het aanspreken van kinderen (en hun ouders) op overgewicht een taak van de huisarts zou moeten zijn. Slechts een huisarts geeft aan dat dit enkel een taak voor het Centrum Leerlingenbegeleiding (CLB) zou moeten zijn.

Er worden verschillende redenen beschreven waarom overgewicht bij kinderen een probleem is dat best door de huisarts besproken wordt; namelijk veiligheid, het kennen en begrijpen van de familiale context en de functie van de huisarts als vertrouwenspersoon.

"Ik geloof er wel in, omdat je een vertrouwenspersoon bent en omdat dat toch gevoelig kan liggen bij zowel volwassenen als kinderen en zeker als je ervan uit gaat dat kinderen er zelf niet veel aan kunnen doen en dat je als huisarts er wel bent om daar iets tegen te zeggen zonder dat dat slecht wordt…. Ik kan me voorstellen dat als een leerkracht dat zegt, het vervelender wordt bevonden dan als een huisarts dat zegt. Dus ik vind dat eigenlijk wel de taak maar ik denk dat we het te weinig doen…" (arts 5)

De juiste invulling van de mogelijke taken van de huisarts waren tot nu toe onduidelijk. Duidelijke tools met daarin een taakomschrijving van de huisarts ontbreken. Sommige artsen

vinden bijvoorbeeld het uitsluitend van onderliggende oorzaken of complicaties toch eerder een taak van de specialist. Anderen vinden het aanpakken van leefstijl bij kinderen als huisarts niet evident, zeker niet als het op de details aankomt, en zien hier meer een taak voor een diëtist weggelegd.

> *"Aanspreken, is het eerste consult motivatie nagaan, lengte en gewicht meten, toch ook even checken of er nog andere endocriene problemen zijn en dan eigenlijk verwijzen naar onze diëtiste. Want dan zag ik zo niet meer echt een taak voor de huisarts eigenlijk."(arts 3)*

> *"Echt de dieetadviezen daar voel ik me echt niet bekwaam toe. (…) En ook de algemene dingen, snoep koekjes, etcetera dat doe ik wel. Maar vanaf dat ze dan echt vragen: hoeveel moet ik dan eten, hoeveel patatjes, hoeveel mag nu? Dan pas ik altijd." (arts 7)*

De aanmelding van overgewicht bij kinderen

> *"Ik heb nog nooit meegemaakt dat er iemand een afspraak heeft gemaakt om het gewicht te bespreken bij overgewicht, nee. (lacht)". (arts 8)*

Een uitspraak die bevestigd wordt door de andere artsen; het komt zelden tot nooit voor dat kinderen en/of hun ouders zelf langskomen met de klacht overgewicht. De aanmelding vanuit instanties als Kind en Gezin en het CLB wisselt sterk; sommige artsen geven aan regelmatig doorverwijzingen te krijgen, andere artsen geven aan nooit doorverwijzingen te krijgen.
Dat leidt ertoe dat het vaak het tweede probleem is van een raadpleging, ofwel aangebracht door het kind of de ouders als deurknopfenomeen (eerder zeldzaam), ofwel aangebracht door de arts zelf.

Drempels om kinderen en/of ouders aan te spreken op overgewicht

Huisartsen blijken echter niet geneigd om kinderen hierop aan te spreken, waarvoor ze verschillende redenen opnoemen. Een veelvoorkomende drempel is **tijd**; juist omdat de hulpvraag meestal niet vanuit de patiënt komt, en het dus het tweede probleem is van een raadpleging.

> *"Dus omdat het vaak een deurknopdiagnose is, of iets wat je zelf als huisarts aanbrengt bovenop de hulpvraag van de patiënt, vind ik het moeilijk dat er nog allemaal bij te lappen." (arts 4)*

Of zoals een andere arts zegt*:*

> *"Soms wil ik dat zelf precies niet goed zien, of dat je denkt: er is hier een probleem, ik moet dat afwerken, hup de volgende, dat moet hier binnen een kwartier afgerond zijn. Je begint dan niet makkelijk zelf over iets anders." (arts 2)*

Er zijn ook allerlei psychologische drempels die artsen ervan weerhouden om kinderen hierop aan te spreken; niet te 'stigmatiserend' willen zijn; het is een onderwerp dat bij kinderen delicater is dan bij volwassenen, vooral in de leeftijdscategorie van de puberteit. Hierbij geven artsen aan vooral in die leeftijdscategorie bang te zijn voor de inductie van eetstoornissen. Ten opzichte van de ouders wil een arts ook niet te beschuldigend overkomen;

> *"Je wil de patiënt niet bruuskeren, je wilt graag zeggen "Je hebt een braaf, schoon, intelligent kind." Maar je wilt niet zeggen: "je hebt een dik kind". (arts 1)*

Natuurlijk speelt het idee dat overgewicht bij kinderen een 'frustrerende aangelegenheid' is ook mee in het niet-aanspreken van kinderen.

De artsen die de flowchart gebruikten, gaven aan dat er vooral de drempel is van de eerste kinderen die ze aanspreken op hun gewicht en dat het heel moeilijk is om je 'eerste zin' te formuleren. Na die eerste patiëntcontacten gaat het aanspreken gemakkelijker en vlotter.

Reacties van kinderen en/of ouders bij het aanspreken door de arts

De ervaring met het aanspreken van kinderen en hun ouders op overgewicht is voornamelijk positief . Er worden geen negatieve ervaringen vermeld door de artsen.

> *"Nee. Nee. Ik denk dat wij dat eerder als moeilijk ervaren om dat aan te brengen, ik heb nog nooit een ouder gehad die daar op afknapt, of verkeerd reageert, of boos reageert. Nee eigenlijk helemaal niet. Meestal is het de bevestiging van wat de ouders zelf wel al vinden of dachten of…" (arts 4)*
>
> *"Ik heb vorige week nog een patiëntje gezien bij wie ik het zelf gezegd heb, van er is wat overgewicht, zou je er iets aan willen doen. En die was precies wel opgelucht dat ik er over begon. En ik had wel het idee dat de dochter blij was dat ik erover begon, en die wou ook echt graag ermee door gaan." (arts 2)*

Samenwerking met andere hulpverleners

Paramedici

Samenwerking met de diëtiste blijkt een evidente stap in de aanpak van overgewicht bij kinderen. Drempels om hiernaar te verwijzen zijn soms psychologisch (schrik om te stigmatiseren), en vaak financieel. Laagdrempeligere doorverwijzing gebeurt in praktijken waar een diëtist in de praktijk aanwezig is, en nog meer wanneer de diëtiste mee in het forfaitair systeem zit bijvoorbeeld in een wijkgezondheidscentrum. Met psychologen wordt weinig samengewerkt. Er wordt gesuggereerd om psychologen te betrekken bij moeilijkere gevallen om gedragstherapie toe te passen.

De verpleegkundige werd, enkel in praktijken waar al een verpleegkundige werkzaam was, aangehaald als mogelijke partner in de samenwerking. Slechts in een praktijk werd de verpleegkundige al actief ingezet bij deze problematiek. Er werd gesuggereerd om een deel van de flowchart door de verpleegkundige te laten afnemen, wat tevens tijdsbesparing voor de arts zou kunnen opleveren.

Tweede en derde lijns-artsen

Verwijzing naar de tweede of derde lijn gebeurt bij een deel van de artsen laagdrempelig, vooral om onderliggende oorzaken en complicaties van overgewicht uit te sluiten.

> "*Dan heb ik zoiets: pediatrie, dat is ook iets waar ze hopelijk niet te vaak moeten komen en dan kan het hier wat leuk blijven, allez, ik denk dat ik vind dat wel een goed idee om eens een keer voor een oppuntstelling door te verwijzen." (arts 6)*
>
> *"Dat vind ik toch specialistisch werk. Om de oorzaken uit te sluiten." (arts 5)*

Andere huisartsen zullen pas bij moeilijkere gevallen naartoe verwijzen.

> "*Ze voelde zich hier ook veilig en ik had zoiets van laten we het eerst hier proberen (…) in plaats van die direct te verwijzen naar tweede lijn." (arts 4)*

Ook patiënten geven soms aan liever geholpen te willen worden door hun huisarts;

> "*Ze zeiden, ja we willen er wel met u over spreken, maar niet meer in het ziekenhuis. (…) omdat het contact niet goed verlopen was. Ik denk dat ze daar veel te zwaar en te snel op ingehakt hebben. De context is niet betrokken. Te medisch denk ik ." (arts 5)*

Drempels voor gebruik van de flowchart en mogelijke drempelverlagers

Tijd

Een belangrijke drempel is wederom tijd, waarbij aangegeven wordt dat het moeilijk is om de flowchart tijdens de consultatie toe te passen, zonder eerst de flowchart en eventueel de nota's en bijlagen te hebben bekeken. Bovendien is de flowchart in zijn huidige versie volgens sommige artsen te uitgebreid om direct te gebruiken.

> *"Ik heb me daar in beperkt, want het is wel heel veel. Om dat allemaal te gebruiken op de consultatie, is dat te veel." (arts 2)*
>
> *"Ik vind het op zich zeer handig en bruikbaar, maar ik denk dat je dat moet toelichten zodat het ook voor de artsen- op het moment dat een kind met overgewicht voor ze zit – niet de eerste keer is dat ze dat voor zich hebben." (arts 1)*

Psychologische factoren

Psychologische factoren spelen natuurlijk in het aanspreken van de kinderen een rol, maar lijken minder mee te spelen in het gebruiken van de flowchart. Wel wordt opnieuw aangehaald dat het risico op de inductie van eetstoornissen artsen zou kunnen tegenhouden in het gebruik van de flowchart.

> *"Er blijft een zekere schroom om te praten over overgewicht bij kinderen; overgewicht bespreken met het gevaar om eetstoornissen te induceren. (…) Langs de andere kant mag dat ons ook niet in defentisme drijven, er mag geen excuus zijn om het NIET aan te pakken." (arts 1)*

Drempelverlagers

In het interview werden door de artsen ook mogelijke drempelverlagende factoren aangehaald voor gebruik van de flowchart. Alle artsen gaven aan dat een integratie van de gehele flowchart in het elektronisch medisch dossier (EMD) een verbetering zou zijn.

> *"Dus ik vind als je een tool wilt hebben, moet het elektronisch beschikbaar zijn. Liefst zo snel mogelijk beschikbaar ook vanuit je EMD." (arts 5)*

Sommige artsen konden de BMI-curven al gemakkelijk in hun EMD raadplegen. Een suggestie daarbij was om de BMI-curven te verbinden met die van Kind en Gezin en het Centrum voor leerlingbegeleiding (CLB) zodat verschillende zorgverleners de gewichtsevolutie gemakkelijk kunnen opvolgen.

> *"En dat zetten we op de curve van het programma, de BMI. Als je er al meerderen hebt, want dat komt niet veel voor he, dat we er echt veel hebben. (…) dat verslag van Kind en Gezin zou eigenlijk naar de huisarts gestuurd moeten worden he." (arts 7)*

Een compactere of kortere versie werd ook aanbevolen, waarbij vooral de hoofdpunten worden vernoemd en de details in een langere versie of richtlijn worden geplaatst.
Bijscholing of toelichting voor gebruik van de flowchart zou relevant kunnen zijn. Het inzetten van verpleegkundigen, zoals hiervoor reeds besproken, werd ook genoemd als drempelverlager.

Evaluatie van gebruik van de flowchart

In wat volgt worden de ervaringen besproken van artsen die de flowchart toegepast hebben.
De flowchart geeft voor deze artsen een houvast in de aanpak van overgewicht bij kinderen. Waar er eerder onduidelijkheden waren rond de taak van de huisarts, de doorverwijzingscriteria en samenwerking, heeft de flowchart duidelijkheid geboden.

"Ja, het was zeker een heel goed hulpmiddel want ik denk voordien dat we inderdaad zo'n beetje zaten van oei, doen ik dat hier nu goed? Met deze flowchart heb je wel een houvast, dat komt, ja.. ik vind het wel heel goed aansluiten bij de nood die er is bij huisartsen." (arts 3)

"Omdat er zo toch dingen zijn die ik spontaan wel zou doen maar eigenlijk toch ook dingen die ik spontaan niet zou doen of waar ik op dat moment niet aan zou denken. Dus die flowchart is dus wel een leidraad geweest voor de volgende consultaties." (arts 2)

Ten opzichte van een richtlijn zou een flowchart een meerwaarde hebben in de dagdagelijkse praktijk.

De toepassing van de flowchart is volgens deze artsen haalbaar op drie consultaties. Wel werd er door een arts aangegeven dat zij, zeker de eerste keren, iets meer tijd had voorzien per consult; namelijk 20 tot 30 minuten in plaats van 15 minuten.
De flowchart werd als volledig beschouwd, suggesties voor aanvullingen werden niet gegeven.
Voor het gebruik werd door deze artsen de flowchart wel doorgenomen en door een arts zelfs gedeeltelijk ingevoerd in het EMD. Ze gaven alle drie aan dat het nodig was de flowchart van te voren door te nemen.

"Het is iets dat je inderdaad van tevoren even doorneemt, met de tekst, per consultatie dan he, en dan is het wel een goede houvast denk ik. Maar tegelijk toepassen dat is iets te uitgebreid daarvoor, ja." (arts 3)

Elke arts haalde uit de flowchart wat hij/zij nodig of nuttig vond. De verschillende stappen die in de nota's en bijlagen vermeld staan, werden zeker niet allemaal gebruikt. Zo werden de bloeddruk- en middelomtrek percentielcurve door geen van de artsen gebruikt. Het dieetdagboek werd niet bij elk kind meegegeven. De vragenlijst over het gemoed werd slechts door een van de artsen vernoemd. Het was dan ook niet haalbaar om de hele flowchart tijdens de consultatie toe te passen:

"Ik heb me daar in beperkt, want het is wel heel veel. Om dat allemaal te gebruiken op de consultatie, is dat te veel. (…) Maar ik heb dat bij lange niet allemaal gedaan. Ik zie dat een beetje op het moment zelf, van mij mag dat van het moment afhangen." (arts 2)

De BMI-curve werd gebruikt, ook als motivatie voor gedragsverandering. Bij kinderen werd het gebruik van visuele hulpmiddelen dan ook positief beoordeeld.
De artsen die de flowchart gebruikten, gaven aan hierdoor een uitgebreidere anamnese en klinisch onderzoek te doen.

"De verdere anamnese en klinisch onderzoek zijn bij mij veel beperkter. Rond anamnese ook tips rond gezonde leefstijl, tips fysieke (in)activiteit, dan ben ik toch andere dingen beginnen vragen dan ik spontaan zou doen. Ook slaap enzo dat is iets wat ik nooit bevraag, ja eigenlijk is dat wel heel belangrijk. En dan merk je daar toch ook wel serieuze problemen mee op." (arts 2)

Een bloedname werd voor gebruik van de flowchart niet snel afgenomen bij kinderen. Het raadplegen van de flowchart heeft dit beleid niet veranderd.

De doorverwijzingscriteria werden als duidelijk bevonden, alhoewel een arts de flowchart aanpaste naar eigen ervaring. Die huisarts had een sterke motivatie om overgewicht bij kinderen zelf aan te pakken.

"Het schema is inderdaad meer als leidraad. Ze waren zo gemotiveerd en geen andere klachten, vandaar ook niet direct een verwijzing naar de 2e lijn. Alhoewel ze wel boven het 97e percentiel zit." (arts 3)

Rond de verdere opvolging van kinderen met overgewicht door de huisarts was minder duidelijkheid. De rol van de huisarts werd hier eerder voorgesteld als minimaal.
Suggesties waren dat een diëtiste de verdere opvolging kan doen, en dat het kind enkel terug wordt verwezen naar de arts als er zich medische problemen voor doen. Een andere suggestie was dat kinderen minder frequent terug gezien werden door de arts, bijvoorbeeld eens per half jaar.

Perceptie van gebruik van de flowchart

In wat volgt worden de ideeën van de artsen besproken die de flowchart niet hebben toegepast.
De flowchart zou een houvast kunnen bieden, vooral omdat dat het **'onmachtsgevoel'** doet verminderen.

"*Dat doet dat onmachtsgevoel wel verdwijnen, dat je met een tool aan de slag kunt." (arts 9)*

"Ik denk dat we heel veel van die dingen , als ik voor mezelf spreek, niet zouden doen. Dat we die veel oppervlakkiger doen dan in de flowchart staat."(arts 8)

"Ik denk dat het gestructureerder zou verlopen dan zonder flowchart. En er zijn naar anamnese toe, of zaken die je specifiek navraagt, voeding enzo, vind ik toch dat je vollediger bent, denk ik, in wat je vraagt en doet. Dus ik denk dat dat wel een meerwaarde is die flowchart." (arts 4)

Ook hier werden er geen ontbrekende zaken aangehaald. Ook bij deze artsen werd vermeld dat de flowchart te uitgebreid is om op consultatie direct toe te passen.

> *"Maar de mensen die voor de eerste keer met de flowchart geconfronteerd worden, moeten vaak bladeren." (arts 1)*

Een afwijkende bloedname zou misschien een extra motivatie kunnen zijn voor kinderen (en hun ouders) om leefstijl aan te passen.

> *"Dat kan toch nuttig zijn voor de motivatie van de huisarts en het kind zelf. Ik denk als je echt zo'n kind ziet met leversteatose, dan ga je toch meer moeite doen om die te laten vermageren en misschien te zeggen…" (arts 8)*

De doorverwijzingscriteria worden, zoals door de andere artsen ook aangehaald, niet steeds strikt toegepast. Sommige artsen verwijzen sneller door, terwijl andere artsen de kinderen langer zelf opvolgen.

Ook bij de artsen die de flowchart niet gebruikten, waren er onduidelijkheden in de taak van de huisarts naar opvolging toe. Een minder frequente opvolging werd ook hier wegens verschillende redenen gesuggereerd:

> *"Ik vraag me ook af, als dat kind elke keer wordt terug gezien, of dat dan niet op den duur veel en vervelend lijkt. Omdat je toch bij andere dingen bij kinderen probeert iets aangenaam te maken, iets positiefs (…). Bij kinderen is het misschien juist leuker van er langer tussen te laten – dat het effect heeft gehad." (arts 8)*

Toekomstvisie

Zowel artsen die de flowchart gebruikten als artsen die de flowchart niet gebruikten, geven aan dat ze hun aanpak in de toekomst willen veranderen:

> *"Om ons terrein uit te breiden naar een zone waar we toch niet heel vertrouwd in zijn, alhoewel dat eigenlijk niets exotisch is. Het is prevalent en belangrijk." (arts 1)*

> *"Voor de flowchart voelde ik me wat verloren toch van wat is mijn taak nu? Wat moet ik uitsluiten? Hoe kan ik de verdere begeleiding op mij nemen? En met dit heb je wel een houvast, dat komt, ja.. ik vind het wel heel goed aansluiten bij de nood die er is bij huisartsen." (arts 3)*

> *"Het is niet okee zoals het nu verloopt, ik denk dat ik daar beter op moet in gaan en daar hebben we het eerder ook al over gehad (…) ik denk dat we daar een andere manier naar moeten kijken en durven meer over praten.." (arts 8)*

Discussie

Deze studie had als doel het samenstellen en evalueren van een gebruiksvriendelijk instrument voor de huisartsenpraktijk in het kader van overgewicht bij kinderen. Ondanks dat op tijd begonnen werd met het includeren van huisartsen, was de respons niet zo hoog. Van de huisartsen werd dan ook gevraagd gedurende een langere periode een nieuwe flowchart te testen in de dagdagelijkse praktijk. Misschien zijn huisartsen hier door hun drukke schema op afgeknapt. Bij de opzet van de studie werd ingeschat dat elke huisarts bij twee tot drie kinderen de flowchart kon toepassen. Tijdens de interventieperiode bleek dit een overschatting: de meeste huisartsen hebben de flowchart niet gebruikt. Daarom is bij het afnemen en analyseren van de interviews de focus dan ook verlegd van de praktische evaluatie van de flowchart naar de drempels van huisartsen om de tool te gebruiken. De huisartsen die de tool wel gebruikten hebben elk op minstens drie patiënten (delen van) de flowchart toegepast.
Initieel was de bedoeling om ook kinderen en/of hun ouders te ondervragen naar ervaringen met gebruik van de flowchart door hun huisarts aan de hand van een vragenlijst, maar dit is wederom door tijdgebrek van de deelnemende huisartsen niet gebeurd.

Het beantwoorden van de onderzoeksvraag is moeilijk, vooral omdat slechts een klein deel van de huisartsen de flowchart echt in de praktijk heeft gebruikt. Naast de drempels die de artsen zelf benoemen, zoals tijdsgebrek en de gevoeligheid van het onderwerp, kwam er ook duidelijk naar boven dat er onder huisartsen slechts beperkte kennis is van overgewicht bij kinderen. Een van de opvallendste bevindingen was dat de prevalentie van overgewicht bij kinderen systematisch een stuk te laag werd ingeschat. De artsen die de flowchart daadwerkelijk hebben gebruikt, schatten de prevalentie veel realistischer in. Dit zou betekenen dat overgewicht bij kinderen vaak over het hoofd gezien wordt als de arts zich hier niet specifiek op focust.

Huisartsen geven dan ook aan dat de hulpvraag naar overgewicht zelden van kinderen en/of hun ouders komt. In recente studies wordt dezelfde trend gezien (8-10, 20). Heel soms is het een ‘deurknop-vraag’, maar nog veel vaker wordt overgewicht niet ter sprake gebracht. Uit onderzoek blijkt dat kinderen, jongeren en/of hun ouders vaak ontkennen dat er een probleem is. Het blijft een gevoelig onderwerp; patiënten en/of hun ouders voelen zich beschaamd, angstig, schuldig en soms gestigmatiseerd door anderen (7). In Nederland werd recentelijk een groot onderzoek uitgevoerd waaruit bleek dat kinderen vrijwel nooit voor een klacht over hun gewicht op raadpleging komen; wel gaven de kinderen met overgewicht op een vragenlijst aan dat ze vaker somatische klachten hadden – maar deze klachten waren niet zo ernstig om daarvoor een extra bezoek naar de huisarts af te leggen (9).

De meeste huisartsen zijn niet geneigd om het gewicht ter sprake te brengen. Hiervoor worden opnieuw verschillende drempels aangehaald. De verwijzingen vanuit het CLB zijn wisselend; sommige artsen zien dit regelmatig, terwijl anderen nooit een verwijzing van het CLB kregen.

De drempels die huisartsen benoemen in deze studie, komen overeen met de huidige literatuur. Zeker tijdsgebrek is een argument dat vaak aangehaald wordt om niet in te gaan op het gewicht van kinderen; in recente thesissen werd dit niet enkel in interviews onder Vlaamse huisartsen teruggevonden, maar ook in internationale literatuur (7, 8, 10).

Psychologische drempels worden in de huidige studie aangehaald, waaronder schrik voor de inductie van eetstoornissen en 'stigmatisering' of 'beschuldigen' van kind en/of de ouders. Opvallend is dat geen van de artsen het idee had dat het aanspreken van kinderen een negatieve invloed had op de arts-patiënt relatie. In tegendeel; de artsen kregen overwegend positieve reacties op het aanspreken van kinderen bij overgewicht. Uit verschillende studies blijkt dan ook dat kinderen en ouders vinden dat huisartsen het gewicht ter sprake mogen of zelfs moeten brengen. (7-9, 20). Theoretisch gezien is de huisarts dan ook de ideale persoon om het gewicht ter sprake te brengen; het kennen en begrijpen van de familiale context, de functie van de huisarts als vertrouwenspersoon en een veiligheidsgevoel werden in de huidige studie als argumenten genoemd door de huisartsen. Interviews met kinderen en hun ouders bevestigen dit (20).

Uit de interviews blijkt dat gebrek aan kennis ook meespeelt als drempel om kinderen aan te spreken. Huisartsen vinden zichzelf onvoldoende bekwaam om overgewicht bij kinderen aan te pakken (7, 9, 20). Er is vraag naar een specifiekere scholing over dit thema bij 75 procent van de Nederlandse huisartsen, alhoewel nog niet bevestigd is of bijscholing leidt tot het vaker signaleren of doorverwijzen van overgewicht bij kinderen (9). Een evidence-based training van huisartsen, zowel live als via de computer, zou wel meer vertrouwen geven in preventie en aanpak. Gesuggereerd wordt een bijscholing te geven over het hele spectrum van de zorg rond overgewicht, omdat huisartsen meer gemotiveerd zijn een kind aan te spreken als er ook duidelijkheid is rond het verdere beleid (11).

Uit internationale literatuur blijkt dat huisartsen het idee hebben dat kinderen niet verwezen willen worden en dat goede verwijsmogelijkheden eigenlijk ontbreken (9, 11). Het eerste aspect wordt ook in Vlaams onderzoek aangehaald; kinderen en hun ouders vinden het prima als de huisarts de eerste stappen onderneemt, maar zien op tegen een verwijzing naar de tweede of derde lijn (20). Deze aspecten worden in de focusgroep en interviews van deze studie niet

aangehaald. Verwijzing naar tweede of derde lijn varieert onder de deelnemende huisartsen; waar sommige huisartsen voor de diagnostisering al verwijzen, verwijzen andere pas als de behandeling in eigen beheer niet goed aanslaat. Er wordt regelmatig verwezen naar een diëtist, waarvoor vooral een financiële drempel bestaat – bij drempelverlagers zoals een diëtist in de praktijk of een diëtist in het forfaitair systeem, gebeurt de verwijzing vlot. Verwijzing naar of het zelf oprichten van een multidisciplinair team wordt nog niet actief gedaan, alhoewel ook hier in een forfaitair systeem meer naartoe gewerkt wordt.

De onderschatte prevalentie van overgewicht bij de ondervraagde huisartsen hangt allicht ook samen met het niet inzien van de problematiek. Alhoewel alle huisartsen aangeven dat overgewicht bij kinderen 'een belangrijk probleem' is, wisselt de perceptie hierover. In de focusgroep werd aangehaald dat lichamelijke complicaties van overgewicht bij kinderen niet gekend waren; ook tijdens de interviews werd soms een duidelijke onderschatting van de problematiek gemeld. Als huisarts is het belangrijk om deze achtergrondinformatie wel te hebben, omdat dit allicht meer motivatie geeft het probleem aan te pakken. Uit literatuur blijkt echter dat het in contact met het kind en de ouders vooral belangrijk is om de positieve aspecten van gedragsverandering te benadrukken, in tegenstelling tot de mogelijke complicaties van het overgewicht (14, 18). Zoals een arts in het interview aanhaalde, is het belangrijk om kinderen op jongere leeftijd te behandelen – het relatief risico op blijvend overgewicht op oudere leeftijd is 25% als op jonge leeftijd actie ondernomen wordt en 75% als er op oudere leeftijd behandeld wordt (16). De toenemende prevalentie van overgewicht bij kinderen zal er hoogst waarschijnlijk toe leiden dat er binnen korte tijd een stijging te zien is van diverse ziekten en aandoeningen bij volwassenen (9).

Een andere reden om overgewicht niet aan te brengen, is de perceptie dat overgewicht bij kinderen een 'frustrerende aangelegenheid' is. In de interviews werd daar niet veel dieper op ingegaan, maar uit literatuur blijkt dat beperkte verwijsmogelijkheden (9), weinig motivatie van kind en/of ouder (8-10) en moeilijke familiale context (7, 8, 10) hierin meespelen. Het belang van de familiale context wordt ook in alle gebruikte richtlijnen (14-18) en in de interviews benoemd.

Is de aanpak van overgewicht bij kinderen eigenlijk wel de taak van de huisarts? Er wordt aangehaald dat de aanpak van kinderen met overgewicht iets is dat buiten de routine valt voor huisartsen. Bovendien worden de bestaande Nederlandstalige hulpmiddelen zoals de richtlijn van Domus Medica, NHG en eetexpert.be vaak als te uitgebreid of juist te beperkt bestempeld. De instructies worden niet of slechts gedeeltelijk opgevolgd (7, 9, 10)

Unaniem werd gesteld dat het attent zijn op en het bespreekbaar maken van overgewicht wel een taak van de huisarts zou moeten zijn; alhoewel dit momenteel niet frequent gebeurt. Zoals eerder vermeld, hebben studies aangetoond dat een goede bijscholing huisartsen en andere eerstelijns gezondheidswerkers meer vertrouwen kan geven in de aanpak van overgewicht (11). Er moet echter nog blijken of bijscholing effectief zal bijdragen aan een hogere graad van diagnostisering en behandeling (9).

In de huidige studie kan er eveneens geen duidelijk antwoord verkregen worden op de onderzoeksvraag of een praktisch instrument zoals een flowchart aanleiding geeft tot meer aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen door de huisarts. De artsen die de flowchart wel hebben toegepast, geven aan dat er een meerwaarde is voor gebruik in de praktijk; het instrument kan gebruikt worden als houvast bij diagnosticeren en doorverwijzen, waarbij de taak van de huisarts duidelijker omschreven is dan voordien. De deelnemende artsen kennen de drempel van de eerste patiënten nog altijd, maar voelen na enkele patiënten meer vertrouwen in het aanspreken van kinderen. Bovendien wordt de prevalentie van overgewicht bij kinderen hoger ingeschat bij gebruik van de flowchart, waarschijnlijk omdat de aandacht hier meer op wordt gelegd. De flowchart is volledig, maar er wordt wel aangegeven dat de flowchart soms te uitgebreid is om tijdens de consultatie te gebruiken. Het is nodig vooraf de flowchart door te nemen, liefst met de nota's en bijlagen erbij. Tijdens de consultaties werden delen uit de flowchart gebruikt die nuttig leken op dat moment; niet alle stappen van de flowchart werden telkens systematisch uitgevoerd.

Afhankelijk van de ervaring van de arts en de patiënt die voor hem/haar zit, lijkt het me dan ook dat de flowchart - net als de richtlijnen van bijvoorbeeld Domus Medica of NHG – individueel toegepast kunnen worden. Dit hangt duidelijk ook samen met de motivatie van de arts: hoe ver wil de arts zelf gaan in de aanpak van overgewicht bij kinderen? Sommige huisartsen zouden kinderen sneller doorverwijzen, terwijl andere huisartsen aangaven de kinderen liefst zo lang mogelijk zelf op te volgen. De interessegebieden van huisartsen kunnen en mogen dan ook sterk verschillen. Het is onmogelijk om als huisarts op alle domeinen volledig in te zetten. Essentieel is wel dat de huisarts verantwoordelijk is voor het aanspreken van kinderen en hun ouders over het gewicht en voor het inschatten van de gezondheidsrisico's. Wanneer de arts het kind exact verwijst en hoe hij/zij de verdere invulling van de aanpak voorziet, kan per arts en per kind verschillen.

De drempels van artsen om kinderen met overgewicht aan te spreken, kunnen echter niet volledig weggenomen worden door een praktisch instrument als deze flowchart, zoals blijkt uit

het lage aantal artsen dat de flowchart ook echt heeft gebruikt. Een bijscholing voor gebruik van de flowchart of een uitgebreidere richtlijn zouden hier eventueel in kunnen bijdragen, alhoewel dat nog zal moeten blijken uit toekomstig onderzoek. De beperkte kennis van huisartsen over prevalentie en complicaties van overgewicht bij kinderen, en de gezondheidsvoordelen om dit probleem reeds op jonge leeftijd aan te pakken, kan allicht wel motiveren tot het bespreekbaar maken van overgewicht.

Sterktes en beperkingen van de studie

Er nam slechts een kleine groep geïnteresseerde huisartsen deel aan deze studie, waardoor de beoordeling van de flowchart voor gebruik in dagdagelijkse praktijk niet zonder meer getransfereerd kan worden naar andere huisartspraktijken. De resultaten van de studie zijn vergelijkbaar met die uit eerder onderzoek en er is variatie onder de deelnemende huisartsen wat betreft leeftijd, geslacht, werkomgeving, werkervaring en academische ervaring. De resultaten van deze studie kunnen als aanzet dienen voor verder onderzoek.

Voor het samenstellen van de flowchart werden vijf internationale richtlijnen gebruikt die op dat moment beschikbaar waren; het is mogelijk dat belangrijke richtlijnen niet betrokken zijn. In de gebruikte richtlijnen werd niet over alle thema's consensus bereikt over de aanpak; desondanks zijn deze thema's wel verwerkt in de flowchart.

Er werd gekozen voor een kwalitatieve studie om in meer detail in te kunnen gaan op de ervaring van artsen. Dit heeft ertoe geleid dat de focus van de studie gaandeweg vlot verlegd kon worden van evaluatie van gebruik van de flowchart naar algemene attitude, aanpak en drempels in die aanpak. Daarom bevatten de resultaten van de studie voldoende diepgang om een niet evident onderwerp als overgewicht bij kinderen aan te kaarten. Meer dan bij welk onderwerp in de huisartsgeneeskunde, gaat het hier niet alleen over ziekte, maar vooral ook over gezondheid en dat in een socioculturele omgeving – hierbij is een brede kijk nodig op de perceptie van huisartsen. Kwalitatief onderzoek focust op deze belangrijke aspecten. (12)
Aangezien ik als onderzoekster zelf ook fulltime huisarts (in opleiding) ben, ben ik me ervan bewust dat dit de manier van interviewen en verwerken van interviews kan beïnvloeden. Bij kwalitatief onderzoek is dit van belang omdat de persoonlijke achtergrond en positie van de onderzoeker een belangrijke invloed heeft op de methoden, beoordelen van de resultaten, het rapporteren van conclusies,… (21). Omdat ik via thematische analyse heb gewerkt, en hierover regelmatig reflecteerde, ook met mijn promotor, werd deze invloed erkend en zoveel mogelijk beperkt.

Tijdens de studie heb ik regelmatig samengezeten met mijn co-promotor, een pediater van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), en met mijn promotor op de UA. Dat gaf mogelijkheid om de resultaten van de studie van een afstand en met verschillende invalshoeken te bekijken.

De keuze voor het onderwerp had te maken met een in de master ontwikkelde interesse voor de aanpak van overgewicht bij kinderen. In mijn masterproef Geneeskunde ben ik vooral ingegaan op de meer specialistische aanpak. Ik ben er pas tijdens de huisartsenstages- en opleiding op gestuit dat het voor een huisarts helemaal niet duidelijk is wat zijn/haar taak kan zijn in dit proces. Mijn achtergrondkennis heeft zeker bijgedragen in het uitvoeren van deze studie, omdat ik niet alleen een huisartsgeneeskundige maar ook deels specialistische kijk op dit onderwerp had. Omdat mijn masterproef zich vooral in de sector pediatrie afspeelde, heb ik in de eerste fase van de studie tijdens het samenstellen van de flowchart en in de focusgroep gemerkt dat die specialistische kijk soms nog mee speelde en dat ik me minder goed kon inleven in de huisartsgeneeskundige aanpak.
Alle onderdelen van deze studie werden uitgevoerd door dezelfde onderzoekster, waardoor het mogelijk is dat de evaluatie van de flowchart soms niet volledig objectief verliep door de deelnemende huisartsen. Zij waren immers ook op de hoogte dat ik zelf de flowchart had samengesteld. Een deel van de deelnemende huisartsen kende ik al in meer of mindere mate, wat allicht ook van invloed kan zijn op de beoordeling van de flowchart.
Bij deze studie werden enkel interviews afgenomen bij huisartsen; andere hulpverleners en kinderen en/of hun ouders werden niet betrokken. Opmerkingen van huisartsen konden op die manier niet getoetst worden aan ideeën en ervaringen van patiënten of andere zorgverleners.

Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

Recente Nederlandstalige richtlijnen voor huisartsen over overgewicht en obesitas bij kinderen zijn beperkt en worden weinig toegepast in de praktijk. Een nieuwe richtlijn gebaseerd op recente literatuur zou een meerwaarde kunnen zijn. Een praktijkinstrument zoals een flowchart zou een overzicht kunnen geven van de inhoud van de richtlijn. Onderzoek op grotere schaal zou moeten plaatsvinden om te bevestigen dat zo'n soort richtlijnen en praktijkinstrumenten inderdaad een hogere graad van diagnosticeren van overgewicht bij kinderen opleveren. Bijscholingen kunnen het vertrouwen van huisartsen vergroten, maar toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of er een hogere graad van diagnostisering en behandeling plaatsvindt na bijkomende scholing.
Bij toekomstig onderzoek zouden ook andere partijen zoals kinderen, hun ouders en andere zorgverleners betrokken kunnen worden om een nog bredere kijk te geven op overgewicht bij kinderen en op die manier de aanpak verder te verbeteren.

Conclusie

Gezien de toenemende prevalentie van overgewicht bij kinderen en adolescenten, gepaard gaande met zowel medische als psychosociale complicaties, is er niet alleen nood aan primaire maar ook aan secundaire preventie. Het blijkt dat zowel kinderen als hun ouders gewicht belangrijk vinden en vinden dat hier een rol is weggelegd voor de huisarts.
Er zijn verschillende initiatieven om de taak van de huisarts te omschrijven in dit multidisciplinaire verhaal. Jammer genoeg zijn deze vaak te uitgebreid of juist te beperkt, zodat de huisarts – in combinatie met andere drempels om overgewicht bij kinderen aan te pakken – overgewicht bij kinderen vaak niet aanpakt. Daarom was het doel van deze studie om een eenvoudige tool in de vorm van een flowchart te ontwikkelen voor gebruik in de huisartsenpraktijk en te evalueren of deze tool huisartsen meer aanzet tot het aanpakken van overgewicht bij kinderen.
Slechts drie van de acht deelnemende huisartsen hebben de flowchart effectief toegepast in de praktijk. De focus werd tijdens de studie dan ook verlegd van de praktische evaluatie van de flowchart naar de drempels van huisartsen om de flowchart te gebruiken. De belangrijkste drempels die naar boven komen zijn tijdsgebrek, psychologische factoren en gebrek aan kennis.
De drie artsen die de flowchart wel hebben toegepast, geven aan dat de flowchart een houvast biedt en een meerwaarde kan zijn ten opzichte van een richtlijn. De taakomschrijving van de huisarts is duidelijker dan voor het gebruik van de flowchart. De prevalentie kinderen met overgewicht wordt realistischer ingeschat dan door de artsen die de flowchart niet gebruikten. Het aanspreken van kinderen en hun ouders op overgewicht gaat vlotter naarmate de flowchart vaker gebruikt wordt. Wel is de flowchart te uitgebreid om tijdens de consultatie te gebruiken.

Een praktische tool zoals deze flowchart kan bijdragen tot een betere praktijkvoering dankzij een duidelijkere taakomschrijving van de huisarts en meer houvast, maar zal niet alle drempels weg kunnen nemen. Het doel van een praktijkinstrument zou dan ook moeten zijn dat huisartsen hun verantwoordelijkheid nemen om alert te zijn en overgewicht met bijkomende risico's op te sporen en aan te kaarten. Verdere aanpak kan per arts en per patiënt verschillen; men kan niet verwachten dat elke arts zich verdiept in dit onderwerp naast alle andere domeinen waar een huisarts actief is. Een praktijkinstrument als deze flowchart kan wel verdere ondersteuning bieden voor de artsen die verder willen gaan dan het signaleren van overgewicht.
Er is nood aan een Nederlandstalige richtlijn voor gebruik in de huisartsenpraktijk, waarin een praktijkinstrument als een flowchart allicht een meerwaarde kan betekenen. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of deze initiatieven, samen met bijscholingen, inderdaad een hogere signalisatie en aanpak van overgewicht bij kinderen opleveren.

Bronvermelding

1. Wiggers A, Langermans L, Witvrouwen I. Obesitas en Insulineresistentie bij kinderen en adolescenten [Masterthesis]: Universiteit van Antwerpen; 2015.

2. Rokholm B, Baker J, Sørensen T. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999 - a review of evidence and perspectives. Obesity Reviews. 2010;11(12):835-46.

3. Brug J, Van Stralen M, Te Velde S. Differences in Weight Status and Energy-Balance Related Behaviors among Schoolchildren across Europe: the ENERGY-Project. PLoS ONE. 2012;7(4).

4. World Health Organisation. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States. Belgium: Nutrician, Physical activity and Obesity. Belgie: WHO; 2013.

5. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquete Vlaanderen. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en Leefstijl 2013.

6. Stijnen I. Aanpak van overgewicht bij kinderen uit de lagere school [MaNaMathesis]: KU Leuven; 2009.

7. Kim Hanh N. Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen. Implementatie van het stappenplan. [MaNaMathesis]: KU Leuven; 2015.

8. Vandenbosch S. Overgewicht bij kinderen. Implementatie en evaluatie van een protocol in twee Gentse wijkgezondheidscentra [MaNaMathesis] : Universiteit van Gent; 2016.

9. Paulis W. Kinderen met obesitas. Huisarts en Wetenschap. 2017;60(3):5-7.

10. Vroon R. Overgewicht bij kinderen: Implementatie richtlijnen NHG en Domus Medica in Nederland en Belgie [Masterthesis]: Universiteit van Antwerpen; 2015.

11. Vine M, Hargeaves M, Briefel R, Orfiel C. Expanding the role of primary care in the prevention en treatment of childhood obesity: A review of clinic and community-based recommendations and interventions. Journal of Obesity. 2013;2013(11):17.

12. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet. 2001;358:397-400.

13. King N, Horrocks C. Interviews in Qualitative Research [Book]. 2010:149-58.

14. Niesten L, Bruwier G. Domus Medica richtlijn: Obesitas bij kinderen. HuisartsNu. 2008;37(4):189-202.

15. Abel D, Vandereycken W, Vandeputte A. Eetexpert.be. Zorg voor kinderen met eet-en gewichtsproblemen. Draaiboek voor huisartsen. In: Eetexpert.be, editor. 2008.

16. Baker J, Farpour-Lambert N, Nowicka P, Pietrobelli A, Weiss R. Evaluation of the overweight/obese child - practical tips for the primary health care provider: Recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. European Journal of Obesity. 2010;2010(3):131-7.

17. National Clinical Guideline Centre. Obesity: Identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. National Institue for Health and Care Excellence. 2014.

18. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2015.

19. Cole T, Bellizzi M, Fleghal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2007;320.

20. Polfliet L. Overgewicht bij kinderen. De rol van de huisarts in een multidisciplinaire aanpak [MaNaMathesis] : Universiteit van Gent; 2016.

21. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet. 2001;358:483-8.

Dankwoord

Ten eerste wil ik mijn promotor **Hilde Bastiaens** bedanken; vanaf het eerste moment dat ik haar ontmoette, was zij enthousiast over dit project en heeft zij me geprikkeld om dit project tot een goed einde te brengen. Hilde, ongelooflijk hoeveel tijd jij in mij hebt gestoken, naast je gewone onderzoekswerk, je re-integratie in de huisartsenpraktijk en alle andere thesis-en doctoraatsstudenten die je ongetwijfeld ook zo goed hebt geholpen. Het is niet evident om een promotor te hebben die telkens alles binnen de week naleest en voorziet van feedback, en die tijd neemt om samen te zitten om alles te overlopen. Merci voor alle begeleiding en voor het opwekken van mijn interesse voor kwalitatief onderzoek! Naast Hilde heeft **Kim van Hoorenbeeck** mij ook bijgestaan in het ontwikkelen van deze thesis. Als begeleidster van mijn masterthesis, was zij direct enthousiast om ook mijn MaNaMa-thesis over hetzelfde onderwerp te schrijven. Vooral aan het begin van dit project, bij het uitdenken van de opzet van de studie, heeft Kim mij goede tips gegeven. Merci Kim voor je hulp en je pediatrische invalshoek!

Natuurlijk zou ik deze studie nooit gedaan kunnen hebben zonder hulp en enthousiasme van de **deelnemende huisartsen** aan zowel de focusgroep als de interviews. Fijn om samen te zitten met huisartsen met zoveel ervaring; bedankt voor alle tips, voor het meedenken en de tijd die jullie hebben genomen om deel te nemen aan deze studie.

Mijn praktijkopleiders kan ik ook niet overslaan. In het eerste jaar werd mijn enthousiasme voor het huisartsenvak alleen maar groter door de begeleiding van mijn PO **Michel Beutels**. Het realisme van een goed lopende huisartspraktijk (lees: veel uren en veel patiënten) werd gecompenseerd door een fijne werksfeer, top patiënten en filosofische gesprekken met mijn PO. Bedankt Michel voor je enthousiasme, je aanstekelijke lach, je hulp en begeleiding en de gesprekken die we hadden. In het tweede jaar werd **Tine Vandenabeele** mijn PO, een top-huisarts met haar hart op de goede plaats. Ondanks haar altijd overvolle agenda - je bent populair of je bent het niet- plant ze altijd tijd in voor feedback en gesprekken met haar HAIO. Tine, merci dat je mij als je allereerste HAIO ooit wilde aan nemen; ook jij hebt ervoor gezorgd dat ik huisarts-zijn elke dag nog een beetje leuker ga vinden en dat ik meer zelfvertrouwen heb gekregen in mijn handelen. Ik zie er naar uit om nog een tijdje samen te werken!
Mijn andere collega's wil ik ook van harte bedanken; beste **Kathleen, Lieve, Matthias, Paul, Peter, Sophie en Tine,**– jullie zijn stuk voor stuk top huisartsen, merci dat ook jullie mij mee hebben ondersteund! Ook merci aan de fijne dames van het secretariaat in beide praktijken, zonder jullie zou ik een stuk minder goed gefunctioneerd hebben! **Barbara, Bernadette, Esther, Lisa, Lutgard, Mariette, Tine, Vicky,** jullie zijn mijn heldinnen in voor- en tegenspoed.

Toeval of niet, maar ook mijn STACO is een van die heel enthousiaste huisartsen in Antwerpen centrum; **Bram Spinnenwijn**. Bram, bedankt voor alle tijd die je in ons hebt gestoken, je persoonlijke feedback op mijn functioneren, het weekendje aan de zee, je eeuwig geduld en enthousiasme en het begeleiden van mij van student tot huisarts. Hiermee samenhangend ook een dikke merci aan alle leuke **seminarie-genootjes**, waar vanaf dag 1 een vertrouwensrelatie mee opgebouwd kon worden zodat fijne en minder fijne gebeurtenissen gedeeld konden worden.

Daarnaast wil ik nog wat mensen bedanken in de meer persoonlijke sector. **Dennis,** Mijn Lief, bedankt voor je luisterend oor als ik thuis kom van een lange werkdag, waar we dan filosoferen over onze jobs en Het Leven tijdens het meestal door jou klaargemaakte avondeten. Je bent enerzijds een rustpunt in mijn soms hectische leven, maar geeft mij anderzijds heel veel positieve energie door jouw eigen enthousiasme in je job en duizend en een andere dingen. Nog een speciale dank voor de technische support die je mij hebt gegeven deze laatste maand!

Lieve **mam en pap, broer en zus, Winke en Sergio**; bedankt voor alle steun die jullie mij vanaf de geboorte hebben gegeven. Ik kan me niet anders herinneren dan een warme sfeer waarin alles mogelijk is, en positieve reacties op alles wat ik doe. Dankzij jullie opvoeding ben ik zonder problemen geïntegreerd in België, zelfs voor een huis werd gezorgd! Zo fijn dat jullie mijn werk en mijn enthousiasme begrijpen en altijd geïnteresseerd zijn in mijn bezigheden.
Dan nog een kort bedankje aan **alle vrienden en familie** die mee voor ontspanning zorgen, interesse tonen in mij, mijn werk en mijn verhalen – toppers, allemaal!!!

Bijlagen

1. Protocol en gunstig advies Ethisch Comité
2. Beknopte versie flowchart
3. Interviews: script
4. Interviews: codeboek

Bijlage 1: Protocol en definitief gunstig advies Ethisch Comité

Doelstelling en verantwoording

Overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten zijn veelvoorkomende gezondheidsproblemen in de westerse wereld. De prevalentie van obesitas is de afgelopen twee tot drie decennia exponentieel toegenomen[1]. In Europa werd het ENERGY-project uitgevoerd. Uit deze studie bleek dat 25,8% van de jongens en 21,8% van de meisjes overgewicht (inclusief obesitas) en 5,4% van de jongens en 4,1% van de meisjes obesitas hadden[2]. Overgewicht is een multifactoriële aandoening die kan leiden tot complicaties in de endocriene, gastro-intestinale, respiratoire, orthopedische, neurologische en cardiovasculaire systemen en tevens tot psychosociale problemen. Preventie van overgewicht bij kinderen is van groot belang, maar in deze studie wordt de focus gelegd op kinderen die reeds overgewicht of obesitas ontwikkeld hebben. Uit eerdere master- en manamathesissen blijkt dat huisartsen, ondanks reeds bestaande Nederlandstalige richtlijnen voor de eerste lijn, weinig kennis hebben over de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten.

Specifieke onderzoeksvragen

Literatuurstudie

Wat zijn de internationale richtlijnen die een praktische tool bevatten over de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen?

Kwalitatieve studie

1. Zijn huisartsen meer geneigd om overgewicht en obesitas bij kinderen aan te pakken aan de hand van een praktische tool?

2. Op welke manier vinden huisartsen de tool ondersteunend en wat kan nog verbeterd worden?

Onderzoeksopzet

Het onderzoek is een Exploratieve, prospectieve studie die multicentrisch wordt uitgevoerd.
In dit onderzoek wordt op basis van bestaande nationale en internationale literatuur een flowchart als praktische tool ontwikkeld voor gebruik in de eerste lijn. In deze flowchart staat overzichtelijk weergegeven hoe de diagnostisering en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen tussen zes en achttien jaar oud kan gebeuren. Deze aanpak van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is niet experimenteel, gezien deze aanpak reeds langere tijd de 'standaard' is maar nog niet recent samengevat werd.
In het eerste jaar wordt aan een drietal huisartsen feedback op de tool gevraagd op bruikbaarheid in de dagelijkse praktijk. Suggesties worden gebruikt om de flowchart aan te passen waar nodig.

In het tweede jaar wordt de aangepaste flowchart getest op grotere schaal. Een tiental huisartsen zal gevraagd worden de flowchart bij drie tot vijf patiënten te gebruiken in hun praktijk. Deze groep zal gevarieerd zijn en bestaan uit mannelijke en vrouwelijke artsen van verschillende leeftijden, werkend in solo-praktijken maar ook in groepspraktijken. Na deze

[1] Stettler N. Obesity in children and young people: Prevalence and trends in childhood obesity. Obesity Reviews. 2004 May 3;16–22.

[2] Brug J, van Stralen MM, Velde te SJ, Chinapaw MJM, De Bourdeaudhuij I, Lien N, et al. Differences in Weight Status and Energy-Balance Related Behaviors among Schoolchildren across Europe: The ENERGY-Project. Bacurau RFP, editor. PLoS ONE. 2012 Apr 25;7(4):e34742.

periode wordt bij de deelnemende artsen een interview afgenomen waarin het gebruik van de tool wordt geëvalueerd. Het interview bestaat uit enkele vragen waarmee de onderzoeksvraag van dit onderzoek beantwoord kan worden: "Zijn huisartsen meer geneigd om overgewicht en obesitas bij kinderen aan te pakken aan de hand van een praktische tool?". De voorlopige versie van de vragen van het interview zijn in bijlage bijgevoegd.
Tevens wordt gevraagd een korte vragenlijst in te laten vullen over de subjectieve beleving door de kinderen, al dan niet met betrekking van de ouders, die met behulp van de flowchart behandeld werden. De gegevens van deze patiënten worden vertrouwelijk gemaakt via een code en gecodeerd verwerkt. Ook deze vragenlijst is in bijlage toegevoegd.

Nota: De praktische tool die getest zal worden, is gebaseerd op recente literatuur. Deze aanpak van kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas is niet experimenteel, gezien deze aanpak reeds langere tijd de 'standaard' is maar nog niet recent samengevat werd. De 'proefpersonen' in deze studie zijn dus voornamelijk de artsen die deelnemen aan het onderzoek. Enkel subjectieve beleving van de patiënten zelf wordt gevraagd.

Keuze van de proefpersonen

De groep van huisartsen die de tool test zal gevarieerd zijn en bestaan uit mannelijke en vrouwelijke artsen van verschillende leeftijden, werkend in solo-praktijken maar ook in groepspraktijken. Er is gekozen voor een tiental huisartsen omdat dat een haalbaar aantal is en de groep voldoende groot is om een idee te krijgen over het gebruik van de flowchart in de praktijk. Drie tot vijf patiënten per huisarts is eveneens haalbaar op enkele maanden gezien de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen. In totaal komen we dan aan dertig tot vijftig kinderen, waarmee we een eerste indruk kunnen krijgen van wat patiënten en hun ouders van het gebruik van zo'n tool vinden.
Kinderen waarbij de arts de tool gebruikt heeft, en eventueel hun ouders als de kinderen onder de twaalf jaar zijn, zullen ook gevraagd worden om deel te nemen.

Proefpersonen:	Lijdend aan overgewicht of obesitas
Aantal proefpersonen	Artsen: tien Patiënten: dertig tot vijftig
Leeftijd	6 – 18 jaar
Geslacht	M / V
Hoe worden ze gerekruteerd?	Via de behandelend arts

Duur van de studie

- Literatuuronderzoek: oktober 2015 – maart 2016
- Feedback van huisartsen: april 2016 – juli 2016
- Testen van de praktische tool in de praktijk: augustus 2016 – december 2016
- Interviews bij deelnemende artsen: januari 2016 – februari 2016
- Verwerking van de verkregen gegevens: maart 2016 – mei 2016

Informatieformulier en toestemming

Twee informatieformulieren en twee schriftelijke toestemming formulieren werden in bijlage toegevoegd; een voor de deelnemende artsen en een voor de bevraagde patiënten.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Overgewicht en obesitas bij kinderen: ontwikkeling en evaluatie van een ondersteunende tool voor de eerste lijn.(manama huisartsgeneeskunde Anne Marieke Wiggers)

Belgisch Registratienummer: B300201628503

datum	ons kenmerk	contactpersoon
25/04/2016	16/10/112	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 25/04/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Wiggers
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  - huisartsen, versie 2 dd. 20/04/2016
  - patiënten, versie 2 dd. 20/04/2016
  - kinderen < 12 jaar, versie 2 dd. 01/03/2016
- Protocol
  - versie 2 dd. 20/04/2016
  - flowchart: aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen 6 - 18 jaar.
- Vragenlijst(en)
  - interview huisartsen, versie 2 dd. 20/04/2016
  - vragenlijst deelnemende kinderen en hun ouders, versie 2 dd. 20/04/2016

Bijlage 2: Beknopte versie flowchart

Aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen 6-18 jaar[1]

aan de hand van een flowchart verdeeld over 2-3 consultaties

CONSULTATIE 1: OVERGEWICHT TER SPRAKE BRENGEN (ongeveer 10 minuten)

Hulpvraag patiënt en/of ouder(s)/verzorger(s)

↓

Klinisch **vermoeden** overgewicht [2] → BMI uitzetten op **percentielcurve** (bijlage 1):
- Grijze zone: Overgewicht
- Witte zone: Obesitas

← **Verwijzing** door CLB-arts

↓

OBESITAS | **OVERGEWICHT**

↓

Inschattingsvragen[3]**:** Juiste moment om overgewicht aan te pakken?

1. Peilen naar **bewustzijn** van ouder(s) en het kind zelf over zijn/haar overgewicht

2. **Motivatie** voor eventuele gedragsverandering nagaan

3. Inschatting maken of dit **het juiste moment** is om dit aan te pakken
   - Zijn er *contra-indicaties* om behandeling op dit moment op te starten?
     - Grote psychosociale problemen
     - Groot risico op eetstoornis [4]
   - Is een *compliance* van patiënt en zijn/haar ouders op dit moment haalbaar?
   - Krijg ik als huisarts de *informed consent* om hier verder op in te gaan (in volgende consultaties)?

JA ↓

NEE → Herevaluatie op later tijdstip

Ga verder naar 'consultatie 2'

Eventueel **huiswerk** meegeven:
1. Vragenlijst (bijlage 2)
2. Voedingsdagboek enkele dagen bijhouden (bijlage 3)

CONSULTATIE 2: DIAGNOSTISERING (ongeveer 15-20 minuten)

Achtergrondinformatie:

- Positief **bekrachtigen** dat overgewicht wordt aangepakt [5-6, 8]
- **Oorzaken** van overgewicht
  1. Enkele zeer zeldzame *onderliggende ziekte*s (syndromen, hypothyroïdie, eetstoornissen)
  2. *Energiebalans* (rekening houdende met genetische constitutie)
- Mogelijke **complicaties** [7] kort benoemen aan de ouders, niet benadrukken in bijzijn van het kind [8]

	Oorzaken overgewicht syndromen, hypothyroïdie, eetstoornissen	**Complicaties overgewicht** [7] leversteatose, hypertensie, insulineresistentie, slaapapnoe, hypercholesterolemie, psychologisch
Anamnese	• Zwangerschap en geboortegewicht • Groei en ontwikkeling • Medicatie gebruik [9] • Eetstoornissen [10] • Familiale voorgeschiedenis [11]	• Psychologische evaluatie [12] • Fysieke beperkingen • Slaap: snurken, apnoes • Polyurie, Polydipsie
Klinisch onderzoek	• Hyperandrogenisme of pubertas praecox (bijlage 7) • Schildklierpalpatie	• Middelomtrek [13] • Bloeddruk [14] • Inspectie: acanthosis nigrans, striae • Muskuloskeletaal

Navragen leefstijl (evt. voedingsdagboek)

- **Voeding:**
  - Timing en locatie van maaltijden alsook snacks
  - Gezoete frisdranken
  - Positieve producten (vis, groenten, fruit, granen)
  - Grootte van porties
  - Voeding tijdens schooltijd
- **(In)activiteit:**
  - Hoeveel uur sedentair?
  - Hoeveel uur beweging buiten schooltijd?
  - Verplaatsing naar school?
  - Familie: moedigt sport aan?
- **Slaap:** [15]
  - Hoeveel uren? Regelmaat?
  - Piekeren?

Technische onderzoek: **bloedname**

- Routinematig **niet noodzakelijk** in huisartsenpraktijk
- Enkel bij klinisch vermoeden van **onderliggende oorzaak**

Verwijsindicaties kinderobesitascentrum of pediater gespecialiseerd in endocriene problemen

- Vermoeden **onderliggende oorzaak**: syndroom, hypothyroidie, hormonaal, eetstoornis
- **Morbide** obesitas: BMI of middelomtrek > 97e percentiel op groeicurve
- Vermoeden / aangetoonde **ernstige complicaties**: Diabetes Mellitus, Slaapapnoe (OSAS), ernstige hypertensie

CONSULTATIE 2 OF 3: AANPAK (ongeveer 15-20 minuten)

Aanpak = Multidisciplinaire aanpak[16] met behulp van levensstijlinterventies[17]

- **Multidisciplinair team** [16]
  - CLB-arts
  - Diëtist(e)
  - Maatschappelijk werker/verpleegkundige
  - Psycholoog

- **Mogelijke taken als huisarts:**
  - Sociale kaart opstellen voor aanpak overgewicht bij kinderen
  - Patiënt bij *mutualiteit* laten vragen op welke terugbetaling hij/zij recht heeft wat betreft beweging en voedingsadviezen
  - *Opvolging en coördinatie* van behandeling in een multidisciplinair team
  - *Maandelijkse contacten* [16] waarin:
    - Positieve bekrachtiging
    - Opvolgen gewicht, lengte en BMI aan hand van percentielcurve
    - Opvolgen welzijn van het kind
- **Doel:**
  - Gewichtsstabilisatie
  - Terugdringen psychische en somatische complicaties van overgewicht

Tips gezond voedingspatroon
- Weinig snacks
- Altijd eten aan tafel
- Geen zoete dranken
- Fruit en groenten
- Graanproducten
- Weinig vet

Tips fysieke (in)activiteit
- Minstens een uur per dag lichaamsbeweging
- Betrek familie en vrienden
- Verminderen sedentair gedrag tot maximaal 2 uur per dag
-Voldoende slaap, regelmatig slaapritme

EVALUATIE NA 6 MAANDEN

Aanpak succesvol?

Gedurende 1-2 jaar kind (twee)maandelijkse opvolging

Aanpak weinig succesvol?

1. Compliance nagaan

2. Nuchtere bloedname
- Opsporen onderliggende oorzaak of mogelijke complicaties [7]
- Eventueel te gebruiken als motivatie voor behandeling
- Cytologie, nuchtere glycemie, nuchtere insulinemie, totaal cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceriden, ALAT (SGPT) en TSH [19]

3. Na 6-12 maanden **verwijzing naar specialist** indien toestemming van kind en familie

Bronvermelding

1. Domus Medica richtlijn: Obesitas bij kinderen. L. Niesten, G. Brouwer. Huisarts Nu 2008, 37(4): 189-208.

2. Eetexpert: Zorg voor kinderen met Eet – en Gewichtsproblemen : vroeg detectie en begeleiding in de huisartsenpraktijk. Eetexpert.be 2008.

3. NICE guidelines [CG189]: Obesity: identification, assessment and management. November 2014.

4. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. CMAJ. 2015 Apr 7;187(6): 411-21

5. Evaluation of the overweight/obese child-practical tips for the primary health care provider: recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. Obes Facts. 2010;3(2):131-7.

6. P Nagy, E Kovacs, LA Moreno et al. Percentile reference values for anthropometric body composition indices in European children from the IDEFICS study. Journal of Obesity (2014) 38, S15–S25

7. Cynthia Bell, Monesha Gupta-Malhotr, Joshua Samuelscorresponding. Blood pressure percentile charts to identify high or low blood pressure in children. BMC Pediatr. 2016; 16: 98.

Bijlage 3: Script interviews

Achtergrondvragen

1. Heeft u het idee dat de prevalentie van zwaarlijvigheid bij kinderen hoog is in uw populatie?

2. Heeft u een idee hoeveel kinderen met overgewicht of obesitas u gezien heeft de afgelopen zes maanden?

3. Bij hoeveel kinderen heeft u de afgelopen drie-vier maanden de flowchart gebruikt?
   → nu wil ik graag verder gaan op het gebruik van die flowchart

Scenario 1: flowchart NIET gebruikt

1. **Als u terugdenkt aan uw ervaringen met kinderen met (vermoeden van) overgewicht/obesitas, kunt u eens omschrijven hoe zo'n consult eruit zag?**
   - Wie is erover begonnen: ouders, kind zelf of jij als arts?
   - Kinderen terug laten komen of slechts een consult?
   - Heeft u hulp van andere (para)medici ingeschakeld ?

2. **Wat maakte dat u de flowchart niet gebruikte?**
   - Tijd, omstandigheden?
   - Drempels?
   - Flowchart zelf?
     - Bepaalde delen?
     - Wat was er niet duidelijk?
     - Was er volgens u ontbrekende informatie?

3. **Wat zou kunnen maken dat je de flowchart wel zou gebruiken?**

4. **Indien van toepassing: Hoe voelde het voor u om dit onderwerp te bespreken met uw patiënt en eventueel ouder(s)?**
   - Lastig?
   - Effect op de arts patiënt relatie?

5. **Als u als arts erover bent begonnen, zonder dat dit de hulpvraag van de patiënt was: Hoe heeft u dat ervaren ?**
   - Wat waren de reacties van de patiënt en ouder(s)?
   - Hebben zij zelf commentaar of feedback gegeven?

6. **Zou u de flowchart in de toekomst nog gebruiken?**
   - Waarom wel/niet?
   - Welke onderdelen zou u wel gebruiken en welke niet?

7. **Om af te sluiten: Zijn er nog dingen die u wilt meegeven waar we het nog niet over hadden?**

Scenario 2: flowchart WEL gebruikt

1. **Hoe verliepen de consultaties waar je de flowchart gebruikte?**
    - Wie is erover begonnen: ouders, kind zelf of jij als arts?

2. **Verschil tussen kinderen ?**
    - JA:
        - welke verschillen waren er?
            - Hoe uitte die verschillen zich?
            - Op welke manier waren er verschillen ?
    - NEE:
        - Hoe de flowchart gebruikt?
            - Meerdere consulten?
            - Tot welke aanpak gekomen? Verwezen? (moeilijkheden)
            - Terug bij de huisarts laten komen?

3. **Anders verlopen dat een consult bij een kind met overgewicht ZONDER de flowchart te gebruiken? (vroegere ervaringen) ?**

4. **Op welke manier heeft de flowchart de aanpak ondersteund?**
    - Bepaalde delen?

5. **Welke nadelen ondervond u aan de flowchart?**
    - Bepaalde delen?
    - Wat was er niet duidelijk?
    - Drempels om flowchart toe te passen?
    - Was er volgens u ontbrekende informatie?

6. **Hoe voelde het voor u om dit onderwerp te bespreken met uw patiënt en eventueel ouder(s)?**
    - Lastig?
    - Effect op de arts patiënt relatie?

7. **Als u als arts erover bent begonnen, zonder dat dit de hulpvraag van de patiënt was: Hoe heeft u dat ervaren ?**
    - Wat waren de reacties van de patiënt en ouder(s)?
    - Hebben zij zelf commentaar of feedback gegeven?

8. **Zou u de flowchart in de toekomst nog gebruiken?**
    - Waarom wel/niet?
    - Welke onderdelen zou u wel gebruiken en welke niet?

9. **Om af te sluiten: Zijn er nog dingen die u wilt meegeven waar we het nog niet over hadden?**

Bijlage 4: Codeboek

Dit is het codeboek van een van de interviews. Hierin komen alle gebruikte thema's aan bod. Het was helaas wegens gebrek aan ruimte niet mogelijk alle codeboeken te tonen.

UITSPRAAK	OPEN CODE	MEMO	SUBCODE of SUBTHEMA	THEMA
Prevalentie? (…) En dan besef ik dat het veel voorkomt, toch wel.	"Staat nu stil bij prevalentie"	Prevalentie eerst onderschat	Inschatten prevalentie	Inzien van problematiek
Wel, eerst had ik een beetje (…) Willen ze er iets aan doen?	Ouders bereid iets aan te doen?	drempel voor aanspreken	aanspreken ZONDER hulpvraag ouders/patient	De eerste stap/Aanmelding
Dan heb ik de flowchart goed bekeken (…) al ingetypt op dat moment.	"Al in het dossier vantevoren ingetypt"	(te) uitgebreid om rechtstreeks op consultatie te gebruiken	Flowchart an sich onvoldoende	Gebruik flowchart
Dus die flowchart is dus wel een leidraad geweest voor de volgende consultaties.	Flowchart leidraad		Flowchart als houvast	Gebruik flowchart
Misschien is het toch ook niet slecht om eens over het overgewicht te praten, of heb je er weet van?	Kinderen zelf aanspreken: aanpak		aanspreken ZONDER hulpvraag ouders/patient	De eerste stap/Aanmelding
die het wat banaliseerden, bij 2 kinderen	Ouders banaliseren	Drempel om aan te spreken	aanspreken ZONDER hulpvraag ouders/patient NIET succesvol	De eerste stap/Aanmelding
Dus uhn, ik probeerde mij toch vooral naar het kind te richten maar het antwoord kwam toch vaak van de ouders	Communicatie vooral met ouders		Communicatie	Communicatie kind/ouders
Vaak eerder omwille van de tijd, denk ik.	Verhinderd gebruik flowchart ivm tijd		Tijd als drempel	Drempels voor gebruik flowchart
Zeker dat eerste zinnetje he. Dat vind ik wel moeilijk.	Kinderen zelf aanspreken: eerste zinnetje		aanspreken ZONDER hulpvraag ouders/patient	De eerste stap/Aanmelding
(…) Die curve had ik zelf nog nooit gebruikt daarvoor.	BMI percentiel curve - nooit gebruikt	Praktisch ook nooit in de buurt gehad?	BMI percentiel curve	Gebruik flowchart
De verdere anamnese en KO is bij mij veel beperkter. (…)	Anamnese en KO - zelf minder uitgebreid		Anamnese en KO via flowchart	Gebruik flowchart
Ik heb me daar in beperkt, want het is wel heel veel. Om dat allemaal te gebruiken op de consultatie, is dat te veel.	Gebruik flowchart - te veel info		Te veel informatie in flowchart Flowchart onvoldoende	Gebruik flowchart
(…) dat er toch een kortere, compactere versie is.	Gebruik flowchart - te veel info - compactere versie?		Drempelverlager: compactere versie	Drempels voor gebruik flowchart: drempelverlagers
Zoals bij Domus Medica, een synopsis en een uitgebreide richtlijn. Dat is wel interessant denk ik.	Idee; synopsis en lange versie		Drempelverlager: compactere versie	Drempels voor gebruik flowchart: drempelverlagers
(…) van mij mag dat van het moment afhangen.	Gebruik: niet exact volgens schema		Haalbaarheid flowchart	Gebruik Flowchart
, ik meet de bloeddruk (…) op basis van de afkapwaarden voor volwassenen.	Bloeddruk percentielcurve: wel nuttig maar niet noodzakelijk		BD percentiel curve	Gebruik flowchart
Ja, tijd vind ik wel een drempel, soms	verhinderd gebruik flowchart ikv tijd		Tijd als drempel	Drempels voor gebruik flowchart
Ik vond het zeer compleet.	Zeer compleet		Ontbrekende zaken	Gebruik flowchart
je wilt ook niet te pushirig zijn, (…) Dat is toch wel belangrijk, dat aftasten,..	Niet te pusherig willen zijn	Drempel: arts pt. relatie	Drempel: psychologisch	Drempels voor aanspreken

De patiënt die ik heb opgevolgd, vond het heel fijn dat ik erover door ging.	Reactie van pt. en ouders positief bij aanspreken		aanspreken bij hulpvraag ouders/patient WEL succesvol	De eerste stap/Aanmelding
(…) de dochter blij was dat ik erover begon, en die wou ook echt graag ermee door gaan.	Reactie van pt/ouders positief		aanspreken ZONDER hulpvraag ouders/patient WEL succesvol	De eerste stap/Aanmelding
Maar bij de andere gevallen was dat (…).. dan was het heel duidelijk dat ik daar precies niet te veel op moest ingaan.	Bij aanspreken soms geen verder ingaan van ouders/pt	zelf ter sprake brengen levert geen negatief commentaar	aanspreken ZONDER hulpvraag ouders/patient NIET succesvol	De eerste stap/Aanmelding
Ik ga het ook vaker doen	Gebruik flowchart in toekomst	Weinig frustraties!	Inzien van problematiek van overgewicht	Gebruik flowchart
Kinderen voelen zich over het algemeen beter,(…) . Dus ik besef dat ik er meer naar moet vragen.		Ziet belang en problematiek in	Inzien van problematiek van overgewicht	Inzien van problematiek van overgewicht
Soms wil ik dat zelf precies niet goed zien, (…)Je begint dan niet makkelijk zelf over iets anders.	Tijd als drempel, als tweede klacht		Tijd als drempel	De eerste stap/Aanmelding
En ik denk heel vaak tijd, eerlijk gezegd, of het niet durven zeggen… hoe gaan ze reageren?		TOCH nog schrik voor reactie ouders	Drempel: psychologisch	Drempels voor aanspreken
Ik heb ook heel hard nagedacht over hoe ik soms mijn eerste zinnetje zou zeggen (…)	Eerste zin bij aanspreken	Blijkbaar komt flowchart tekort	aanspreken ZONDER hulpvraag ouders/patient	De eerste stap/Aanmelding
			Flowchart an sich onvoldoende	Gebruik flowchart
Ja, zeker. Dat is ook een leerproces; (…) En daar helpt zoiets natuurlijk wel in, dat je een leidraad hebt	Aanspreken:hoe aanpakken?		Flowchart als houvast	Gebruik flowchart
”Ik ga daar nog geen verder onderzoek naar doen, (…)	toch bloedname gedaan, nuttig	vooral ter geruststelling mama	Bloedname	Gebruik flowchart
(…) We gaan zeker ook proberen die motivatie wat te behouden.			Aanpak zonder MD team	Gebruik flowchart
Ik zeg het, ik ga het proberen meer te doen en hoe meer ik het ga gebruiken en hoe minder ik het nodig ga hebben het nog eens vast te pakken.	Meer gebruik in toekomst	weinig frustratues	Inzien van problematiek van overgewicht	Gebruik flowchart
	Meer gebruik in toekomst			Overgewicht bij kinderen HA taak
			Geen frustrerende aangelegenheid	Overgewicht bij kinderen HA taak
Maar ik denk dat je het best vooraf wel even bekijkt.			Flowchart an sich onvoldoende	Drempels voor gebruik flowchart