# Aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk: ervaring van artsen

Dr. Andrea Fivez, KU Leuven
Dr. Elise Goetschalckx, KU Leuven
Dr. An-Sofie Wouters, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts, KU Leuven

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2023

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.*
*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

# Abstract

*Achtergrond*: Overgewicht en obesitas bij kinderen zorgen voor verschillende ernstige fysieke en mentale gezondheidsrisico's op korte en lange termijn. Huisartsen ondervinden echter drempels om dit gezondheidsprobleem aan te pakken. Deze studie onderzoekt de drempels, bevorderende factoren en mogelijke oplossingen die huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO) ervaren bij de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen van 6 tot 12 jaar.

*Methode*: Deze studie is een kwalitatief onderzoek waarbij focusgroepen met artsen in de Belgische huisartsenpraktijk werden georganiseerd. Zes maanden vooraf kregen de deelnemers de richtlijn 'Obesitas bij kinderen' van Domus Medica doorgestuurd om zo reeds een belangrijke drempel weg te nemen. De focusgroepen werden geanalyseerd volgens de methode van 'The Qualitative Analysis Guide of Leuven' (QUAGOL).

*Resultaten*: Aan deze studie namen 31 artsen deel, verspreid over vijf focusgroepen. De artsen ondervonden drempels, bevorderende factoren en gaven mogelijke oplossingen aan met betrekking tot verschillende thema's. Er was een gebrek aan kennis over het geven van voedingsadvies, de definitie van obesitas bij kinderen, de doorverwijsmogelijkheden en de praktische aanpak. De richtlijn gaf hen meer theoretische kennis. Communicatie liep vaak moeilijk door de gevoeligheid rond het onderwerp, het gebrek aan een hulpvraag en vaak ook beperkte communicatieve vaardigheden. Een aparte consultatie inplannen en een aanwezige hulpvraag werden als helpend ervaren. Samenwerking met het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) en de tweede lijn verliep regelmatig stroef en er was een beperkte kennis over de sociale kaart. Organisatorisch ondervonden artsen drempels door tijdgebrek, beperkt contact met kinderen en loss to follow-up. Er werden ook drempels ervaren op vlak van huisarts gebonden factoren en patiënten factoren zoals motivatie, moeilijke positie als HAIO, gezondheidsvaardigheden, leefomgeving en financiële moeilijkheden. Op maatschappelijk vlak kaartte men verkeersveiligheid en terugbetaling van diëtisten aan.

*Conclusie*: De geïdentificeerde bevindingen en de mogelijke oplossingen kunnen helpen om de aanpak van obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk naar de toekomst toe te verbeteren. De aanpak optimaliseren is complex en hiervoor zijn oplossingen nodig op meerdere niveaus. Op individueel niveau kunnen bijscholingen helpen. Op praktijk organisatorisch niveau ziet men een mogelijke oplossing in een praktijkproject, een infoavond of een extra zorgverlener in de praktijk. Beleid organisatorisch kunnen een vernieuwde richtlijn, ondersteuning met tools zoals websites, een betere samenwerking met andere zorgverleners en aanpassingen in het medisch dossier een oplossing bieden. De reeds beschikbare online sociale kaart en terugbetaling van diëtisten zouden beter kenbaar gemaakt moeten worden. Tot slot vonden artsen dat er ook maatschappelijke interventies nodig waren zoals preventie op scholen, belasten van ongezonde voeding en het huisartsentekort aanpakken. In de toekomst kan verder onderzoek gebeuren naar bijkomende oplossingen en de implementatie ervan in de gezondheidszorg.

# Inhoud

Abstract ..... 3
Inhoud ..... 4
Inleiding ..... 5
Methode ..... 6
Discussie ..... 23
Conclusie ..... 29
Dankwoord ..... 30
Reflectie ..... 31
Referenties ..... 36
Bijlagen ..... 38

# Inleiding

Obesitas bij kinderen en jongvolwassenen wordt wereldwijd beschouwd als één van de grootste uitdagingen van de 21ste eeuw op vlak van de volksgezondheid. (1) De definitie van obesitas volgens de World Health Organization (WHO) is 'een teveel aan vetmassa (vetweefsel) met schadelijke gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid'. (1) Body Mass Index (BMI) is de meest bruikbare meeteenheid voor de mate van overgewicht en obesitas: BMI = gewicht (in kg) / grootte$^2$ (in m$^2$). (2) De diagnose van overgewicht bij kinderen wordt gesteld als de BMI-waarde zich in de zone tussen de curve van 25 kg/m$^2$ en 30 kg/m$^2$ op 18 jaar bevindt, bij obesitas bevindt de BMI-waarde zich boven de curve van 30 kg/m$^2$ op 18 jaar. (3)

In België heeft 19% van de kinderen en jongeren tussen 2 en 17 jaar overgewicht en 5.8% lijdt aan obesitas. (4) Overgewicht en obesitas bij kinderen is geassocieerd met belangrijke fysieke gezondheidsrisico's zoals dyslipidemie, hypertensie, gestoorde glucose tolerantie, non-alcoholische leversteatose en een verhoogde C-reactief proteïne marker. (3,5,6) Daarnaast kunnen astma, vitamine D en ijzer deficiëntie eveneens geassocieerd worden met obesitas bij kinderen. (7) Verder lijden obese kinderen meer aan psychische stress dan niet-obese kinderen. Zo komen een verminderd zelfbeeld, pestgedrag, depressie en eetstoornissen vaker voor bij obese kinderen dan bij kinderen met een normaal gewicht. (5,8) Niet enkel op kinderleeftijd maar ook op lange termijn zijn er gezondheidsrisico's aan verbonden. Overgewicht en obesitas bij kinderen worden geassocieerd met een gestegen comorbiditeit en mortaliteit op volwassen leeftijd. (9,10) Bovendien hebben kinderen met obesitas ongeveer 55% kans dat dit persisteert tot op jongvolwassen leeftijd (tussen 12 en 18 jaar). Vervolgens hebben de jongvolwassenen ongeveer 80% kans dat de obesitas aanwezig blijft tot op volwassen leeftijd. (11)

Richtlijnen voor huisartsen raden aan om deze kinderen te motiveren om een gezonde levensstijl aan te nemen en zo het risico op fysieke en psychische comorbiditeiten te verlagen. (12) Uit onderzoek blijkt echter dat dit in de praktijk te weinig wordt toegepast. (13) Huisartsen beschouwen het bespreken van overgewicht niet als één van hun prioritaire taken. (12) Hier worden meerdere redenen voor aangehaald: moeilijk te bespreken onderwerp, niet de verantwoordelijkheid van de huisarts, gebrek aan kennis, stigmata naar patiënten toe, weinig vertrouwen in de behandelingen en weinig vertrouwen in de mogelijkheid van patiënten om hun gedrag te veranderen. (12) Slechts 5 tot 33% van de huisartsen vond zichzelf bekwaam om overgewicht of obesitas bij kinderen te behandelen. (14) Bovendien voelden slechts 19-22% van de artsen zich vertrouwd met de richtlijnen over overgewicht en obesitas bij kinderen van de WHO of de American Academy of Family Physicians (AAFP). (14)

We kunnen concluderen dat veel huisartsen drempels ondervinden om dit gezondheidsprobleem aan te pakken. De hoge prevalentie en de gezondheidsrisico's voor kinderen op korte en lange termijn maken duidelijk dat het belangrijk is om overgewicht en obesitas te behandelen. Het verwerven van nieuwe inzichten omtrent de eerstelijnsaanpak in de Belgische context kan hulp bieden bij het ontwikkelen van toekomstige richtlijnen. Met dit kwalitatief onderzoek analyseren we naast de ervaren moeilijkheden eveneens de bevorderende factoren die artsen ondervinden bij de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen (6-12 jaar) in de huisartsenpraktijk. Bovendien onderzoeken we welke oplossingen de huisartsen (in opleiding) zelf aanreiken voor de ervaren moeilijkheden.

# Methode

De inhoud en de structuur van dit kwalitatief onderzoek en de rapportering ervan werden vergeleken met de 'Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research' (COREQ). (15)

## Onderzoeksvraag

Via focusgroepen onderzoeken we op een kwalitatieve manier de ervaring van huisartsen (in opleiding) omtrent de aanpak van obesitas bij kinderen tussen 6 en 12 jaar en welke oplossingen ze zelf aanreiken voor de ervaren moeilijkheden. We nemen een belangrijke hinderpaal voor het starten van de behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen reeds weg door de Belgische richtlijn van Domus Medica 'Obesitas bij kinderen' aan te reiken aan de deelnemende artsen. Verder stimuleren we hen om deze toe te passen in de praktijk. We onderzoeken deze aanpak in de Belgische context en focussen ons niet enkel op het starten van de behandeling, maar ook op de moeilijkheden en bevorderende factoren die huisartsen (in opleiding) tegen komen in het verdere verloop van de behandeling. We zullen tijdens het verdere onderzoek aanpak van obesitas definiëren als de combinatie van het starten van de behandeling en de opvolging ervan.

## Onderzoekerskarakteristieken

Deze studie kadert binnen de interuniversitaire opleiding huisartsgeneeskunde. De onderzoekers zijn drie vrouwelijke huisartsen in opleiding (HAIO) en genoten hun opleiding tot basisarts aan de KU Leuven. Ze lopen stage in verschillende eerstelijnszones, verspreid over drie provincies in België.

## Rekrutering

De data van deze kwalitatieve studie werden prospectief verzameld. Huisartsen en huisartsen in opleiding behorend tot één van de wachtkringen en/of opleidingsgroepen werden via mail in het voorjaar van 2022 uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Aan de artsen werd gevraagd de richtlijn 'Obesitas bij kinderen' van Domus Medica door te nemen en te proberen toepassen in de praktijk. Een herinneringsmail ontvingen ze twee maanden later. Er werd een schriftelijke geïnformeerde toestemming bekomen van de artsen die wensten deel te nemen. Artsen die niet werkzaam waren in de huisartsenpraktijk en niet-Nederlandstalige artsen werden geëxcludeerd. De focusgroepen werden georganiseerd met maximaal 12 deelnemers, afhankelijk van het aantal huisartsen (in opleiding) die per regio toestemden om deel te nemen aan de studie. Nieuwe focusgroepen werden georganiseerd tot saturatie bereikt werd. Saturatie werd bereikt wanneer geen bijkomende hinderpalen, bevorderende factoren of oplossingen geïdentificeerd konden worden.

## Datacollectie

Data werden verzameld door middel van focusgroepsgesprekken die plaatsvonden in september 2022 tot november 2022, zes tot acht maanden na het versturen van de eerste uitnodigingsmail. De deelnemers kregen zo de tijd om de richtlijn 'Obesitas bij kinderen' van Domus Medica toe te passen en nog enkele kinderen met overgewicht of obesitas te behandelen. De locatie van de focusgroep was afhankelijk van de voorkeur van de deelnemers en vond ofwel online plaats ofwel in een praktijkruimte of woning van één van de deelnemende artsen. Er werd geen vergoeding voorzien, beperkte catering werd voorzien voor de focusgroepen die niet online plaatsvonden. Een

focusgroepsgesprek duurde ongeveer anderhalf uur. De focusgroep werd telkens geleid door één van de drie onderzoekers en het verloop werd genoteerd door een andere onderzoeker. Het begeleiden van de focusgroep gebeurde aan de hand van zes vooropgestelde vragen waarbij afhankelijk van het verloop van het gesprek bijvragen gesteld konden worden, bijlage 1. Voor de eerste focusgroep plaatsvond, werden deze vragen bij wijze van proef reeds getest. Met een audiorecorder werden de focusgroepen opgenomen en nadien vertrouwelijk getranscribeerd door één van de onderzoekers. De data werden vertrouwelijk en met zorgvuldigheid behandeld. De geluidsopname van de focusgroep gebeurde via een ingebouwde microfoon op een beveiligd technologisch toestel waar toegang enkel werd verleend via wachtwoord. De geluidsfragmenten werden enkel getranscribeerd door de drie onderzoekers. Hierna werden de opnames vernietigd. De transcripties zijn geanonimiseerd en werden bewaard in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de betrokken onderzoekers. Dit document werd bewaard op een persoonlijke laptop, beveiligd met een wachtwoord. Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten waren deze steeds versleuteld met een wachtwoord. Na afloop van het project werden de relevante bestanden aan de promotor bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden tien jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

## Data-analyse

De drie onderzoekers analyseerden en codeerden de transcripties volgens de methode van 'The Qualitative Analysis Guide of Leuven' (QUAGOL). (16) De voorbereiding voor de kwalitatieve data analyse van deze transcripties gebeurde volgens de eerste vijf stappen beschreven volgens QUAGOL. Eerst werden de verschillende focusgroepen gedetailleerd gelezen door al de onderzoekers. Vervolgens werd de rode lijn van de focusgroepen kort beschreven. Ten derde werden relevante delen voor de onderzoeksvraag in een abstract schema genoteerd. Nadien werden al de focusgroepen opnieuw herlezen en de schema's eventueel herwerkt. Tot slot werden de schema's van de verschillende onderzoekers met elkaar vergeleken en aangepast waar nodig om een consensus te bereiken. Het werkelijke coderingsproces gebeurde met behulp van het softwarepakket NVivo van de firma QSR. Hiervoor baseerden we ons op de laatste vijf stappen beschreven volgens QUAGOL. Eerst werd een lijst van concepten of hoofdelementen opgesteld. Daarna werden alle data door middel van fragmenten uit de focusgroepen gelinkt aan één van de hoofdelementen. Nadien werden de hoofdelementen en de fragmenten uitgebreid geanalyseerd en gewijzigd waar nodig. Vervolgens werden alle concepten gestructureerd en geplaatst in een overkoepelend kader dat antwoord bood op de onderzoeksvraag. Tot slot werden de resultaten per thema beschreven.

## Goedkeuring Ethische Commissie

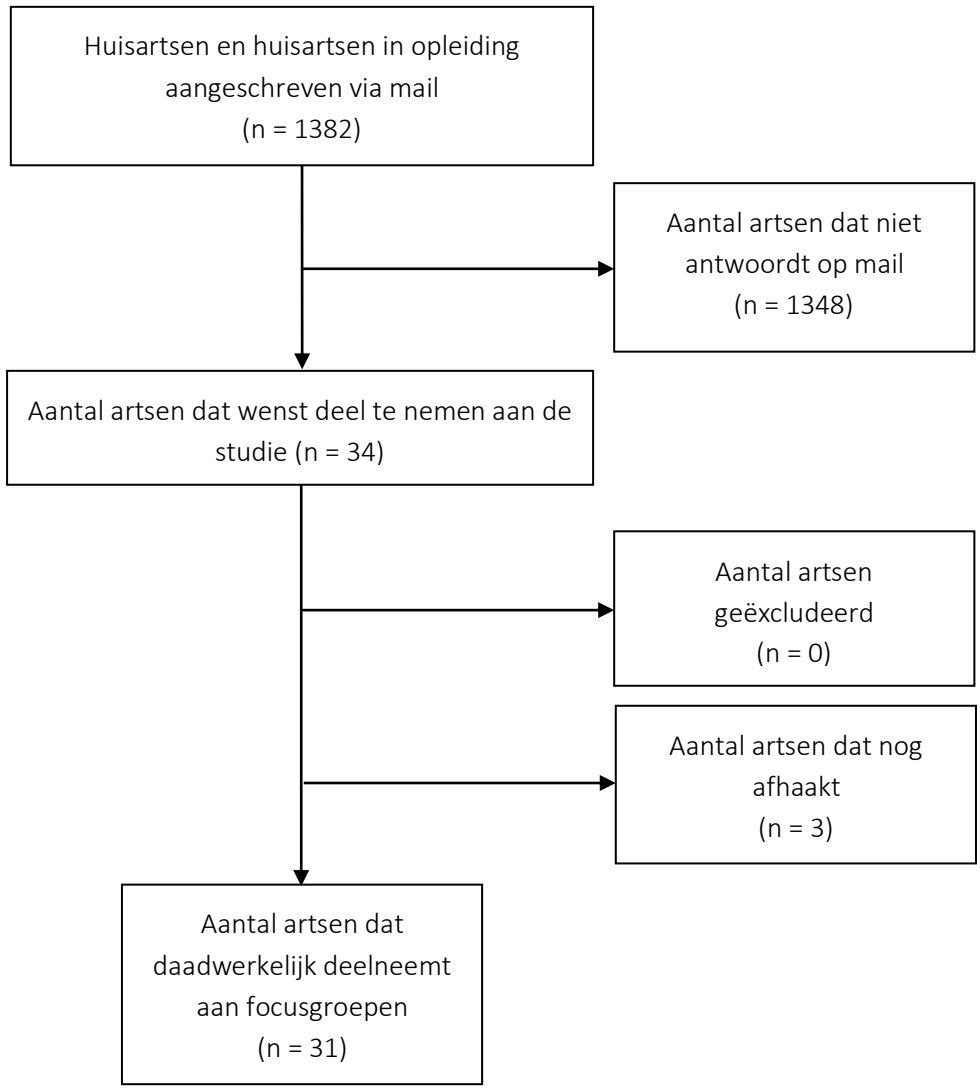
De studie werd voorgelegd en goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven op 18/01/2022, MP-nummer: MP018879.

# Resultaten

## Karakteristieken van de deelnemers

Aan de vijf verschillende focusgroepen hebben 31 huisartsen (in opleiding) deelgenomen, figuur 1 en tabel 1, 2. De deelnemende huisartsen en huisartsen in opleiding waren werkzaam in 14 verschillende huisartsenpraktijken verspreid over vier provincies binnen Vlaanderen, namelijk Oost-Vlaanderen, Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg. De focusgroepen vonden plaats in het jaar 2022 op volgende data en in volgende provincies: 13 september online, 6 oktober online, 14 oktober in Vlaams-Brabant, 17 november in Antwerpen en 17 november in Antwerpen. Elke focusgroep bestond uit 3 tot 12 deelnemers. Onder de deelnemende praktijken bevonden zich solopraktijken en groepspraktijken. Enkele deelnemende groepspraktijken waren wijkgezondheidscentra of forfaitaire praktijken. In de 14 verschillende huisartsenpraktijken werkten 15 verpleegkundigen, 6 psychologen of psychologische consulenten, 4 diëtisten, 1 loopbaancoach, 1 vroedvrouw, 1 tabakoloog, 1 maatschappelijk werker, 2 gezondheidspromotoren en 2 praktijkmanagers. Tijdens twee focusgroepen was op eigen initiatief een verpleegkundige aanwezig.

**Figuur 1 Rekrutering**



**Tabel 1 Karakteristieken deelnemende artsen**

| Referentie-nummer | Man/vrouw/x | Leeftijd | Huisarts/ HAIO | Aantal jaren ervaring als huisarts | Gebied | Soort praktijk | Aantal paramedici |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Vrouw | 26 | HAIO | 0 | Stad | Groepspraktijk | 0 |
| 2 | Vrouw | 26 | HAIO | 0 | Dorp | Groepspraktijk | 0 |
| 3 | Man | 28 | HAIO | 0 | Dorp | Groepspraktijk | 1 |
| 4 | Man | 65 | Huisarts | 39 | Stad | Groepspraktijk | 0 |
| 5 | Vrouw | 29 | Huisarts | 2 | Stad | Groepspraktijk | 0 |
| 6 | Man | 27 | HAIO | 0 | Stad | Groepspraktijk | 0 |
| 7 | Man | 60 | Huisarts | 35 | Dorp | Solopraktijk | 0 |
| 8 | Man | 37 | Huisarts | 10 | Stad | Groepspraktijk | 8 |
| 9 | Vrouw | 36 | Huisarts | 9 | Stad | Groepspraktijk | 8 |
| 10 | Vrouw | 38 | Huisarts | 13 | Stad | Groepspraktijk | 1 |
| 11 | Vrouw | 39 | Huisarts | 13 | Stad | Groepspraktijk | 1 |
| 12 | Vrouw | 34 | Huisarts | 9 | Stad | Groepspraktijk | 1 |
| 13 | Vrouw | 48 | Huisarts | 17 | Dorp | Groepspraktijk | 3 |
| 14 | Vrouw | 31 | Huisarts | 4 | Dorp | Groepspraktijk | 3 |
| 15 | Man | 30 | HAIO | 0 | Dorp | Groepspraktijk | 3 |
| 16 | Man | 53 | Huisarts | 26 | Dorp | Groepspraktijk | 3 |
| 17 | Man | 37 | Huisarts | 8 | Dorp | Groepspraktijk | 3 |
| 18 | Man | 25 | HAIO | 0 | Dorp | Groepspraktijk | 3 |
| 19 | Man | 65 | Huisarts | 40 | Dorp | Groepspraktijk | 3 |
| 20 | Vrouw | 30 | Huisarts | 3 | Dorp | Groepspraktijk | 0 |
| 21 | Vrouw | 28 | Huisarts | 1 | Stad | Groepspraktijk | 6 |
| 22 | Vrouw | 38 | Huisarts | 10 | Stad | Groepspraktijk | 6 |
| 23 | Vrouw | 36 | Huisarts | 10 | Dorp | Groepspraktijk | 2 |
| 24 | Vrouw | 32 | Huisarts | 5 | Dorp | Groepspraktijk | 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | Vrouw | 27 | Huisarts | 0 | Dorp | Groepspraktijk | 3 |
| 26 | Man | 38 | Huisarts | 11 | Stad | Groepspraktijk | 6 |
| 27 | Man | 35 | Huisarts | 10 | Dorp | Groepspraktijk | 0 |
| 28 | Man | 36 | Huisarts | 11 | Stad | Groepspraktijk | 3 |
| 29 | Man | 37 | Huisarts | 11 | Stad | Groepspraktijk | 3 |
| 30 | Vrouw | 36 | Huisarts | 9 | Dorp | Groepspraktijk | 0 |
| 31 | Man | 40 | Huisarts | 11 | Stad | Groepspraktijk | 3 |

**Tabel 2 Karakteristieken focusgroep**

| | |
|---|---|
| Aantal focusgroepen | 5 |
| Aantal deelnemers | 31 |
| Percentage vrouwen (%) | 52,0 |
| Leeftijd (gemiddelde; range) | 37,0; 25-65 |
| Percentage stad[1] (%) | 51,6 |
| Jaren ervaring[2] (gemiddelde; range) | 9,8; 0-39 |
| Groepspraktijken[3] (%) | 96,8 |
| Aantal paramedici[4] (gemiddelde; range) | 2,5; 0-8 |
| HA -HAIO[5] (%) | 80,6-19,4 |

[1]Percentage huisartsenpraktijken met de locatie in een stad
[2]Ervaring opgedaan als huisarts in opleiding werd niet meegeteld
[3]Percentage huisartsenpraktijken met meer dan 1 arts
[4]Aantal paramedici beschikbaar per huisarts
[5]Percentage huisartsen dat meededen in de focusgroepen versus huisartsen in opleiding

## Analyse focusgroepen

De analyse van de focusgroepen leidde tot de volgende hoofdelementen: kennis, communicatie, samenwerking, organisatorische factoren, huisarts factoren, patiënten factoren en maatschappij. Deze elementen zullen hieronder verder toegelicht worden, tabel 3.

Tabel 3 Schema resultaten

| Thema | Subthema | Drempels | Bevorderende factoren | Oplossingen |
|---|---|---|---|---|
| Kennis | Beweging | | Beweegadvies | |
| | Voeding | Voedingsadvies | Voedingsadvies | |
| | Diagnose | Moeilijk om diagnose te stellen<br>Gebrek aan kennis over definitie | | Richtlijn lezen |
| | Toepassen van richtlijn | Kennis over praktische aanpak | Richtlijn geeft betere theoretische kennis | Richtlijn verbeteren: kernboodschappen, praktische tips, persoonlijke aanpak<br>Korte interventie<br>Op papier tips meegeven |
| | Wanneer doorverwijzen | Gebrek aan kennis over wanneer doorverwijzen en welke onderzoeken aanvragen | | Richtlijn brengt hierin duidelijkheid |
| | Meer behandelopties | | | Meer behandelopties naar toekomst toe |
| | Bijscholing | | | Bijscholing: communicatietraining, e-learning, fysieke bijscholing, lokale kwaliteitsgroep |
| Communicatie | Kind | Delicaat onderwerp | | |
| | Gezin | Delicaat onderwerp | Respectvol ter sprake brengen | |
| | Hulpvraag | Gebrek aan hulpvraag vanuit patiënt/gezin | Hulpvraag vanuit patiënt/gezin | |
| | Informatie via andere wegen | | | Folders, affiches, filmpjes, websites |
| | Aangrijpingspunt | | Aangrijpingspunt tijdens consultatie | |
| | Contactmoment | | | Contactmoment enkel met ouder |
| | Communicatieve vaardigheden | Onvoldoende vaardigheden | Voldoende vaardigheden | |
| | Afzonderlijk consult | | Afzonderlijke consultatie inplannen | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Samenwerking** | Verwijzing naar huisarts | Te weinig doorverwijzing vanuit CLB | Doorverwijzing vanuit CLB | Grotere rol voor CLB: sensibilisering, screening, ouders inlichten, huisartsen contacteren |
| | Verwijzing vanuit huisarts: sociale kaart | Gebrek kennis sociale kaart<br>Beperkte sociale kaart met lange wachtlijsten | | Website of richtlijn die sociale kaart per regio bevat |
| | Verwijzing vanuit huisarts: tweede lijn en andere zorgverleners | Patiënten blijven in de tweede lijn | | |
| | Communicatie | Gebrek aan feedback of verslagen | | Gegevens van CLB digitaal doorsturen<br>Communicatie via Mediris<br>Telefonisch overleg |
| **Organisatorische factoren** | | Tijdgebrek<br>Kinderen komen weinig bij de huisarts<br>Loss to follow-up | | Projectmatig werken in de praktijk<br>Systematisch wegen en meten<br>Gebruik van elektronisch medisch dossier<br>Bijkomende zorgverlener in de praktijk<br>Vaste preventie raadpleging |
| **Huisarts factoren** | Taak | Ingewikkelde en tijdrovende behandeling | | |
| | Weinig aandacht | Weinig aandacht vanuit arts | | |
| | Ervaring | | Veel ervaring | |
| | Motivatie | Machteloosheid, frustratie, onvoldoende voldoening | | |
| | Huisarts in opleiding | Niet de vaste arts<br>Geen langdurige arts-patiëntrelatie | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Patiënten factoren** | Motivatie | Weinig motivatie bij kind of gezin | | |
| | Verwachtingen | Onrealistische verwachtingen: gemakkelijkheidsoplossingen, te snel resultaat | | |
| | Gezondheidsvaardigheden | Weinig gezondheidsvaardigheden | | |
| | Taalbarrière | Taalbarrière | | Tolk |
| | Comorbiditeiten | Psychische problemen | | |
| | Leefomgeving | Stedelijk | Landelijk<br>Veel sportclubs in de omgeving | |
| | Obesitas in gezin | Obesitas bij andere leden van het gezin | | |
| | Financieel | Beperkte financiële mogelijkheden | | Meer kennis over terugbetaling diëtisten |
| **Maatschappij** | | Slechte verkeersveiligheid | | Meer sporten op school, gezonde maaltijden op school, educatie omtrent voeding<br>Belasten van ongezonde voeding<br>Financiële stimulansen om huisartsentekort aan te pakken<br>Bewustmaking door bijvoorbeeld infoavond te organiseren<br>Verminderen taboegevoel bij artsen<br>Zorgtraject voor obesitas |

## Kennis

### Kennis omtrent beweging

De meeste artsen vonden het relatief eenvoudig om kinderen beweegadvies te geven aangezien er veel opties zijn. Een enkele arts vond het echter moeilijk om dit concreet te maken.

### Kennis omtrent voeding

Door enkele deelnemers in vier focusgroepen werd het geven van voedingsadvies als iets moeilijker ervaren.

> *'Bij mij is het gevoel van te weinig kennis over diëtetiek bij kinderen, omdat het mij al niet logisch lijkt om die op dieet te zetten, maar als het dan moet: hoe en wat?' (Arts 13)*

Daarentegen voelden enkele artsen zich wel comfortabel bij het geven van voedingsadvies.

> *'Het is ook niet altijd dat die direct naar de diëtist moeten. Ouders beseffen niet altijd waar dat hun fouten zitten. (...) Daar kan een diëtist mee helpen, maar dat in die mate kunnen wij ook.' (Arts 22)*

### Definitie overgewicht of obesitas

In één focusgroep werd aangehaald dat het moeilijk is om bij kinderen de diagnose obesitas te stellen.

> *'Bij kinderen is dat eerder een curve en die waarden zijn anders, dus is dat moeilijk om echt aan te geven of dat kind nu echt aan een probleem gewicht zit of niet.' (Arts 1)*

Niet iedereen kende de definitie van obesitas bij kinderen. In twee van de vijf focusgroepen zei men dat ze dit hadden bijgeleerd na het lezen van de richtlijn.

### Toepassen van richtlijn

In twee focusgroepen vond men de richtlijn nuttig en zorgde die ervoor dat ze een betere theoretische kennis hadden zoals maximum twee uur schermtijd per dag. Anderzijds zagen vele deelnemende artsen toch ook mogelijkheden om zaken te verbeteren. Zo werd voorgesteld om een kader met de kernboodschappen bovenaan te plaatsen en een meer patiëntgerichte aanpak te integreren. Verder misten artsen ook een praktische aanpak.

> *'Wat doe je er dan mee? Ik denk dat we allemaal het volgende wel weten; calorie-arm, fruit, niet te veel frisdrank, niet te veel voor de tv. Maar hoe begin je daar aan?' (Arts 16)*

Een arts zag alvast een oplossing door op papier concrete tips mee te geven aan de patiënt:

> *'door vaak op papier concrete dingen op te schrijven en die dan ook mee te laten nemen als soort huiswerk.' (Arts 19)*

Verder werkte het drempelverlagend om de aanpak van obesitas bij kinderen slechts te beperken tot een korte interventie. Zo zei men in drie focusgroepen dat ze liever een kort advies gaven over het aanwezige overgewicht en dit noteerden in het dossier.

### Wanneer kinderen doorverwijzen

In één focusgroep vond men dat ze te weinig kennis hebben over wanneer ze kinderen juist moeten doorverwijzen en welke extra onderzoeken ze moeten aanvragen. Anderzijds stelde men in een andere focusgroep dat daarin wel duidelijkheid was gekomen door het lezen van de richtlijn.

### Meer behandelopties in de toekomst

In één focusgroep oordeelde men dat de aanpak van obesitas bij kinderen moeilijk loopt omdat er te weinig behandelopties zijn en de wetenschap nog verder moet evolueren.

### Bijscholing

In twee focusgroepen werd een vorm van bijscholing (communicatietraining, e-learning, fysieke bijscholing, lokale kwaliteitsgroep) kort besproken als mogelijke oplossing om tegemoet te komen aan het gebrek aan kennis.

## Communicatie

### Delicaat onderwerp voor het kind

In al de focusgroepen vonden de artsen het gewicht van een kind delicaat om te bespreken. Er was een bezorgdheid dat het zelf- of lichaamsbeeld van het kind zou verlagen, het kind een angst voor ziektes zou creëren of een eetstoornis zou ontwikkelen.

> *'De triggers voor het ontwikkelen van een eetstoornis kunnen hele kleine dingen zijn. Het feit dat je het benoemt kan al genoeg zijn.' (Arts 14)*

### Delicaat onderwerp voor het gezin

In al de focusgroepen bestond er een zekere bezorgdheid dat de ouders van het kind zich beledigd zouden kunnen voelen. Een enkele arts liet echter weten dat hij daar nog geen moeilijkheden mee heeft ondervonden, zolang het onderwerp respectvol wordt aangehaald.

### Hulpvraag

Het zoeken van het ideale moment om als arts over het gewicht te beginnen werd in al de focusgroepen als iets moeilijk beschouwd.

> *'Als het kind acuut ziek is, dan ga ik niet beginnen over het gewicht, dan ben ik al blij dat het kind eet en drinkt.' (Arts 2)*

Bijkomend heerste er een algemeen gevoel dat een gesprek over het gewicht niet voor verandering zorgt indien de patiënt niet zelf met deze vraag komt. Patiënten of familieleden die wel zelf met een hulpvraag kwamen, zorgden ervoor dat veel barrières bij de huisartsen (in opleiding) verdwenen.

### Informatie via andere wegen

In drie focusgroepen werd kort vermeld dat de communicatie tijdens het consult zou kunnen vergemakkelijken indien de patiënt of familieleden reeds beschikken over een zekere voorkennis. Deze kan aangereikt worden via folders, affiches, filmpjes of interactieve websites. Verder zou voorafgaande informatie ervoor kunnen zorgen dat patiënten gemotiveerd raken en zelf met de hulpvraag bij de arts komen. Ten slotte zou ook de behandeling makkelijker verlopen indien patiënten thuis naar extra informatie kunnen grijpen.

### Aangrijpingspunt om over het gewicht te beginnen

Een specifieke gelegenheid tijdens het consult dat geassocieerd kan worden met het gewicht zou drempelverlagend werken: bijvoorbeeld bij klachten gerelateerd aan overgewicht, visueel duidelijk obesitas, stijgende groeicurve of een consult voor een sportattest.

### Contactmoment enkel met ouder

In twee focusgroepen lieten artsen weten dat ze een contactmoment enkel met de ouders als comfortabeler zouden ervaren. Er zou dan minder schrik zijn om het zelfbeeld van het kind te beschadigen. Bovendien liet een arts het volgende weten:

> *'Onder de 12 jaar beslis je als ouder wat er op tafel komt. Je kan perfect via de ouders werken terwijl het kind het zelf niet weet.' (Arts 11)*

Anderen reageerden dat ze het bespreken van het gewicht zonder de patiënt zelf net als onaangenaam zouden ervaren.

> *'Ik vind het veel erger als je dat achter de rug van het kind doet.' (Arts 10)*

### Communicatieve vaardigheden van de arts

Enkele artsen in de verschillende focusgroepen hadden het gevoel dat ze over onvoldoende vaardigheden en zelfvertrouwen beschikten om de informatie omtrent overgewicht goed te kunnen uitleggen aan kinderen.

> *'Ik heb inderdaad ook geen idee wat dat je zegt op kinderniveau.' (Arts 12)*

Hier tegenover staat dat een kleiner deel van de artsen van zichzelf vond dat ze wel over voldoende vaardigheden beschikten.

### Afzonderlijk consult voor bespreking van het overgewicht

In vier focusgroepen heerste er consensus dat er een aparte consultatie nodig is om het delicaat onderwerp op een goede manier te kunnen bespreken. Een enkele arts merkte op:

> *'Ik denk dat het wel nuttig is om het probleem te blijven aanhalen, maar het heeft zeker niet altijd zin om onmiddellijk een nieuwe afspraak te geven als je voelt dat ze daar nog niet aan toe zijn of het moment is er nog niet rijp voor.' (Arts 19)*

## Samenwerking

### Doorverwijzing naar huisarts

In al de focusgroepen waren artsen het erover eens dat de aanpak van overgewicht of obesitas bij kinderen makkelijker verloopt na een doorverwijzing. Artsen zouden graag hebben dat het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) actiever naar hen doorverwijst door de huisartsen zelf te contacteren en de ouders beter in te lichten. Enkele artsen vonden het wenselijk dat het CLB meer taken omtrent de opvolging op zich neemt.

> *'Er is een grotere taak weggelegd bij het CLB, denk ik. Het CLB zit zo vast in hun stramien. Ze doen nu al wel veel meer dan vroeger inderdaad. Maar die gaan daar niet verder rond werken, die doen daar niks mee. Die gaan dan gewoon terug verwijzen.' (Arts 22)*

### Doorverwijzing vanuit huisarts

In drie focusgroepen sprak men over het gebrek aan kennis over de sociale kaart. Hierdoor wordt gerichte doorverwijzing als iets moeilijk ervaren. Een mogelijke oplossing is het bestaan van een website of richtlijn dat een sociale kaart per regio bevat. Vervolgens zorgen ook een tekort aan zorgverleners en lange wachtlijsten voor sommige disciplines voor een bijkomende drempel.

> *'Dan stelt zich nog het probleem van beschikbaarheid. Je moet kei lang wachten, je moet iemand vinden die dat doet bij kinderen. Ik denk dat die dun gezaaid zijn.' (Arts 14)*

### Samenwerking met andere zorgverleners

In alle focusgroepen zag men feedback of verslagen van andere zorgverleners als een hulpmiddel bij de opvolging van het kind. Het niet krijgen van een verslag werd andersom ook als een drempel ervaren. Verder vonden enkele artsen het jammer dat patiënten die doorverwezen werden naar de tweede lijn, niet meer terugkeerden naar de eerste lijn voor verdere opvolging.

> *'Wat ik wel ondervind is dat er soms wel eens advies wordt gevraagd bij een endocrinoloog om dingen uit te sluiten. Die nemen ze dan ook mee op sleeptouw, maar dan blijft het ook daar. Het is nog niet gestructureerd.' (Arts 19)*

Artsen vonden een beter medium noodzakelijk om te kunnen overleggen tussen verschillende disciplines. Enkele artsen hadden hiervoor ervaring met Mediris, een platform voor elektronische communicatie en digitaal patiëntenbeheer. (17) Naast de digitale informatie zou een enkele arts liever telefonisch gecontacteerd worden door het CLB .

## Organisatorische factoren

### Tijdgebrek van de huisarts

In alle focusgroepen werd het element tijd aangehaald als drempel. Enerzijds hekelde men het tijdsgebrek tijdens een consultatie zelf om het onderwerp aan te halen. Daarnaast haalden de artsen ook aan dat ze geen tijd hebben om de opvolging voor de obesitas te voorzien.

> *'Ik aarzel ook om eraan te beginnen want als ik eraan begin dan moet ik er veel tijd in steken.' (Arts 16)*

### Kinderen komen weinig bij de huisarts

In vier focusgroepen werd vermeld dat kinderen tussen zes en twaalf jaar weinig bij de huisarts komen.

> *'Het probleem qua opvolging is dat je op die leeftijd de kinderen niet frequent terug ziet en toch wel belangrijk dat je hen regelmatig ziet om hen extra te motiveren.' (Arts 4)*

### Loss to follow-up

In vier focusgroepen werd 'loss to follow-up' aangehaald als drempel bij de opvolging.

> *'Volgende keer komen ze bijvoorbeeld niet op hun afspraak en dan zie je ze een hele tijd niet.' (Arts 29)*

### Projectmatig werken in praktijk

In twee focusgroepen zeiden deelnemers dat een project vanuit de huisartsenpraktijk zelf de aanpak zou kunnen bevorderen.

> *'Projectmatig werken, vaak is dat dan een HAIO die gemotiveerd is en die wilt er tegenaan en die trekt de rest van de praktijk mee.' (Arts 8)*

Het nadeel hiervan zou volgens de arts zijn dat de aandacht voor het onderwerp zelf terug verzwakt als het project ten einde is of als de initiatiefnemer weg is.

### Systematisch wegen en meten

Wat in elke focusgroep naar voor kwam als oplossing was het systematisch wegen en meten van kinderen. Het gewicht wordt hierdoor systematisch op een objectieve manier met de ouders besproken.

### Gebruik van elektronisch medisch dossier (EMD)

In drie focusgroepen zagen de deelnemers potentieel in het EMD om de aanpak te vergemakkelijken. Het zou hen helpen als de berekende BMI automatisch wordt weergegeven op de groeicurve.

> *'Nu moet je die papieren eerst opzoeken en gaan afdrukken. Je moet alles gaan uitrekenen. Als dat een rechtstreekse link zou kunnen zijn, dan zou ik het ook al makkelijker doen.' (Arts 14)*

Daarnaast kan het EMD ondersteuning bieden in de opvolging en planning. Door aantekeningen te noteren in het EMD blijven ze alert voor het gewicht.

### Bijkomende zorgverlener in de praktijk

In drie focusgroepen zei men dat een bijkomende zorgverlener in de praktijk de aanpak zou kunnen bevorderen. Paramedici in de huisartsenpraktijk zouden voor patiënten drempelverlagend kunnen werken om deze sneller te consulteren. Daarnaast kan een extra zorgverlener enkele taken, bijvoorbeeld wegen en meten, van de huisarts overnemen. Daarbij zag men in één focusgroep ook de meerwaarde op gebied van populatiemanagement door in patiëntendossiers proactief op zoek te gaan naar kinderen met (een risico op) obesitas. Anderzijds is het niet zo evident om een extra zorgverlener in de praktijk te betrekken als de praktijkruimte of werking daar zelf niet op voorzien is.

### Vaste momenten voor preventie raadpleging

Een apart blok in de agenda voorbehouden voor enkel preventie consulten zou de aanpak van obesitas kunnen bevorderen volgens artsen uit twee focusgroepen. Anderzijds zou dit veel tijd in beslag nemen en zouden er mogelijks enkel mensen langskomen die al veel met hun gezondheid bezig zijn.

## Huisarts gebonden factoren

### Weinig aandacht voor obesitas

In al de focusgroepen werd vermeld dat de artsen weinig aandacht hadden voor overgewicht. Artsen die weinig kinderen zagen, vergaten de problematiek op het moment dat ze dan toch nog eens een kind zagen. Eén arts zei dat, in tegenstelling tot roken, overgewicht niet standaard in het achterhoofd van de huisarts zit.

### Ervaring huisarts

In al de focusgroepen vonden de meeste artsen van zichzelf dat ze weinig ervaring hadden. Meer ervaring zorgt enerzijds voor meer kennis, zelfvertrouwen en aandacht voor de start van de behandeling van obesitas.

> *'Er zijn zoveel dingen zoals alcoholgebruik, suïcide navragen,... waar we allemaal een aantal jaar geleden voelden dat we moesten oefenen in dat na te vragen, en dat gevoel is nu helemaal weg. Ik denk dat dat bij obesitas hetzelfde is.' (Arts 11)*

Anderzijds zou meer ervaring ook kunnen zorgen voor meer connecties met andere zorgverleners.

### Motivatie huisarts

In al de focusgroepen heerste er bij de artsen over het algemeen beperkte motivatie om patiënten aan te spreken over hun gewicht. Er kwamen gevoelens van machteloosheid, frustratie en onvoldoende voldoening naar boven.

*'Op lange termijn kan dat misschien wel voldoening geven, maar niet op korte termijn. Dat zorgt ervoor dat ik mijn tijd en energie er niet in wil steken.' (Arts 3)*

Een arts adviseerde om de verwachtingen niet te hoog te leggen.

### Huisarts in opleiding

De drempel om te beginnen aan de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen lag hoog bij de HAIO's. Enerzijds is een HAIO niet de vaste arts van de kinderen waardoor opvolging moeilijk wordt. Anderzijds vonden de HAIO's dat er een bepaalde arts-patiënt relatie nodig was om de problematiek bespreekbaar te kunnen maken.

### Taak huisarts

In vier focusgroepen beschouwden de artsen de aanpak van de problematiek slechts gedeeltelijk als hun taak.

*'Enerzijds wel, anderzijds is er ook een ingang via het CLB om dat aan te geven.' (Arts 3)*

Verder was er een algehele consensus dat het aankaarten als arts heel belangrijk is, maar dat de behandeling te ingewikkeld en tijdrovend is bij comorbiditeiten of complicaties.

*'Ik denk ook niet dat dat onze taak is om dat uit te pakken, je moet dat gewoon signaleren.' (Arts 28)*

## Patiënten factoren

### Motivatie patiënt of gezin

In alle focusgroepen vonden artsen ongemotiveerde patiënten of gezinnen een bemoeilijkende factor bij de aanpak. Wanneer er te veel weerstand is bij het kind of het gezin, hebben de artsen het gevoel dat de opvolging niet vlot verloopt. Motivatie is belangrijk om een gedragsverandering teweeg te kunnen brengen.

*'Bij jonge kinderen is het ook vaak de mama of de papa die zegt 'mijn kind moet afvallen', maar de motivatie bij zo'n kinderen zelf is niet altijd even groot. Die voelen zichzelf niet ziek of staan niet stil bij de gevolgen.' (Arts 18)*

Verder werden onrealistische verwachtingen in twee focusgroepen aangehaald als bemoeilijkende factor. Sommige patiënten verwachten gemakkelijkheidsoplossingen zoals medicatie, andere patiënten verwachten veel te snel resultaat.

### Gezondheidsvaardigheden

In één focusgroep werd veel nadruk gelegd op het hebben van gezondheidsvaardigheden als bevorderende factor. Het omgekeerde geldt ook, een gebrek aan gezondheidsvaardigheden bij het kind of het gezin maakt de aanpak een heel stuk moeilijker.

*'Wat ook helpt is als mensen al een deel gezondheidsvaardigheden hebben. Dus als ze inzicht hebben in gezonde voeding, in sport, als ze al een keer gehoord hebben van een voedingsdriehoek.' (Arts 8)*

### Taalbarrière

Een taalbarrière is een drempel om de problematiek aan te kaarten. Dit kwam in één focusgroep ter sprake. Een tolk werd aangereikt als mogelijke oplossing hiervoor.

### Comorbiditeiten

In één focusgroep werd aangehaald dat overgewicht of obesitas in sommige gevallen niet de enige problematiek is die aangepakt moet worden bij een kind. Aanwezige comorbiditeiten, bijvoorbeeld psychische problemen, vormen een drempel voor de aanpak.

### Leefomgeving

In drie focusgroepen werd gesproken over de invloed van de leefomgeving. Een landelijke omgeving waar het kind veel kan buiten spelen en een groot aanbod aan sportclubs in de omgeving, zorgden ervoor dat artsen gemakkelijker tips konden geven om beweging te stimuleren. Hier tegenover staat de stedelijke omgeving als bemoeilijkende factor.

> *'Veel sociale appartementen, dat helpt ook niet. Kinderen kunnen niet buiten, hebben geen tuin. Ouders vinden het soms onveilig, er wordt wat drugs gedeald rondom de gebouwen dus ze sturen de kinderen ook niet alleen de pleintjes op en ja, dan zitten ze de hele dag binnen he.' (Arts 8)*

### Obesitas bij andere leden van het gezin

In vier focusgroepen kwam ter sprake dat de aanwezigheid van overgewicht of obesitas bij andere leden van het gezin een drempel vormt in de aanpak. Artsen vinden het moeilijker om het onderwerp aan te kaarten en de aanpak wordt uitdagender.

### Financiële mogelijkheden

Het hebben van beperkte financiële mogelijkheden werd in vier verschillende focusgroepen als een belemmerende factor beschouwd. De kostprijs van bepaalde onderdelen van een behandeling (diëtist, sportclub, gezonde voeding) maakt het voor sommige patiënten erg moeilijk.

> *'Want we hebben dan een mogelijkheid, maar als je dan naar de prijzen kijkt van de psycholoog, van de diëtist, dan is dat toch voor veel mensen te hoogdrempelig om dat te kunnen doen.' (Arts 9)*

Betere terugbetaling van diëtisten werd door enkele artsen als mogelijke oplossing gezien. Eén arts merkte op dat kinderdiëtisten reeds worden terugbetaald.

## Maatschappij

De artsen in de focusgroepen stelden mogelijke oplossingen voor op maatschappelijk vlak om de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas te verbeteren. Ten eerste vonden de artsen schoolse initiatieven belangrijk. Op school kunnen ze kinderen bijvoorbeeld vaker laten sporten, meer educatie omtrent voeding geven en ongezonde frisdrankautomaten verbieden.

> *'De vraag is wat de huisarts of eerste lijn er aan moet doen, maar zo lang dat kinderen tussen 8u30 en 15u30 heel de tijd op een stoel zitten, twee uurtjes lichamelijke opvoeding krijgen in de week, in plaats van twee uur per dag elke middag zoals in Duitsland, kan je wel een beetje dweilen met de kraan open.' (Arts 27)*

Verder gaf men het voorstel om ongezonde voeding te belasten en de verkeersveiligheid te verhogen om zo mensen te motiveren om vaker te fietsen. Daarnaast zou het aanpakken van het huisartsentekort in bepaalde regio's, bijvoorbeeld door bepaalde tegemoetkomingen in hun onkosten, ervoor kunnen zorgen dat artsen meer ruimte hebben voor de bespreking van het gewicht van de patiënt. Een soort zorgtraject voor obesitas zou een financiële stimulans voor de patiënt en de arts

kunnen zijn. Tot slot zou het enkele artsen helpen indien de bewustmaking van de problematiek niet enkel via de huisartsen zou gebeuren.

*'De bewustmaking rond obesitas is er al stilletjes aan maar toch nog onvoldoende.' (Arts 3)*

Sensibilisering zou kunnen gebeuren via de overheid, media maar ook via lokale instanties. Een drietal artsen waren bereid om zelf een infoavond te organiseren. Als keerzijde vermeldden ze wel dat ze momenteel te weinig tijd hebben om dit te organiseren.

# Discussie

Met dit kwalitatief onderzoek hebben we de ervaring van huisartsen (in opleiding) omtrent de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen tussen 6 en 12 jaar onderzocht. Wij maken een onderscheid tussen de volgende thema's: kennis, communicatie, samenwerking, organisatorische factoren, huisarts gebonden factoren, patiënten factoren en maatschappij. In de verschillende thema's werden meerdere drempels benoemd. Bevorderende factoren werden in alle thema's beschreven uitgezonderd in het thema 'organisatorische factoren' en in het thema 'maatschappij'. Mogelijke oplossingen naar de toekomst toe werden dan weer niet besproken in het thema 'huisarts gebonden factoren'.

## Drempels

Uit de focusgroepen blijkt dat er bij verschillende artsen een gebrek was aan kennis over de definitie van obesitas bij kinderen waardoor het stellen van de diagnose moeilijker werd. Verder vond het grootste deel van de artsen het geven van voedingsadvies moeilijker dan beweegadvies. Tenslotte vonden artsen het onduidelijk wanneer ze het kind zelf moeten behandelen of net moeten doorverwijzen. Dit komt overeen met wat in de literatuur werd teruggevonden. Artsen kenden de aanbevelingen over obesitas bij kinderen slechts beperkt. (18)

Huisartsen (in opleiding) gaven aan dat de hulpvraag zelden door het kind of het gezin werd aangebracht waardoor de artsen zelf een gesprek over het gewicht dienden te beginnen. Beperkte communicatieve vaardigheden vormden een drempel om zelf over het gewicht te beginnen. Bijkomend vonden de zorgverleners het gewicht een te delicaat onderwerp om zelf ter sprake te brengen. Artsen voelen zich onzeker over hoe ze zelf een gesprek moeten beginnen over het gewicht. (18) De artsen uit onze focusgroepen hadden schrik om een eetstoornis of hypochondrie te induceren bij het kind en dat ouders zich beledigd zouden kunnen voelen. Ouders uit een andere studie vonden gesprekken over het gewicht van hun kinderen emotioneel beladen gesprekken maar vonden ze uiteindelijk wel helpend. (19) Het motiveerde hen om hun levensstijl te veranderen. (19)

Huisartsen (in opleiding) vonden dat te weinig kinderen naar hen doorverwezen werden vanuit het CLB. Ook in een Nederlands onderzoek werd de samenwerking tussen de brede eerste lijn, jeugdgezondheidszorg-professionals en de huisarts als een knelpunt ervaren. (20) Tijdens het implementeren van de zorgstandaard obesitas bij kinderen werd geen enkel kind doorverwezen naar de huisarts en was er geen communicatie tussen de zorgverleners. (20) Bovendien verliep het doorverwijzen naar andere zorgverleners moeilijk volgens de deelnemende artsen in onze studie. De sociale kaart was weinig gekend en er bestonden lange wachttijden. Ten slotte was er vaak een slechte samenwerking met de tweede lijn zowel op gebied van taakverdeling als het delen van verslagen. Er was grote variatie tussen de artsen omtrent de ervaring met andere zorgverleners en de drempel om kinderen door te verwijzen. Sommige artsen verwezen onmiddellijk door naar een diëtiste, pediater of een multidisciplinair centrum. Anderen deden dit slechts wanneer de behandeling minder vlot liep. Dit werd ook teruggevonden in voorgaande studies. (18)

Artsen hadden tijdgebrek, merkten frequent loss to follow-up op en hadden weinig contact met kinderen. Uit een Nederlandse gezondheidsenquête blijkt dat kinderen tussen 4 en 16 jaar het minst

vaak naar de huisarts gaan. (21) Tijdgebrek werd uitgebreid benoemd in andere studies. (18) Het huisartsentekort werd in de focusgroepen genoemd als één van de oorzaken van het tijdsgebrek.

Artsen beschouwden het aankaarten van het overgewicht als hun taak. Daarentegen werd de behandeling van obesitas niet door iedereen als taak van de huisarts beschouwd. Verder was er weinig motivatie en aandacht voor obesitas. Men vond het een te ingewikkelde, tijdrovende en frustrerende behandeling. Bovendien vond men dat de behandeling zelden succesvol was. De moeilijkheden die HAIO's ondervonden werden voor zover wij weten niet eerder beschreven in de literatuur. HAIO's gaven aan dat het voor hen moeilijker was om deze problematiek aan te pakken. Langs de ene kant omdat ze niet de vaste arts zijn van de kinderen en langs de andere kant omdat ze geen langdurige arts-patiëntrelatie hebben. Eerder werd aangetoond dat een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt helpt om over het gewicht te praten. (18)

Verschillende patiënt gerelateerde factoren zorgden ervoor dat huisartsen moeilijkheden ondervonden bij de aanpak van overgewicht en obesitas. In een andere studie hadden huisartsen ook het gevoel dat ze slechts een minimale impact zouden kunnen hebben op de levensstijl van patiënten indien de patiënt niet gemotiveerd overkwam. (18) Artsen uit onze focusgroepen vonden de aanpak complexer indien andere gezinsleden eveneens overgewicht hadden. De levensstijl aanpassing van het kind heeft echter een groter effect op het gewicht indien het hele gezin erbij betrokken kan worden. (22,23) Comorbiditeiten zoals psychische problemen vormden eveneens een drempel, dit kan ervoor zorgen dat de behandeling complexer wordt. Bijkomend noemden artsen beperkte financiële mogelijkheden als drempel omdat dit ervoor zorgt dat hun behandelopties sterk verminderen. Verwijzingen, gezonde voeding en sportclubs worden minder haalbaar. Tenslotte werden ook onrealistische verwachtingen van patiënten, het hebben van weinig gezondheidsvaardigheden en anderstaligheid als drempels benoemd. Dit kwam overeen met wat we terugvinden in de literatuur. (18)

Slechte verkeersveiligheid zorgt ervoor dat kinderen zich minder met de fiets kunnen verplaatsen naar hobby's of het school. Regelmatig fietsen van en naar school verlaagt vermoedelijk de kans op metabool syndroom. (24)

## Bevorderende factoren

Uit de focusgroepen komt naar boven dat het merendeel van de artsen het geven van beweegadvies makkelijker vindt dan voedingsadvies. Artsen hadden het gevoel makkelijker tips te kunnen geven qua beweging en sport. Verder hadden enkele artsen wel het gevoel dat de richtlijn hen theoretische kennis aanbood waar ze hun adviezen op konden baseren.

In tegenstelling tot enkele artsen, vonden andere artsen wel dat ze over voldoende communicatieve vaardigheden beschikten om een gesprek over de problematiek te voeren. Men vond dat ze het gewicht altijd ter sprake konden brengen, zolang men dit op een respectvolle manier deed. Uit de literatuur blijkt dat ouders zich meer ondersteund en bekwaam voelden als het gewicht op een niet-beschuldigende manier werd meegedeeld en de ouders werden uitgenodigd om te reflecteren op hun situatie. (19) Artsen uit onze focusgroepen vonden het makkelijker om onmiddellijk een aparte consultatie in te plannen om het gewicht verder te bespreken. Huisartsen plannen jammer genoeg slechts weinig vervolgconsulten voor overgewicht in. (25) Tot slot ervaarden de deelnemende artsen

een specifieke gelegenheid die geassocieerd kan worden met het gewicht (sportattest, gewrichtsklachten secundair aan overgewicht) als drempelverlagend. Kinderen komen echter zelden op raadpleging bij de huisarts voor een klacht over hun gewicht. (25)

De aanpak van overgewicht en obesitas verliep vlotter wanneer een kind doorverwezen werd door het CLB. Verder hadden enkele artsen wel zeer goede ervaringen omtrent de samenwerking met andere zorgverleners, en hadden ze het gevoel voldoende verslagen te ontvangen. De meningen hierover verschillen. Vermoedelijk hebben sommige zorgverleners of multidisciplinaire centra hier meer ervaring mee dan andere.

Meer ervaring als huisarts maakte de aanpak van overgewicht en obesitas ook makkelijker. Dit kan zorgen voor meer zelfvertrouwen en positieve ervaringen.

Het geven van beweegadvies ging voornamelijk vlot in een landelijke omgeving met veel sportclubs in de omgeving. Het geven van tips rond beweging werd moeilijker indien het gezin in een stedelijke omgeving woont. Verder ging de verwijzing van patiënten met financiële problemen vlotter naar zorgverleners waar een terugbetaling voor bestaat. Tot slot ondervonden artsen dat de behandeling van obesitas bij kinderen vlotter liep indien het gezin betrokken kon worden.

## Oplossingen

Naast drempels en bevorderende factoren werden de artsen gevraagd mogelijke oplossingen voor de drempels voor te stellen. Enkele artsen deelden mee dat hun kennis zou kunnen verbeteren d.m.v. bijscholing via communicatietraining, e-learning, fysieke bijscholing of lokale kwaliteitsgroep. Uit studies blijkt dat interactieve methodes een beter effect hebben op de kennis en vaardigheden van huisartsen, alsook de mogelijkheid om feedback te krijgen op de eigen praktijkvoering. (26) Daarnaast suggereerden de deelnemende artsen enkele verbeterpunten voor de huidige richtlijnen. Ze zouden een kader met kernboodschappen bovenaan de richtlijn willen zien zodat ze onmiddellijk naar de essentie kunnen grijpen. Verder was er nood aan meer praktische tips en meer patiëntgerichte informatie. Artsen gaven elkaar enkele praktische tips zoals het beperken tot een korte interventie om de patiënt te motiveren. Verder stelden ze voor telkens enkele tips op papier te noteren en mee te geven aan de patiënt zodat deze hier thuis naar kan teruggrijpen. In de literatuur vinden we terug dat er verdeelde meningen zijn over de uitgebreidheid van de richtlijn van Domus Medica, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en eetexpert.be. (25) Men vond het tijdrovend en het gaf hen weinig praktische aanpak. (25) Tot slot hoopten de deelnemende artsen op meer behandelopties voor overgewicht en obesitas naar de toekomst toe. Voorlopig lijken er geen makkelijke behandelingsopties voor kinderen te zijn die tot langdurig gewichtsverlies leiden. Dit zou de nood aan andere behandelingsopties dan levensstijl veranderingen kunnen verklaren.

Om de moeilijkheden op communicatief vlak aan te pakken zou men beroep willen doen op folders, affiches, websites en filmpjes. Enerzijds zou dit ervoor kunnen zorgen dat patiënten via andere wegen in contact komen met de problematiek en daardoor meer met een hulpvraag naar de huisarts komen. Anderzijds is het gemakkelijk om de informatie die gegeven wordt tijdens een consult thuis nog eens na te lezen. Verder wilden enkele artsen het delicaat onderwerp oplossen door een contactmoment enkel met de ouders te organiseren. Dit stuitte echter op weerstand bij andere artsen.

De deelnemende huisartsen zagen een grotere rol voor het CLB namelijk sensibiliseren, screenen, ouders inlichten en huisartsen contacteren. Door huisartsen rechtstreeks te contacteren kan de huisarts hier meer op letten bij een volgende consultatie. Verder bleek uit de focusgroepen dat het beter zou zijn indien het CLB de gegevens digitaal kan doorsturen naar de huisartsen. Enkele artsen hadden reeds ervaring met het platform Mediris. Verder stelden artsen een online sociale kaart voor om makkelijker andere zorgverleners uit de buurt te contacteren. Dergelijke online sociale kaart, beschreven als 'verwijstool', werd reeds door Eetexpert vzw ontwikkeld om zorgverleners te helpen bij het verwijzen van patiënten met eetstoornissen. (27) Het voorafgaand aanmelden op deze tool van Eetexpert kan als drempel ervaren worden.

Op organisatorisch vlak leek het de artsen gemakkelijker om obesitas bij kinderen aan te pakken door projectmatig te werken in de praktijk en alle kinderen systematisch te wegen en meten. Uit de literatuur blijkt dat minder dan een kwart van de huisartsen regelmatig de BMI berekent bij kinderen. (25) Het EMD kon volgens hen ook meer toepassingen hebben in deze problematiek, zowel op vlak van planningen als op vlak van het beter implementeren van groeicurves. Verder zou een bijkomende zorgverlener in de praktijk en het organiseren van vaste preventie raadplegingen het tijdsgebrek kunnen verhelpen.

Verschillende artsen stelden terugbetaling van diëtisten voor om de financiële drempel te verlagen. We merkten tijdens de focusgroepen dat artsen niet op de hoogte waren van de terugbetaling van diëtisten, slechts één arts vermeldde dit. Sinds 1 april 2020 worden 10 zittingen door een diëtiste gedurende twee jaar terugbetaald voor kinderen met overgewicht of obesitas. (28) Vervolgens waren de artsen van mening dat de beschikbaarheid van een tolk een gesprek over het gewicht met een anderstalige ten goede zou komen. In België is er geen tegemoetkoming voor wie beroep doet op een tolk, uitgezonderd via enkele huidige tijdelijke projecten. (29)

Ten slotte werden er antwoorden gezocht op maatschappelijk vlak. De huisartsen (in opleiding) zagen veel mogelijkheden in de scholen zoals het aanbieden van gezonde maaltijden, meer sportmogelijkheden en educatie omtrent gezonde voeding. Verder moet er meer bewustmaking komen rond de problematiek. Enkele artsen wilden zelf hun steentje hieraan bijdragen door infoavonden voor de buurt te organiseren. Daarnaast stelden enkele artsen het belasten van ongezonde voeding voor. Tot september 2020 bestond er een premie voor huisartsen die een praktijk startten in een huisartsarme regio. (30) Er werd voorgesteld om deze premie opnieuw in te voeren om het huisartsentekort aan te pakken. Vervolgens stelde men een zorgtraject voor obesitas bij kinderen voor. Artsen waren niet op de hoogte dat het Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) momenteel een project aan het uitwerken is voor de realisatie van een zorgtraject voor obesitas bij kinderen tegen midden 2023. (31)

Huisartsen (in opleiding) vonden dat sensibilisering via overheidsinstanties zou mogen gebeuren. Dit zou ertoe kunnen leiden dat het taboe gevoel bij de huisarts vermindert. Uit onderzoek blijkt dat het aanwezig stigma over obesitas bij kinderen leidt tot verergering van psychosociale comorbiditeiten, een ongezond voedingspatroon en verdere gewichtstoename. (32)

## Sterktes en zwaktes van de studie

De artikels die we vonden in de literatuur beschreven in tegenstelling tot deze studie niet de Belgische context. Dit is een eerste sterkte van onze studie. Een andere sterkte is het kwalitatieve aspect van deze studie. De problematiek van overgewicht en obesitas is immers complex en grijpt in op verschillende niveaus, niet alleen op de huisarts als individu maar bijvoorbeeld ook maatschappelijk. Hierdoor is het een voordeel om op een kwalitatieve manier onderzoek te verrichten en hierbij het bredere geheel niet uit het oog te verliezen. Bovendien verschilt onze studie van de bestaande literatuur qua studie opzet. Enerzijds focussen we ons namelijk niet alleen op het bespreekbaar maken van obesitas maar ook op de ervaring in het verdere verloop van de behandeling. Anderzijds spitsen we ons niet alleen toe op de ervaren drempels, maar ook op de ervaren bevorderende factoren en de visie van artsen over mogelijke oplossingen voor de ondervonden moeilijkheden. Verder hebben we met dit onderzoek een belangrijke hinderpaal voor het starten van de behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen reeds weg willen nemen door de Belgische richtlijn van Domus Medica 'Obesitas bij kinderen' aan te reiken aan de deelnemende artsen. Een andere sterkte van dit onderzoek is dat we de kwalitatieve data-analyse met de drie onderzoekers samen hebben uitgevoerd volgens de methode van QUAGOL om op die manier data bias te beperken. (16) Voorts hebben we de inhoud en de structuur van dit kwalitatief onderzoek en de rapportering ervan vergeleken met COREQ. (15) Daarenboven kunnen we stellen dat aan deze studie 31 huisartsen hebben deelgenomen en dat saturatie van de bevindingen bereikt werd. Bovendien was de samenstelling van deelnemers erg divers. Zo waren er verschillen in leeftijd, geslacht, werkomgeving en in aantal jaren ervaring en toch zagen we consistente bevindingen over de verschillende focusgroepen heen.

Deze studie heeft echter ook enkele beperkingen. Zo hadden niet alle geïnterviewde artsen de richtlijn gelezen voor ze deelnamen aan de focusgroep. Redenen hiervoor waren onder andere een te uitgebreide tekst en negatieve ervaringen in het verleden over diezelfde richtlijn. Bijgevolg was deze hinderpaal niet voor alle deelnemende artsen geëlimineerd, hoewel dit wel de studie opzet was. Daarenboven vermeldden de meeste artsen tijdens de focusgroepgesprekken dat ze weinig ervaring hadden met het onderwerp. Dit zorgde ervoor dat het in de praktijk moeilijk was een duidelijk onderscheid te maken tussen het bespreekbaar maken van obesitas en de opvolging ervan, wat we eigenlijk initieel voor ogen hadden. Verder kunnen we opmerken dat de richtlijn waarop deze studie zich baseert, dateert van 2008 en aan herziening toe is. Voorts is het belangrijk te bemerken dat we als onderzoekers de meeste artsen die deelnamen aan de focusgroep kenden, wat mogelijks de antwoorden zou kunnen hebben beïnvloed. Daarnaast zijn focusgroepgesprekken inherent verbonden aan het risico dat deelnemers vooral sociaal wenselijke antwoorden zouden geven. We vermoeden echter dat deze response bias gering is. Vele bevindingen zijn immers consistent met de bestaande literatuur en er heerste een vertrouwelijke sfeer tijdens de focusgroepgesprekken waar ook deelnemers ook over hun ervaren moeilijkheden konden praten. Een andere beperking is dat de focusgroepgesprekken niet telkens door dezelfde persoon werden geleid maar dat de onderzoekers wisselend de begeleiding van de focusgroepen voor hun rekening namen. Op die manier zou er minder consistentie in de data kunnen zijn. In onze studie kwam dit niet duidelijk naar voor. Als laatste beperking kunnen we vermelden dat we er in deze studie voor hebben gekozen om enkel de ervaring van artsen te onderzoeken. De visie van andere zorgverleners of patiënten valt dus buiten het bestek van deze studie.

## Implicaties voor de toekomst

Deze studie toont aan dat artsen bij de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk verschillende hinderpalen en bevorderende factoren ervaren op verscheidene niveaus. Verder toont de studie dat de mogelijke oplossingen om de aanpak van overgewicht en obesitas naar de toekomst toe te kunnen verbeteren divers zijn. Bij deze studie hebben we reeds de kennis willen bevorderen door te vragen de richtlijn vooraf door te nemen, maar ook dan bleven er verschillende drempels in de aanpak over. We kunnen besluiten dat de aanpak optimaliseren complex is en hiervoor niet alleen een rol is weggelegd op individueel niveau, maar ook op praktijk/beleid organisatorisch niveau en op maatschappelijk niveau. Dit impliceert dat het dan ook belangrijk is om op deze verschillende niveaus in te spelen om de aanpak van obesitas te bevorderen.

Op individueel niveau van de huisarts kan het helpen de kennis (en op die manier ook bewustmaking) te bevorderen door bijscholingen te organiseren.

Op praktisch organisatorisch niveau kan een praktijkproject, een infoavond of een extra zorgverlener in de praktijk de aanpak van obesitas bevorderen.

Op beleids organisatorisch niveau werd besproken welke aanpassingen artsen nodig vinden aan de huidige richtlijn. Een vernieuwde richtlijn zal een antwoord kunnen bieden op een van de beperkingen in deze studie, namelijk dat deze gebaseerd is op een gedateerde richtlijn. Gezien de huidige richtlijn van Domus Medica momenteel in herziening is, kunnen de inzichten over de ervaring van de richtlijn helpen bij het creëren van die toekomstige richtlijn. Artsen vroegen om extra ondersteuning met tools zoals websites, folders en een sociale kaart om op terug te vallen. Gezien een online sociale kaart (‘verwijstool’ van Eetexpert vzw) reeds bestaat, is er een rol naar de toekomst weggelegd om deze verwijstool beter kenbaar te maken onder artsen. Ook het feit dat diëtisten voor kinderen met overgewicht gedeeltelijk terugbetaald zijn, dient meer onder de aandacht te worden gebracht. Daarnaast kan worden nagedacht over de rol van het CLB, de eerste lijn en de tweede lijn om de aanpak van obesitas beter op elkaar af te stemmen zowel op inhoudelijk vlak als op vlak van onderlinge communicatie. Verder ligt er ook een taak bij softwareontwikkelaars om bijvoorbeeld groeicurves in het medisch dossier te integreren.

Ten slotte mogen we ook maatschappelijke interventies als oplossing niet over het hoofd zien. Inzetten op preventie op scholen, belasten van ongezonde voeding en het huisartsentekort aanpakken zijn enkele van de aangehaalde suggesties van deze studie.

In de toekomst dient er verder onderzoek te gebeuren naar de haalbaarheid en de implementatie van de aangereikte oplossingen voor de ervaren drempels. Bovendien kan de lijst van mogelijke oplossingen voor deze problematiek nog verder aangevuld worden.

# Conclusie

Met dit kwalitatief onderzoek hebben we de ervaren moeilijkheden en bevorderende factoren bij de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen (6-12 jaar) in de huisartsenpraktijk onderzocht. We hebben ook nagevraagd welke oplossingen huisartsen zelf aanreiken voor de ervaren moeilijkheden. Er werden vijf focusgroepen georganiseerd met in totaal 31 huisartsen (in opleiding). De analyse van de focusgroepen leidde tot de volgende hoofdelementen: kennis, communicatie, samenwerking, praktijkmanagement, huisarts gebonden factoren, patiënt gerelateerde factoren en maatschappij. We merkten dat de verschillende deelnemende huisartsen vaak dezelfde drempels ervaren, wat overeenstemt met de bevindingen in de literatuur.

Op vlak van kennis kwam naar voren dat de meeste artsen voedingsadvies geven moeilijker vonden dan bewegingsadvies. Verder was er een gebrek aan kennis over de definitie van obesitas bij kinderen, de doorverwijsmogelijkheden en de praktische aanpak. De richtlijn gaf hen meer theoretische kennis om hun advies op te baseren. Op communicatief vlak werden de gevoeligheid rond het onderwerp zowel voor kind als gezin, het gebrek aan een hulpvraag en de beperkte communicatieve vaardigheden als huisarts aangebracht als drempels. Een aangrijpingspunt hielp hen om de communicatie op gang te brengen. Sommige artsen vonden dat ze wel voldoende communicatieve vaardigheden hadden om deze problematiek te bespreken. Een apart consult inplannen voor de verdere bespreking werd als helpend ervaren. Wat betreft de samenwerking met andere zorgverleners merkte men vooral dat er weinig kinderen werden doorverwezen vanuit het CLB. De aanpak verliep gemakkelijker bij doorverwezen kinderen. Artsen hadden weinig kennis over de sociale kaart voor deze problematiek in hun buurt of vonden deze zorgverleners niet toegankelijk. Bovendien werd de samenwerking met de tweede lijn door sommige artsen ook als moeilijk ervaren, zowel op gebied van taakverdeling als het delen van verslagen. Andere artsen hadden hier dan weer wel goede ervaringen mee. Tijdgebrek, weinig contacten met kinderen en loss to follow-up werden als organisatorische drempels genoemd. Ten slotte werden er nog een aantal huisarts gebonden en patiëntgerelateerde drempels en bevorderende factoren aangehaald. Het gaat onder andere over de motivatie van arts en patiënt, moeilijke positie als HAIO, gezondheidsvaardigheden, financiële moeilijkheden, onrealistische verwachtingen, gezondheidsvaardigheden, leefomgeving en financiële moeilijkheden. Ook maatschappelijke factoren zoals verkeersveiligheid en terugbetaling van diëtisten werden aangekaart als drempel of bevorderende factor.

We besluiten dat de aanpak optimaliseren complex is. Op individueel niveau werden oplossingen aangereikt zoals het organiseren van bijscholingen. Op praktijk organisatorisch niveau werd gekeken naar oplossingen zoals een praktijkproject, een infoavond of een extra zorgverlener. Daarnaast zocht men op beleid organisatorisch niveau naar oplossingen zoals een vernieuwde richtlijn, ondersteuning met tools zoals websites, een betere samenwerking met het CLB en de tweede lijn en aanpassingen in het EMD. Bovendien zou de reeds beschikbare online sociale kaart en terugbetaling van diëtisten voor kinderen met overgewicht beter kenbaar gemaakt moeten worden. Daarnaast vonden artsen ook maatschappelijke interventies nodig om de problematiek aan te pakken. Deze aangereikte oplossingen moeten in de toekomst nog verder onderzocht worden op vlak van implementatie en kunnen nog verder aangevuld worden met bijkomende oplossingen voor deze uitdagende gezondheidsproblematiek.

# Dankwoord

Als eerste willen we onze promotor Prof. Dr. Aertgeerts bedanken voor de begeleiding van onze masterproef. We konden met al onze vragen bij hem terecht en konden steeds op hem terugvallen.
Ten tweede zijn we heel dankbaar dat er zoveel enthousiaste huisartsen en huisartsen in opleiding wilden deelnemen aan onze studie. Het is helemaal niet evident om hiervoor tijd te maken in de afgelopen drukke periode dus we zijn heel blij dat ze ons toch wilden verder helpen. In al de focusgroepgesprekken werd er actief geparticipeerd door de verschillende artsen, wat het voor ons zeer interessant maakte. We hopen hen door onze focusgroepgesprekken ook geprikkeld te hebben om deze problematiek verder aan te pakken in hun eigen praktijk.
Verder willen we ook onze praktijkopleiders van harte bedanken voor de interesse in ons onderzoek en de mogelijkheid om onze masterproef al eens te presenteren op de praktijk. Ook onze andere collega's zijn we zeer dankbaar.
Vervolgens willen we onze stagecoördinatoren en seminariegroepen nog bedanken om de ruimte te krijgen om al onze zorgen te benoemen, ons te begeleiden in het proces en onze masterproef voor te stellen.
Als laatste zijn we onze partners, familie en vrienden dankbaar voor de ongelooflijke steun die we van hen kregen de afgelopen drie jaren. Bedankt om naar ons te luisteren, interesse te tonen en rust te bieden in ons soms hectische leven.

# Reflectie

## Reflectie Fivez Andrea

In het kader van mijn opleiding huisartsgeneeskunde aan de KULeuven heb ik deze masterproef geschreven over een periode van drie jaar (2020-2023). Naar aanleiding van het indienen van mijn masterproef schrijf ik deze reflectie over het groepsproces, mijn persoonlijk aandeel en mijn persoonlijke visie op wat dit voor het werkveld kan betekenen. Drie jaar geleden heb ik het onderwerp 'overgewicht en obesitas bij kinderen' uit interesse gekozen. Mijn twee mede-HAIO's en tevens vriendinnen in het privéleven toonden eveneens hun interesse en dus besloten we om samen een engagement van drie jaar aan te gaan.

De samenwerking tussen ons verliep steeds zeer vlot. Aan de start van de masterproef hadden we moeite met het vinden van een onderzoeksvraag en een studieopzet. We hadden meermaals verschillende onderzoeksvragen uitgewerkt maar deze in overleg met onze promotor niet gekozen. Na enkele maanden hadden we dan toch een zinvolle onderzoeksvraag met een haalbare onderzoeksmethode gevonden waar we ons allen goed bij voelden. Naarmate dat de masterproef vorderde hebben we een positief groeiproces doorgemaakt. Het eerste jaar was de voornaamste uitdaging het maken van belangrijke beslissingen en vroegen we daarom regelmatig bevestiging bij onze promotor. In tegenstelling tot het eerste jaar zijn we steeds efficiënter en zelfstandiger geworden in het maken van keuzes en planningen. Jammer genoeg is de woonafstand tussen ons alle drie groot waardoor het grootste deel van ons overleg via een online videoplatform doorging. Desondanks verliep de communicatie tussen ons drie heel vlot. We hebben heel vaak overleg momenten ingepland en gezorgd dat iedereen zich altijd goed voelde bij het proces. Eventuele meningsverschillen werden snel besproken tot we een consensus bereikten. We zijn alle drie kritisch ingesteld, hechten belang aan wetenschappelijke onderbouwing en zijn sterk in organisatie. Hierdoor verliep het verdelen van taken, het leiden van focusgroepen en het halen van de deadlines zonder al te veel barrières.

Naar mijn mening hebben we allen aan elk onderdeel van onze masterproef gelijkwaardig bij gedragen. We planden regelmatig een overleg in en verdeelde op dat moment de taken onder ons drie. Telkens na enkele weken planden we een nieuw overleg in waarbij we elkaars werk kritisch analyseerden en enkele verbeterpunten gaven. Bij het einde van elke overleg werden nieuwe taken verdeeld om dit proces interactief te doorlopen. We zorgden er steevast voor dat niemand tweemaal dezelfde taak had. Om een voorbeeld te geven, voor het neerschrijven van de resultaten kreeg een eerste, tweede en derde persoon respectievelijk het deel huisarts gebonden factoren, organisatorische factoren en patiënt gebonden factoren. Nadat een kladversie geschreven was, stelden we via overleg werkpuntjes voor en werd ieders deel aan een andere persoon toegewezen. Verder werd elk individueel idee met de groep besproken en aangevuld met extra individuele ideeën, hierdoor voelt elk deel van deze masterproef aan als een echt groepswerk. Mijn persoonlijk aandeel bestond uit het brainstormen over concepten, literatuur onderzoeken, kritische blikken werpen, focusgroepen analyseren, analyse van de resultaten, schrijven aan de verschillende secties en elkaar mentaal steunen als het moeilijker verliep.

Ik ben tevreden met het eindresultaat van deze masterproef. Het merendeel van de resultaten bevestigen mijn verwachtingen,  als huisarts in opleiding kom ik regelmatig in aanraking met deze problematiek en had ik reeds nagedacht over mijn eigen drempels, bevorderende factoren en

mogelijke oplossingen. Tijdens de focusgroepen hadden we vooropgestelde vragen gebruikt om te voorkomen dat we de antwoorden van de deelnemers zouden beïnvloeden door onze eigen ervaringen. Bovendien hebben we consequent gebruik gemaakt van onze vooropgestelde methode. Naar mijn gevoel bieden de resultaten voldoende inzicht om met relevante aanbevelingen te komen. Ik hoop dat dit onderzoek enerzijds helpt bij het vormen van toekomstige richtlijnen en anderzijds ook de maatschappelijke problematiek beter in kaart brengt. Deze masterproef was mijn eerste aanraking met het schrijven van een kwalitatief onderzoek waardoor ik hier veel over heb bijgeleerd. Daarnaast heb ik kennis opgedaan over overgewicht en obesitas bij kinderen. Met dit onderzoek hoopte ik om ook een flowchart en praktische tips te ontdekken om later te kunnen toepassen tijdens de behandeling van kinderen met overgewicht en obesitas. Net als enkele deelnemende artsen merkte ik een gebrek aan een duidelijke praktische aanpak in de richtlijnen. Zelf heb ik meer aandacht voor kinderen met overgewicht en obesitas verworven. Ik ben minder terughoudend en meer gemotiveerd om patiënten of gezinsleden hierop aan te spreken, een behandeling op te starten en de kinderen op te volgen. Bovendien ben ik bewust kinderen systematisch beginnen wegen en meten. Verder hoop ik dat we de aandacht van onze deelnemende huisartsen (in opleiding) naast de lezers van deze masterproef, hebben kunnen vestigen op kinderen met overgewicht of obesitas. Dankzij het inzicht op de drempels, bevorderende factoren en oplossingen kunnen huisartsen individuele en/of organisatorische aanpassingen doorvoeren. Aansluitend zorgt dit ervoor dat artsen in de toekomst meer kinderen aanspreken over hun overgewicht of obesitas, een behandeling opstarten en de kinderen opvolgen.
Tot slot ben ik zeer tevreden met het eindresultaat van deze masterproef. Verder ben ik heel tevreden over de intense samenwerking met An-Sofie en Elise. Ik ben hun zeer dankbaar en had deze masterproef met geen andere collega's zo goed tot stand kunnen/willen brengen.

## Reflectie Goetschalckx Elise

Het schrijven van een masterpaper is niet iets waar je als kip zonder kop aan kan beginnen. Het is immers een heel proces dat je stap voor stap moet doorlopen om zo het einddoel te bereiken. De eerste stap in dit hele proces was het kiezen van een onderwerp en kiezen met wie ik deze masterpaper zou schrijven. Ik kende vooraf Andrea en An-Sofie al en we hadden gemeenschappelijke interesses binnen de huisartsgeneeskunde. Het was dus een voor de hand liggende keuze dat ik met hen samen zou werken om deze masterpaper te schrijven. We kozen voor het onderwerp 'Obesitas bij kinderen' en na onderzoekswerk in de literatuur vonden we samen met onze promotor een onderzoeksvraag. Door er gaandeweg steeds meer mee bezig te zijn, merkten we de voordelen van samenwerken. Iedereen heeft immers z'n eigen sterktes en invalshoek om naar de masterpaper te kijken. Daarnaast moedigden we elkaar aan om aan de masterpaper te werken door deadlines af te spreken of door elkaar te motiveren. We merkten dat we het best kunnen samenwerken door in het echt met elkaar af te spreken en samen aan de masterpaper te schrijven. Gezien we ver van elkaar wonen was dit in de praktijk niet altijd mogelijk en dus zijn er ook heel veel overlegsessies geweest online. Ik vind het fijn dat ik bij het hele proces kon rekenen op Andrea en An-Sofie waarvan ik wist dat ze samen met mij het allerbeste uit de masterpaper wilden halen. We hebben dan ook geprobeerd om zo veel mogelijk samen te schrijven. We kunnen zeggen dat deze masterpaper wel echt het resultaat is van teamwork. Des te verder het proces ook vorderde, des te vlotter liep de samenwerking vond ik. Iemand begon bijvoorbeeld spontaan met het schrijven aan de masterpaper en iemand anders vulde aan.

We hebben deze masterpaper echt samen geschreven. Net zoals Andrea en An-Sofie heb ik eigenlijk mee gewerkt aan bijna elk onderdeel van de masterpaper: van onderzoeksprotocol ontwerpen, het rekruteren van deelnemers, over het leiden van focusgroepen tot het daadwerkelijk schrijven van de methoden, resultaten, besluit, … Daarnaast bestaat mijn persoonlijke aandeel uit het proberen bewaren van het overzicht door onze masterpaper regelmatig af te toetsen met de COREQ. (15) Verder heb ik ook het invoeren en controleren van de juiste bronvermeldingen voor mijn rekening genomen.

Ik vind dat we erg ons best gedaan hebben om hier een zo goed mogelijk eindresultaat af te leveren. Ik vind dan ook dat we interessante conclusies kunnen trekken uit deze masterpaper die ook hun implicatie kunnen hebben op het werkveld. Obesitas en overgewicht bij kinderen is geen onderwerp dat mag genegeerd worden. Als we willen dat er veranderingen optreden dan is er meer nodig dan enkel een aanpassing bij de individuele huisarts, maar dienen er ook structurele oplossingen gezocht te worden. Hier in onze masterpaper worden er door de artsen al verschillende oplossingen aangehaald, die stuk voor stuk interessant zijn om te bekijken naar de toekomst toe. Ik hoorde van een van de deelnemende artsen later dat hij al contact had opgenomen met het CLB met het oog op het verbeteren van de onderlinge communicatie. Ik denk dat we op verschillende niveaus moeten kijken om zo een verandering te weeg te kunnen brengen.

Het schrijven van de masterpaper samen met Andrea en An-Sofie heeft me op verschillende manieren verder gevormd tot de arts die ik nu ben. Om te beginnen heeft het opzoekwerk en onderzoek over obesitas en overgewicht bij kinderen ervoor gezorgd dat ik hier me als medisch expert ook verder heb kunnen verdiepen. Het heeft me geprikkeld meer bij te leren over het thema en zo met meer achtergrondkennis een consultatie in het echte dagelijkse leven te kunnen begeleiden. Concreet weet ik beter waarop ik me kan focussen tijdens een consultatie en welke vragen ik kan stellen door het verdiepen in de richtlijn. Ik merk echter -zoals we zien in deze masterpaper- dat er nog vele drempels zijn die een goede opvolging van kinderen met obesitas in de huisartsenpraktijk soms in de weg staan. Zoals vele artsen die deelnamen aan deze studie wist ik bijvoorbeeld eerst niet dat er terugbetaling is en een soort van online sociale kaart bestaat waar we zorgverleners kunnen terugvinden die zich hebben toegelegd op eetstoornissen. Nu ik hiervan wel op de hoogte ben, heb ik op die manier al verschillende mensen gerichter kunnen doorverwijzen. Ik vind het fijn en belangrijk om als arts op een goede manier met andere zorgverleners te kunnen samen werken. Op vlak van ‘levenslang lerende’ heeft het schrijven van deze masterpaper me gemotiveerd om over het thema meer te weten te willen komen. Daarnaast heb ik natuurlijk veel bijgeleerd over het voeren van een kwalitatief onderzoek. Ik merkte tijdens het schrijven van de masterpaper dat ook hier een goede communicatie niet kan ontbreken. Ik ben erg dankbaar voor de goede communicatie die we hebben mogen ervaren met onze promotor en ben erg dankbaar dat we ook onderling erg goed overeen kwamen. Daarnaast leent deze masterpaper zich perfect om te kunnen groeien in de rol als ‘gezondheidsbevorderaar’, door ook bij kinderen te praten over levensstijl bijvoorbeeld. Verder vind ik dat we ons als ‘professional’ op een professionele manier hebben opgesteld naar onze promotor, naar de deelnemers en naar elkaar toe. Voorts is ook de rol van ‘manager’ niet te onderschatten in het schrijven van een masterpaper. We hebben hierop ingezet door een plan op te stellen, deadlines op te maken en geprobeerd tijdsefficiënt te werken. Kortom, het maken van deze masterpaper heeft me enerzijds aangezet om meer te leren over het onderwerp zelf, zoals kennis over de sociale kaart, de richtlijn, de terugbetaling, … Ik herken daarnaast net zoals de deelnemende artsen eveneens verschillende van de aangehaalde drempels zoals organisatorische moeilijkheden, tijdgebrek

bijvoorbeeld. Anderzijds ben ik ook verder gegroeid in het uitvoeren van een correcte kwalitatieve studie en ben ik enorm dankbaar voor de fijne samenwerking met Andrea en An-Sofie.

## Reflectie Wouters An-Sofie

We hebben de masterproef 'Aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk: ervaring van artsen' met een groepje van drie geschreven: Elise, Andrea en ik. Ik ben heel blij en dankbaar om te kunnen zeggen dat het ook effectief een groepswerk was. We waren alle drie zeer gemotiveerd om deze studie tot een goed einde te brengen. Bij elke stap van het proces waren we alle drie evenzeer betrokken. Het feit dat we elk in een andere provincie wonen was misschien niet altijd gemakkelijk om af te spreken, maar heeft er wel voor gezorgd dat we deelnemers aan de focusgroepen hadden uit verschillende provincies. We hebben elk één of twee focusgroepen praktisch georganiseerd en geleid. Zowel bij het analyseren van de resultaten als bij het schrijven van de verschillende delen van de masterproef hebben we elkaar voortdurend gecontroleerd en verbeterd. Ik ben ervan overtuigd dat we samen tot een beter eindresultaat zijn gekomen, omdat telkens ieder van ons met een kritische blik keek naar elk deel dat geschreven werd. Natuurlijk waren er soms kleine verschillen in mening over bepaalde structuren of verwoordingen, maar we kwamen altijd snel tot een consensus. We kenden elkaar al goed op voorhand en ik had er dan ook alle vertrouwen in dat de samenwerking vlot ging verlopen. We zijn alle drie gedisciplineerd en hebben onszelf steeds deadlines opgelegd zodat we zeker op tijd klaar zouden geraken. Bovendien konden we steeds open communiceren en heerste er een aangename groepssfeer. We hebben een aantal dagen afgesproken om intensief te kunnen doorwerken aan onze masterproef met z'n drieën. Verder hebben we het werk steeds gelijkwaardig verdeeld en urenlang op zeer regelmatige basis gevideobeld.

Zoals ik hierboven al beschreef, heeft iedereen een gelijkwaardig aandeel gehad in elk stuk van onze masterproef. Als ik mijn eigen aandeel moet beschrijven heb ik vooral de inleiding, een derde van de resultatensectie, de helft van de discussie en de conclusie geschreven. Maar zoals ik al zei werd dit steeds nog herwerkt door Elise en Andrea en herwerkte ik ook de stukken die zij initieel geschreven hadden. Ik heb de participanten uit de twee wachtkringen waarvan ik deel uitmaakte samengebracht in één focusgroep om zo tot een grotere groep te komen met meer interactie. Ik heb me ook bezig gehouden met het uitzoeken van de werking van Nvivo en de analyse van onze resultaten hiermee. Nvivo was een programma waar niemand van ons al mee gewerkt had dus dit vroeg wat tijd om me in te lezen en in te oefenen vooraleer we met onze analyse konden beginnen. De analyse op papier volgens de QUAGOL hebben we gelijk verdeeld onder ons drie en ook steeds van elkaar nagekeken.

Ik vond ons onderzoeksonderwerp zeer interessant. Door er zo intensief mee bezig te zijn voor onze masterproef ben ik me ook heel bewust geworden van deze problematiek in de dagelijkse praktijk en denk ik dat ik dit voor de rest van mijn carrière ga meenemen. Ik merk nu al dat ik hier veel meer aandacht voor heb dan mijn collega's. Ik wil me hier verder in blijven verdiepen. Ook het schrijven van deze kwalitatieve studie zelf heeft me verder doen groeien als arts. Ik ben zeer tevreden met het eindresultaat.

Ik ben van mening dat ons onderzoek een grote meerwaarde kan zijn voor het ontwikkelen van toekomstige richtlijnen en bijscholingen omtrent het onderwerp. We hebben namelijk kunnen oplijsten wat de huisartsen (in opleiding) zelf ervaren als moeilijkheden en bevorderende factoren. Deze drempels op de verschillende domeinen gaan we moeten proberen wegnemen in de toekomst.

Bovendien vind ik het zeer interessant dat we de huisartsen (in opleiding) zelf al eens hebben laten nadenken over oplossingen die het voor hen gemakkelijker zouden maken. Sommige van de genoemde oplossingen kunnen onmiddellijk gebruikt worden in de dagelijkse praktijk, andere vragen nog wat meer werk voor implementatie mogelijk is. Ons onderzoek toonde duidelijk dat er op meerdere vlakken gaat ingegrepen moeten worden om de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen te verbeteren. Dit hadden we ook wel verwacht gezien de complexe problematiek.
Er was bij de artsen duidelijk een vraag naar meer bijscholingen en een vernieuwde richtlijn. Ik denk dat dit ook een belangrijke manier gaat zijn om de reeds beschikbare hulpmiddelen zoals de online sociale kaart en de terugbetaling van diëtisten beter kenbaar te maken bij de huisartsen. Deze bijscholingen en het uitbrengen van een vernieuwde richtlijn gaan er bovendien voor zorgen dat de problematiek bij meerdere artsen terug onder de aandacht komt. Verder denk ik dat er eens samengezeten moet worden met de makers van de grote softwarepakketten om het voor de artsen gemakkelijker te maken om BMI's en groeicurves van kinderen in het elektronisch medisch dossier op te volgen. Het lijkt me ook een zeer goed idee als er per huisartsenkring of eerstelijnszone lokale afspraken gemaakt zouden worden tussen onder andere huisartsen, ziekenhuizen en diëtisten om de samenwerking rond kinderen met overgewicht of obesitas te bevorderen, vergelijkbaar met bijvoorbeeld gedeelde zwangerschapsopvolging tussen onder andere huisartsen en gynaecologen. Een goede communicatie is hierbij cruciaal. De vraag naar een communicatieplatform hiervoor vond ik dan ook een zeer terechte vraag. Ook de communicatie tussen CLB en huisartsen kan verbeterd worden lijkt mij, zodat de huisarts steeds op de hoogte is van kinderen met overgewicht. Bovenstaande oplossingen lijken me zeker haalbare zaken die een groot verschil zouden kunnen maken in de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Andere oplossingen die vernoemd werden, zoals de maatschappelijke oplossingen, zijn eveneens zeer belangrijk, maar vragen uiteraard overleg en maatregelen op een hoger niveau.

Ik ben ervan overtuigd dat dit een problematiek is die de komende jaren nog verder geëxploreerd en aangepakt gaat worden. Ik hoop dat het overgewicht van kinderen over enkele jaren even gemakkelijk bespreekbaar gaat zijn in de huisartsenpraktijk als bijvoorbeeld de rookstatus van een patiënt.

# Referenties


1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity [Internet]. Genève: World Health Organization. 2020 [Geraadpleegd op 5 februari 2023]. Beschikbaar via: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity%0Ahttps://www.who.int/news-room/q-a-detail/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity
2. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Genève: World Health Organization. 2021 [Geraadpleegd op 5 februari 2023]. Beschikbaar via: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight?fbclid=IwAR2H3BcUrzFHdUvEcQrrD-MM44Xc4Yn__M_3GFQUbdqrhnZV-5OyShX2-zY
3. Niesten L, Bruwier G. Obesitas bij kinderen. Huisarts Nu. 2008;37(4):189–204.
4. Drieskens, Sabine, R. Charafeddine LG. Gezondheidsenquête 2018 - Voedingsstatus. Sciensano. 2018;65.
5. Sanders RH, Han A, Baker JS, Cobley S. Childhood obesity and its physical and psychological co-morbidities: a systematic review of Australian children and adolescents. Eur J Pediatr. 2015 Jun 26;174(6):715–46.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Obesity. SIGN Guidel. 2010;1–87.
7. Malden S, Gillespie J, Hughes A, Gibson AM, Farooq A, Martin A, et al. Obesity in young children and its relationship with diagnosis of asthma, vitamin D deficiency, iron deficiency, specific allergies and flat-footedness: A systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2021 Mar 1;22(e13129):1–21.
8. Sutaria S, Devakumar D, Yasuda SS, Das S, Saxena S. Is obesity associated with depression in children? Systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child. 2019 Jan 1;104:64–74.
9. Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. Pediatrics. 2007;120(4):S193–228.
10. Llewellyn A, Simmonds M, Owen CG, Woolacott N. Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: A systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2016 Jan 1;17(1):56–67.
11. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2016;17(2):95–107.
12. Warr W, Aveyard P, Albury C, Nicholson B, Tudor K, Hobbs R, et al. A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring GPs' and nurses' perspectives on discussing weight with patients with overweight and obesity in primary care. Obes Rev. 2021;1–19.
13. Booth Helen P, Prevost A Toby, Gulliford C Martin. Access to weight reduction interventions for overweight and obese patients in UK primary care: population-based cohort study. BMJ Open. 2015;5(e006642):1–6.
14. Van Gerwen M, Franc C, Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Primary care physicians' knowledge, attitudes, beliefs and practices regarding childhood obesity: A systematic review. Obes Rev. 2009 Mar;10:227–36.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Heal Care. 2007;19(6):349–57.
16. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012 Mar;49:360–71.
17. MediPortal. Samen zorgen voor een efficiënte gezondheidszorg [Internet]. Rumst: MediPortal. 2023 [Geraadpleegd op 19 april 2023]. Beschikbaar via: https://mediportal.be/nl/home/
18. Bradbury D, Chisholm A, Watson PM, Bundy C, Bradbury N, Birtwistle S. Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. Br J Health Psychol. 2018 Sep 1;23:701–22.

19. Eli K, Neovius C, Nordin K, Brissman M, Ek A. Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: a study within the STOP project. BMC Public Health. 2022 Dec 1;22(1540):1–14.
20. Schalkwijk AAH, Nijpels G, Bot SDM, Mai JM, Paw CA, Renders CM, et al. Lessen geleerd van de implementatie van zorgstandaard obesitas voor kinderen: Zorgstandaard in huidige vor m onuitvoerbaar in Amsterda m-West. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160(D525):1–6.
21. Swinkels H. Trendcijfers Gezondheidsenquête 1981–2009. Cent Bur voor Stat. 2011;1–49.
22. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):1–172.
23. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A, Birch LL, Brown AW, Bohan Brown MM, et al. Myths, Presumptions, and Facts about Obesity. N Engl J Med. 2013 Jan 31;368(5):446–54.
24. Ramírez-Vélez R, García-Hermoso A, Agostinis-Sobrinho C, Mota J, Santos R, Correa-Bautista JE, et al. Cycling to School and Body Composition, Physical Fitness, and Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. J Pediatr. 2017;188:57–63.
25. Paulis W. Kinderen met obesitas. Huisarts Wet. 2017;60(3):125–8.
26. Anthierens S, Poelman T. Hoe helpen praktijkrichtlijnen de huisarts in zijn medisch handelen ? Minerva. 2015;14(2):14–5.
27. Eetexpert. Aanbod eetstoornissen voor zorgverleners [Internet]. Leuven: Eetexpert. 2023 [Geraadpleegd op 12 maart 2023]. Beschikbaar via: https://eetexpert.be/hulp/voor-professionelen/
28. RIZIV. Terugbetaling van diëtetiek voor kinderen met overgewicht of obesitas [Internet]. Brussel: RIZIV. 2022 [Geraadpleegd op 12 maart 2023]. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/Paginas/dietetiek-kinderen-overgewicht-obesitas.aspx
29. Kom op tegen kanker. Sociaal tolken in de zorg: maak toekomstige financiering mee mogelijk [Internet]. Brussel: Kom op tegen kanker. 2023 [Geraadpleegd op 28 maart 2023]. Beschikbaar via: https://www.komoptegenkanker.be/sociaaltolken
30. Domus Medica. Impulseopremie afgeschaft voor nieuwe collega's [Internet]. Antwerpen: Domus Medica. 2020 [Geraadpleegd op 9 april 2023]. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/actueel/impulseopremie-afgeschaft-voor-nieuwe-collegas
31. RIZIV. Meerjarig begrotingstraject: realisatie van gezondheidszorgdoelstellingen in 2022 [Internet]. Brussel: RIZIV. 2022 [Geraadpleegd op 12 maart 2023]. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/financiering/Paginas/meerjarig-begrotingstraject-realisatie-gezondheidszorgdoelstellingen-vanaf-2022.aspx
32. Haqq AM, Kebbe M, Tan Q, Manco M, Salas XR. The Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. Child Obes. 2021 Jun 1;17(4):229–40.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Vragen focusgroep

1. Welke drempels ervaren jullie als huisarts bij het initiëren of starten van de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen?
2. Hoeveel ervaring hebben jullie met de behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas in uw praktijk? Hoeveel kinderen met overgewicht of obesitas hebben jullie tijdens het afgelopen half jaar naar schatting behandeld?
3. Welke moeilijkheden ervaren jullie bij de behandeling van overgewicht of obesitas nadat jullie de behandeling gestart zijn volgens de richtlijn?
4. Wat maakt het voor jullie gemakkelijker om de problematiek van overgewicht of obesitas bij kinderen bij een eerste consultatie te bespreken?
5. Wat loopt vlot eenmaal dat jullie de behandeling gestart hebben?
6. Wat zou voor jullie een oplossing kunnen bieden voor de eerder genoemde moeilijkheden bij de behandeling?