Evaluatie van de ervaring van kinderen en hun ouders met gezelschapsspel ‘De Lekkerbekjes’

Matilde De Bruyn, UGent

Jaana Van den Bossche, UGent

Promotor: prof. Wendy Van Lippevelde, UGent

Master of Family Medicine

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.

Inhoudstafel

1. Abstract 4
2. Inleiding 5
3. Literatuuronderzoek 6
   3.1 Overgewicht/Obesitas 6
      3.1.1 Definitie 6
      3.1.2 Epidemiologie 6
      3.1.3 Ontstaansmechanisme 6
   3.2 Gevolgen van overgewicht/obesitas bij kinderen 7
      3.2.1 Impact op de gezondheid 7
      3.2.2 Bijkomende gevolgen 8
   3.3 Levensstijl en gedrag bij kinderen 8
      3.3.1 Ontstaan van gedrag bij kinderen 8
      3.3.2 Individuele factoren 9
         3.3.2.1 Aangeboren menselijke voorkeur 9
         3.3.2.2 Hongergevoel 9
         3.3.2.3 Vaardigheden en kennis 9
         3.3.2.4 Voedselneofobie 9
      3.3.3 Sociale omgeving 10
         3.3.3.1 Rol van ouders en opvoedingsstijl 10
         3.3.3.2 Rolmodellen 11
      3.3.4 Fysieke omgeving 11
         3.3.4.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid 11
         3.3.4.2 Portiecontrole 11
      3.3.5 Macrosysteem 11
         3.3.5.1 Socio-economische status 11
         3.3.5.2 Media en marketing 11
   3.4 Huidige interventies en tools in Vlaanderen 12
4. Materialen en methoden 14
   4.1 Doel van het onderzoek 14
      4.1.1 Individuele factoren 14
         4.1.1.1 Menselijke voorkeur 14
         4.1.1.2 Vaardigheden en kennis 14
         4.1.1.3 Voedselneofobie 14
      4.1.2 Sociale omgeving 14

4.1.3 Fysieke omgeving 15
4.1.4 Macrosysteem 15
4.2 Datacollectie 15
4.2.1 Selectie van de deelnemers 15
4.2.2 Gebruikte speldozen 16
5. Resultaten kwalitatief onderzoek 16
5.1 Samenstelling van de studiepopulatie 16
5.2 Vragenlijsten 16
5.3 Lay-out en materialen van het spel 17
5.3.1 Kinderen 17
5.3.2 Ouders 19
5.4 Moeilijkheidsgraad van het spel 20
5.4.1 Kinderen 20
5.4.2 Ouders 20
5.5 Ervaringen spel 21
5.5.1 Kinderen 21
5.5.2 Ouders 22
5.6 Effect van het spel 25
5.6.1 Ouders 25
6. Discussie 27
7. Reflectie 30
7.1 Matilde De Bruyn 30
7.2 Jaana Van den Bossche 31
8. Bijlages 33
8.1 Bijlage 1: Synopsis van het spel ‘De Lekkerbekjes’ 33
8.2 Bijlage 2: EC protocol 34
8.3 Bijlage 3: Goedkeuring EC Matilde De Bruyn 38
8.4 Bijlage 4: Goedkeuring EC Jaana Van den Bossche 41
9. Referenties 44

1. Abstract

Inleiding: Overgewicht en obesitas zijn wereldwijde problemen. Niet alleen bij volwassenen maar ook bij kinderen kennen de cijfers een stijgende trend. Op wereldschaal lag de prevalentie voor kinderen tussen 5 en 19 jaar in 2020 op 18%. Ook in onze huisartsenpraktijken zijn deze cijfers representatief. Het ontstaan van overgewicht is multifactorieel. Gedrag is een belangrijke risicofactor bij het tot stand komen van een ongezonde levensstijl. Uit de literatuur blijkt dat dit gedrag door verschillende factoren beïnvloed kan worden. Deze factoren kunnen worden gekaderd binnen een gedragsmodel. Wij hanteren het socio-ecologische model, waaronder we macrosystemen, fysieke omgeving, sociale omgeving en individuele factoren beschouwen. Het Vlaams Instituut Gezond Leven ontwikkelde voor lagereschoolkinderen het spelbord 'De Lekkerbekjes'. Dit spel is gebaseerd op de actieve voedingsdriehoek en tracht in te spelen op de factoren die gedrag bepalen.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de ervaringen van jonge gezinnen met het gezelschapsspel 'De Lekkerbekjes'?

Methode: 14 gezinnen, met in totaal 19 kinderen, namen deel aan het onderzoek. Zij speelden het spel 'De Lekkerbekjes' en vulden 1 à 2 weken nadien een kwalitatieve vragenlijst in. Hierbij werd gepolst naar de meningen over lay-out en materialen, de inschatting van de moeilijkheidsgraad, de ervaringen, en het effect op kennis en gedrag. Met open vragen werd ook feedback gevraagd over het spel.

Resultaten: Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat alle deelgenomen kinderen het spel er leuk vonden uitzien, voornamelijk dankzij de mascottes. 13 van de ouders gaven aan dat de lay-out van het spel goed was. De kwaliteit van de materialen werd door 2 ouders als onvoldoende gescoord aangezien deze niet bestand zijn tegen morsincidenten. De bevonden moeilijkheidsgraad voor de kinderen ligt ver uit elkaar. 11 kinderen gaven aan het spel 'gemiddeld' tot 'moeilijk' te ervaren, hoewel de overige deelnemers het 'gemakkelijk' of 'heel gemakkelijk' scoorden. Ook bij de ouders werd deze verdeeldheid in opinie vastgesteld. 9 ouders ervoeren het spel als 'gemiddeld' of 'moeilijk', terwijl de overige 5 het spel als 'gemakkelijk' scoorden. Er werden vooral moeilijkheden met de instructies in de handleiding gesignaleerd. 16 van de ondervraagde kinderen gaven aan het spel 'leuk' tot 'superleuk' te vinden. Hoewel 13 kinderen de proefopdrachten als leuk beoordeelden, meldden 7 kinderen dat sommige smaakcombinaties te raar waren en daardoor niet leuk. 4 ouders gaven aan het leuk te vinden dat de kinderen leerden proeven. 2 ouders gaven aan zelf bijgeleerd te hebben door het spelen van het spel en 5 ouders schatten in dat hun kind(eren) meer te weten is gekomen over gezonde voeding. Bij geen enkel van de gezinnen werd na het spelen van het spel een gedragsverandering bij de kinderen opgemerkt.

Conclusie: De ervaringen met het spel 'De Lekkerbekjes' zijn positief betreffende spelplezier bij zowel kinderen als hun ouders. Met deze beperkte studiepopulatie kunnen evenwel geen significante besluiten getrokken worden.

2. Inleiding

Tijdens de driejarige opleiding tot huisarts werd het ook in de praktijk duidelijk dat veel aandoeningen gekoppeld kunnen worden aan een ongezonde levensstijl en overgewicht. Een van de factoren die inspeelt op gedrag van mensen is *het rolmodel*, wat maakt dat de levensstijl vaak van ouder op kind wordt overgezet. Bovendien hebben kinderen met overgewicht een sterk verhoogd risico om ook als volwassenen overgewicht/obesitas te krijgen, met al de gevolgen die hiermee gepaard gaan. Buiten *het rolmodel* is er uit de literatuur gebleken dat gedrag ook door andere factoren wordt beïnvloed. Deze factoren kunnen worden gekaderd binnen het socio-ecologische model, betreffende macrosystemen, fysieke omgeving, sociale omgeving en individuele factoren.

De proportie van kinderen met overgewicht en obesitas neemt jaar na jaar toe, op wereldwijd vlak maar ook in ons land. Daarom is preventie van voedingsproblemen reeds op kinderleeftijd van levensbelang. Er wordt al veel ondernomen op preventief vlak bij kinderen, bijvoorbeeld op school in het lessenpakket en door screening bij de schoolarts. Er wordt echter nog weinig ingezet op deze vorm van preventie vanuit de huisartsenpraktijk. Anders dan de schoolartsen hebben huisartsen vaak meer zicht op het gezin en de thuissituatie waardoor er gemakkelijker kan ingespeeld worden op de ouders.

Ook de overheid tracht de Vlaamse bevolking te sensibiliseren met de actieve omgekeerde voedings- en bewegingsdriehoek. Via deze tools poogt men een breed publiek bekend te maken met een gezonde levensstijl. Vooral voedingsmiddelen van plantaardige oorsprong kennen een gezondheidsvoordeel en worden daarom in de bovenste en grootste laag weergegeven. Deze zouden de basis moeten vormen van de maaltijd, wat kan worden aangevuld met kleinere hoeveelheden van dierlijke oorsprong. Overbodige en vaak ook ongezonde voedingsmiddelen worden buiten de driehoek in een rode cirkel geplaatst. Er wordt wel eens gezegd dat stilzitten het nieuwe roken is, het staat alleszins vast dat een sedentaire levensstijl nefast is voor de gezondheid. Daarom werd er ook een bewegingsdriehoek toegevoegd die aangeeft elk zittend half uur af te wisselen met beweging, maar ook richtlijnen geeft naar lichte, matige en intense beweegactiviteiten.



Figuur 1: Omgekeerde voedings- en bewegingsdriehoek

Deze driehoeken omvatten de basis voor een gezonde levensstijl. Om deze te kunnen implementeren in het dagdagelijkse leven, moet men er eerst mee vertrouwd zijn. Om kinderen hiermee op een ludieke manier te leren kennis maken, werd het spelbord 'De Lekkerbekjes' ontwikkeld. Als huisarts maakten wij jonge gezinnen met dit spel bekend en polsten wij in dit onderzoek naar de ervaringen van ouder en kind.

3. Literatuuronderzoek

3.1 Overgewicht/Obesitas

3.1.1 Definitie

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert overgewicht en obesitas als een toestand waarbij er een teveel aan vet aanwezig is in het lichaam. Deze toestand kan een direct negatief effect hebben op de gezondheid. Het kwantificeren van overgewicht en obesitas gebeurt bij volwassenen door de berekening van BMI (Body Mass Index), waarbij het gewicht in kilogram wordt gedeeld door het kwadraat van de lengte in meter. Een score boven 25 wordt geclassificeerd als overgewicht en een score boven de 30 als obesitas. De BMI-schaal kent zijn beperkingen op individueel vlak, maar blijft de gouden standaard voor gewichtsclassificatie op populatieniveau. Wanneer men kinderen beschouwt, is deze eenvoudige BMI-berekening minder geschikt, gezien deze geen rekening houdt met de veranderende bouw en proporties van het lichaam gedurende de volledige ontwikkeling. Daarom wordt bij kinderen en adolescenten tot 19 jaar gebruik gemaakt van curves die gezond gewicht uitzetten in functie van de lengte, opgesplitst per geslacht. Zo kan op basis van leeftijd, geslacht en lengte voor elk kind een gezond gewicht berekend worden (1). Voor kinderen jonger dan 5 jaar definieert men overgewicht als een gewicht meer dan 2 standaarddeviaties boven deze vooropgestelde mediaan en obesitas als 3 standaarddeviaties boven de mediaan (2). Bij kinderen en adolescenten van 5 tot en met 19 jaar wordt dit vanaf 1 standaarddeviatie als overgewicht beschouwd en vanaf 2 standaarddeviaties boven de mediaan als obesitas (3).

3.1.2 Epidemiologie

Overgewicht en obesitas zijn wereldwijde problemen. De WGO schat dat in 2016 1,9 miljard volwassenen leden aan overgewicht, waarvan 690 miljoen volwassenen zelfs als obees geclassificeerd konden worden. Dit betekent voor overgewicht een prevalentie van 39% van de volwassen wereldbevolking en voor obesitas is dit 13% (1). Bij kinderen onder de 5 jaar stellen de recentste data, in 2021 gepubliceerd door de WGO, Unicef en de World Bank Group dat wereldwijd 38,9 miljoen kinderen in 2020 leden aan overgewicht. In context van de wereldbevolking betekent dit 5,7 % van alle kinderen onder 5 jaar (4). Bij oudere kinderen en adolescenten, de groep vanaf 5 tot en met 19 jaar oud, loopt de wereldwijde prevalentie op naar 18%. In absolute cijfers betekent dit 360 miljoen getroffen kinderen. Hierbij is tevens geen significant geslachtsgebonden verschil te merken (1). De laatste 50 jaar is er een stijgende trend vast te stellen in BMI bij kinderen en adolescenten, zo blijkt uit analyse van 2416 studies (5).

Wanneer we de geschatte prevalentie (in percentage) van overgewicht bij kinderen in ons land van dichtbij bekijken, krijgen we de cijfers voorgesteld in tabel 1.

		Leeftijdscategorie		
		5-9 jaar	**10-19 jaar**	**5-19 jaar**
Per geslacht	**Vrouwelijk**	25.7 [18.3 – 33.9]	23.6 [16.8 – 30.9]	24.3 [17.9 – 31.3]
	Mannelijk	25.4 [17.6 – 33.7]	22.7 [15.7 – 30.4]	23.6 [16.6 – 31.2]
Alle		25.5 [20.1 – 31.2]	23.1 [18.2 – 28.3]	24 [19.2 – 29.2]

Tabel 1: Geschatte prevalentie van overgewicht (%) bij kinderen en adolescenten vanaf 5 tot en met 19 jaar in België in 2016 (6).

3.1.3 Ontstaansmechanisme

Overgewicht ontstaat als gevolg van een multifactorieel mechanisme. Deze factoren beginnen reeds tijdens de prenatale periode en staan onder invloed van de moeder. Obesitas, overmatige gewichtstoename tijdens de zwangerschap en roken bij de zwangere vrouw geven een verhoogd risico

op macrosomie en neonatale adipositas. In de neonatale periode is er wel een beschermend effect van borstvoeding (7).

In de latere fase van de kindertijd spelen veel diversere factoren een rol. Zo wordt vermeld dat overslaan van het ontbijt een negatieve impact heeft op een gezond gewicht, eveneens TV-kijken tijdens het eten. Wat voeding zelf betreft weten we dat een te calorierijk voedingspatroon een directe link heeft met het ontstaan van overgewicht en obesitas (7, 8). Ook het tekort aan bepaalde gezonde voedingsmiddelen is een belangrijk element. In het bijzonder een te beperkt aandeel van fruit en groenten in de voeding geeft aanleiding tot overgewicht en obesitas (9). Onderzoek wijst uit dat 75% van de Amerikaanse kinderen boven 5 jaar niet aan de aanbevolen hoeveelheid van 2 stukken fruit per dag zou komen (10). Specifiek voor Belgische schoolkinderen formuleert voedingsinformatiecentrum NICE enkele knelpunten. Volgens aanbeveling drinken kinderen best 0,5-1l water per dag, maar dit gebeurt onvoldoende. De gemiddelde inname is 613 ml (enkel rekening houdend met niet-gesuikerde dranken). Ook de consumptie van groenten en fruit is onvoldoende: gemiddeld 96g groenten en 120g fruit terwijl voor beiden 250g aanbevolen wordt. 44% van de schoolkinderen consumeert elke dag wit brood in plaats van bruin brood, wat een belangrijke invloed heeft op de suikerspiegel. Ook zijn melkproducten globaal gezien onvoldoende vertegenwoordigd in het eetpatroon. Op het vlak van eiwitbronnen is de verdeling iets complexer. Gemiddeld gezien wordt er voldoende vlees/vis/ei/vervangproduct geconsumeerd per persoon, maar de verdeling is erg ongelijk. Zo haalt 43% van de ondervraagde kinderen niet de aanbevolen hoeveelheid eiwitbronnen, waardoor er logischerwijze ook een overconsumptie plaatsvindt bij een ander aandeel in de groep. Als laatste puntje de overconsumptie van voeding uit de restgroep. Zo consumeert een schoolkind gemiddeld 632 kcal per dag aan ongezondere voedingsmiddelen die veel vet en suiker bevatten, waaronder ook suikerhoudende dranken (11). Volgens de richtlijnen van de WHO mag vrije suiker maximaal 10% van de dagelijkse calorieën vertegenwoordigen in een gezond eetpatroon (12).

Naast dieet is er ook de belangrijke factor beweging, waarin ook de hoeveelheid schermtijd een rol speelt. Een sedentaire levensstijl en onvoldoende intensiteit van fysieke activiteit in het dagelijks leven leidt opnieuw tot een verhoogd risico op overgewicht (12). De richtlijn voor kinderen en adolescenten van 5 tot 17 jaar bestaat eruit om cumulatief 60 minuten per dag matig tot intensief te bewegen (13, 14). Het is essentieel dat deze beweegmomenten deel uitmaken van de dagelijkse routine, om een duurzaam effect te creëren (13).

Het moet gezegd dat bovenstaande, multifactorieel ontstaansmechanisme enkel geldt voor het ontstaan van primaire obesitas. Men spreekt van secundaire obesitas wanneer deze veroorzaakt wordt door een onderliggende aandoening, vaak een genetisch defect of syndroom. Deze vormen moeten dus als een aparte entiteit gezien worden gezien deze ook een aparte aanpak vergen. Daarom wordt hier niet verder op ingegaan (8).

3.2 Gevolgen van overgewicht/obesitas bij kinderen

3.2.1 Impact op de gezondheid

Het is van groot belang om overgewicht bij kinderen aan te pakken. We weten dat 60% van de kinderen met overgewicht ook als volwassene overgewicht zal hebben, met gezondheidsrisico's tot gevolg. Bijvoorbeeld een hogere kans op chronische ziekte en een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel (15-17). Specifiek is er een verhoogd risico op diabetes, astma, leversteatose en obstructief slaapapneu syndroom (OSAS). Naast deze fysieke gezondheidsrisico's is er ook een belangrijke psychologische impact, met een verhoogd risico op ontwikkeling van gedrags- en psychologische problemen. Dit alles heeft globaal beschouwd een lagere levenskwaliteit tot gevolg naast ook een gedaalde levensverwachting (17, 18).

3.2.2 Bijkomende gevolgen

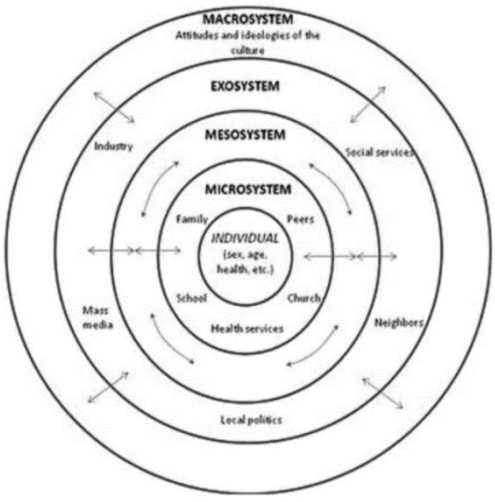
Naast medische impact is ook de sociale impact van belang voor kinderen met overgewicht/obesitas. Zo is er vaker sprake van pesten op school, lagere schoolresultaten en is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen zoals angst, depressie en eetstoornissen (8, 17). Vaak wordt dit mede veroorzaakt door stigmatisering en uitsluiting, bijvoorbeeld uitsluiting van sportieve competities omdat het uithoudingsvermogen beperkt is. Kinderen met overgewicht hebben over het algemeen vaker een laag zelfbeeld en een gebrek aan zelfvertrouwen. Al deze sociale invloeden hebben een verdere negatieve impact op de gewichtscontrole, bijvoorbeeld door sociale isolatie en het ontstaan van emotioneel eetgedrag, waarbij voedsel als troost fungeert. Ook is er bij minder sociaal contact vaak minder gelegenheid tot fysieke activiteit, waardoor ook dit weer bijdraagt aan het ontstaan of in stand houden van overgewicht/obesitas (19).

3.3 Levensstijl en gedrag bij kinderen

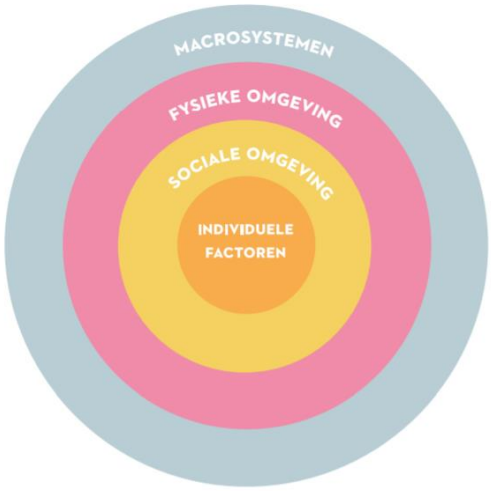
Gedrag is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van een ongezonde levensstijl. Levensstijl en gedrag zijn veranderbaar en daardoor een belangrijk aangrijpingspunt voor primaire preventie en gezondheidsbevordering (20).

3.3.1 Ontstaan van gedrag bij kinderen

Om het eetgedrag van kinderen te kaderen, wordt hier gebruik gemaakt van het socio-ecologisch model (SEM). Ecologische modellen van gezondheidsgedrag benadrukken de omgevings- en beleidscontexten van gedrag, terwijl ze ook sociale en psychologische invloeden opnemen (21). Dit model kent zijn oorsprong in 1974 bij een onderzoek van Bronfenbrenner. Hij maakte een studie over de menselijke ontwikkeling in correlatie met zijn omgeving. Waar hij oorspronkelijk de culturele omgeving niet opnam, werd dit wel toegevoegd aan zijn herziening in 1977, waarbij hij spreekt van een micro-, meso-, exo- en macrosysteem. Met het microsysteem wordt de directe omgeving van het kind bedoeld; het gezin en directe fysieke thuisomgeving. Het mesosysteem beschrijft de relaties tussen de personen van het microsysteem. Alle factoren die invloed hebben op het microsysteem, zonder directe invloed op het kind, behoren tot het exosysteem. Het macrosysteem omvat het cultureel en sociaal beleid (22).



Figuur 2: Bronfenbrenner's ecologisch model



Figuur 3: Het socio-ecologische model

Na de publicaties van Bronfenbrenner verschenen verschillende bewerkingen van zijn model, onder andere onderstaand SEM, zoals terug te vinden in het infodossier rond gezonde voeding op school van het Vlaams Instituut Gezond Leven. Dit model geeft alle niveaus van beïnvloeding van het individu weer als een reeks overlappende cirkels, zie figuur 3 (23).

3.3.2 Individuele factoren

3.3.2.1 Aangeboren menselijke voorkeur

Biologisch gezien is er een menselijke voorkeur voor energierijke voedingsmiddelen, die past binnen het overlevingsmechanisme. Daardoor is er ook een natuurlijke voorkeur voor voedingsmiddelen met meer suiker en vet (25). Voorkeur voor de zoete smaak doet meer zoete voeding eten en is gecorreleerd met overgewicht bij kinderen. Groenten en fruit smaken eerder zuur en/of bitter, smaken die eerder vermeden worden. Smaakvoorkeur is echter niet louter een individuele factor, buiten genetica wordt deze ook beïnvloed door cultuur, herhaalde blootstelling en rolmodellen (26).

3.3.2.2 Hongergevoel

Een meer aanwezig hongergevoel bij kinderen leidt tot een verhoogde inname van energierijke voedingsmiddelen, omdat deze meteen na inname een voldaan gevoel geven (25).

3.3.2.3 Vaardigheden en kennis

Er zijn indicaties dat kooklessen voor ouders en/of kind de inname van en voorkeur voor groenten positief kunnen beïnvloeden. Er is echter nog te weinig evidentie op lange termijn om hier sluitende conclusies uit te trekken en een richtlijn te formuleren (27). Het is aangetoond dat ouders vaak sportdranken en fruitsappen als gezonder beschouwen in vergelijking met de klassieke frisdrank, hoewel ook deze hoge suikergehaltes bevatten. Het aandeel suikerrijke dranken in het eetpatroon van kinderen is omgekeerd evenredig met het opleidingsniveau van de ouders (10). Er wordt verondersteld dat kennis over gezond gedrag een belangrijke determinant is van dat gedrag. De redenering dat mensen die de juiste kennis hebben over wat gezond gedrag is zich ook automatisch gezonder gaan gedragen, is echter niet juist (20).

3.3.2.4 Voedselneofobie

Voedselneofobie wordt gedefinieerd als een angstreactie tegenover onbekende voedingsmiddelen. Wanneer een kind een hoge gradatie van neofobie ondervindt rond voeding, is er vaak als gevolg een onvoldoende inname van gezonde voedingsmiddelen en een overconsumptie van voeding die rijk is aan vet, zout en suiker. Mogelijk is er ook een invloed aanwezig van de media die voornamelijk gezonde

voedingsmiddelen voorstellen, waardoor een kind hiermee vertrouwder is en als gevolg een lagere neofobie ondervindt (25). Interventies die kinderen aanleren wat gezond en wat ongezond is, laten kinderen tussen 5-9j meer voor gezond voedsel kiezen. Al vermijden sommige kinderen net gezond voedsel uit schrik dat ze het niet zouden lusten (28).

3.3.3 Sociale omgeving

3.3.3.1 Rol van ouders en opvoedingsstijl

Bij kinderen is de rol van de ouders uiteraard niet weg te denken uit het dagelijks leven. In het ontstaan van alle soorten gedrag en zeker ook eetgedrag is er een grote rol weggelegd voor opvoeding en de kwaliteit van de ouder-kindrelatie (19). Er worden vier algemene opvoedingsstijlen beschreven die worden ingedeeld naar niveaus van hartelijkheid en responsiviteit in vergelijking met controle en veeleisendheid (29).

	Responsief	**Weinig responsief**
Controle	Autoritatief	Autoritair
Weinig controle	Permissief	Onverschillig

Tabel 2: Opvoedingsstijlen

Men spreekt van een autoritaire opvoeding wanneer ouders enerzijds lage hartelijkheid en luisterbereidheid hebben en anderzijds een hoge mate van controle uitoefenen. Permissieve ouders hebben dan weer een hoge luisterbereidheid, maar uiten zich vaker toegeeflijk en vermijden confrontatie met hun kinderen. Bij deze opvoedingsstijlen bestaat er een risico op obesitas dat 3 tot 5 keer hoger is dan bij een autoritatieve opvoeding. Ook is de autoritatieve opvoeding in verband gebracht met een groter aandeel fruit en groenten in de voeding en meer lichamelijke activiteit (30).

Studies toonden aan dat het ouderlijk gedrag echter kan variëren naargelang de situatie. Zo maakte de onderzoeksgroep van Vaughn A.E. een indeling van de opvoedingsstijlen specifiek gericht op eetgedrag van het kind (dwangmatige controle, structuur, ondersteuning van autonomie). Echter ook deze specifieke opvoedingsstijlen worden door sommige ouders gemengd gebruikt. Bij een dwangmatige controle zullen vooral de doelen en verlangens van de ouders worden nagestreefd, zonder rekening te houden met de behoeften van het kind. Dit zorgt voor een negatieve invloed op het eetgedrag en -voorkeuren van kinderen (29). Een voorbeeld van deze opvoedingsstijl is instrumental feeding. Hierbij wordt via beloning getracht om de inname van bepaald voedsel te stimuleren. Echter is er een bewezen negatief effect wanneer er een voedselbeloning gebruikt wordt. Zo neemt de voorkeur voor de (meestal ongezonde) beloning nog meer toe ten opzichte van het nieuwe voedingsmiddel. Kleine niet-voedsel gerelateerde beloningen kunnen wel een effect hebben. Vooral bij kinderen met neofobie kan deze beloning ertoe leiden dat de neofobe reactie wordt overwonnen om herhaaldelijk proeven te faciliteren (27).

Structuur is een andere vorm van ouderlijke controle en omvat regels en grenzen over eten, strategieën om kinderen bepaald eetgedrag aan te leren en de fysieke organisatie van de eetomgeving.

Tot slot gaat de ondersteuning van de autonomie over keuzes aanbieden aan kinderen. Het gaat om structuur bieden waarbinnen het kind betrokken kan worden bij het maken van voedselkeuzes en communicatie met duiding over bepaalde regels en grenzen. Het creëren van een onvoorwaardelijk klimaat van waardering en acceptatie maakt hier ook deel van uit. Het effect van deze laatste twee stijlen is niet eenduidig en vraagt verder onderzoek (29).

Zowel op het vlak van beweging en voeding is de invloed van de ouders en de ruimere gezinsomgeving dus erg groot. Zo hebben kinderen ook een toename van risico op obesitas wanneer de ouders lijden

aan obesitas. Hierbij is de invloed van het gewicht bij de moeder ook groter dan deze van de vader (31).

3.3.3.2 Rolmodellen

Naast de ouders kan een kind zich ook gaan spiegelen aan allerlei andere soorten rolmodellen. Dit kunnen zowel fictieve personages zijn als specifieke personen zoals leerkrachten, idolen en leeftijdsgenoten. Vooral tussen de 7 en 11 jaar is er een grote invloed van leeftijdsgenoten. Deze kinderen zullen bijvoorbeeld de neiging hebben om de hoeveelheid voedselinname van leeftijdsgenoten na te bootsen. Wanneer het gaat over het spiegelen van gedrag aan rolmodellen is er ook een belangrijke toename van dit effect wanneer er verschillende rolmodellen hetzelfde gedrag gaan vertonen. Dit geeft een versterkt effect op het kind om ook dit gedrag te gaan vertonen (25). De invloed van deze rolmodellen kan negatief of positief zijn. Zo kan bijvoorbeeld het spiegelen van een afkeerreactie, kieskeurigheid en neofobie bij een rolmodel een negatief effect hebben (27).

3.3.4 Fysieke omgeving

3.3.4.1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid

De aanwezigheid van een voedingsmiddel in de omgeving is wat men beschikbaarheid noemt. Met toegankelijkheid verwijst men naar het aanbieden van voeding in een vorm die de consumptie vergemakkelijkt, bijvoorbeeld gesneden fruit ten opzichte van volledige stukken fruit. Bij deze aspecten is er uiteraard opnieuw een belangrijke rol weggelegd voor de ouders, die bepalen welke voeding er al of niet in huis beschikbaar is en die instaan voor een toegankelijke bereiding. Mogelijk speelt de manier waarop voedsel bereid en geserveerd wordt ook een rol in het ontwikkelen van voorkeuren rond deze voedingsmiddelen, maar er is meer onderzoek nodig om hierrond richtlijnen te formuleren.

Ook op school wordt er ingezet op beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezonde voeding. Het aanbieden van gratis fruit bijvoorbeeld, heeft een bewezen positief effect op de consumptie van fruit bij schoolkinderen. Ook na het stopzetten van een dergelijk aanbod blijft dit effect bestaan (27).

3.3.4.2 Portiecontrole

Een ouder bepaalt in eerste plaats of een bepaald voedingsmiddel wel of niet beschikbaar is voor het kind, maar ook op het vlak van portiecontrole spelen zij een belangrijke rol. Het beperken van de beschikbare voeding door ouders heeft een bewezen positief effect op het eetpatroon. Hier lijnrecht tegenover staat de invloed van ouders die sterk stimuleren om te eten, met onvoldoende portiecontrole. Dit heeft een negatief effect tot gevolg met verhoogde inname van energierijkere voeding (27, 32).

3.3.5 Macrosysteem

3.3.5.1 Socio-economische status

Complexer is de invloed van socio-economische status (SES), waarbij lagere SES een hoger risico op obesitas tot gevolg heeft (dit geldt voor geïndustrialiseerde landen) (31, 33).

3.3.5.2 Media en marketing

Onderzoek toont aan dat marketing een rol speelt in de perceptie van kinderen rond een bepaald voedingsmiddel. Zo kan bijvoorbeeld het gebruik van mascottes voeding aantrekkelijker maken. Dit kan zowel door middel van bekende figuren als nieuw ontwikkelde personages. Het voorstellen van deze mascottes kan verpakkingen van bijvoorbeeld groenten en fruit aantrekkelijker maken voor kinderen. Of dit effect ook een duurzame verandering teweegbrengt is tot op heden nog onvoldoende onderzocht (27). Hiernaast kan de media ook een rol spelen door het spiegelen aan rolmodellen, zoals eerder al beschreven. Het voorstellen van leeftijdsgenoten die gezonde voeding consumeren kan bv.

neofobie verlagen en ervoor zorgen dat kinderen meer bereid zijn om ook zelf dit gedrag te gaan vertonen (25).

3.4 Huidige interventies en tools in Vlaanderen

Vanuit verschillende niveaus worden veel zaken ondernomen om de gezondheid van de populatie te beïnvloeden, dit geldt ook specifiek voor kinderen. Zo zijn er interventies op populatieniveau, bijvoorbeeld vanuit de regering. Hiernaast zijn er bijvoorbeeld ook interventies op schoolniveau en interventies op gezinsniveau (27).

Wanneer men het obesitasrisico op populatieniveau significant wil verlagen, is primaire preventie de meest effectieve methode. Hiermee bedoelt men concreet het vertrouwd maken van kinderen met een gezonde levensstijl alvorens zich slechte gewoonten ontwikkelen en alvorens er overgewicht of obesitas aanwezig is. Daarom hebben de meeste interventies ook een preventief karakter (15).

Bij de evaluatie van deze interventies spreken we over een positief effect wanneer er een gezonder patroon bereikt wordt, bijvoorbeeld een verhoogde variatie in het voedingspatroon, een toename van de proportie fruit en groenten binnen het voedingspatroon, verminderde neofobie etc. Er kan ook geen effect opgetreden zijn, met behoud van hetzelfde patroon als voor de interventie. Er kan tenslotte ook een negatief effect opgetreden zijn met eerder afname van variatie en het aandeel fruit en groenten binnen het voedingspatroon of een negatief effect op neofobie etc (27).

Zoals eerder aangehaald is de rol van de ouders een integraal deel in het leven van een kind en in het ontstaan van hun eetgedrag. Wanneer er een gedragsverandering bereikt wil worden speelt dus ook dit onderdeel een grote rol (27). Om ouders te ondersteunen in het aanleren van voedingsgewoonten bij kinderen, bestaan er verschillende bronnen die de bovenstaande principes omzetten in de praktijk. Voor de jongste leeftijden zijn er de aanbevelingen van Kind & Gezin, die ouders ondersteunen bij het aanbieden van voeding vanaf de eerste hapjes tot de kleuterleeftijd (25). Vlaams Instituut Gezond Leven vzw publiceert dan weer richtlijnen rond voeding vanaf babyleeftijd tot 60+, met aandacht voor de veranderende noden binnen elke leeftijdscategorie (34). Specifiek voor kinderen tussen 6 en 12 wordt er sterk ingezet op opvoeding en ontwikkeling van voedselgewoontes. In twaalf korte puntjes worden de belangrijkste principes uitgelegd, die telkens ook uitgebreider uitgelegd staan en waarmee ouders aan de slag kunnen in hun dagelijks gezinsleven. In tabel 3 worden de 12 principes kort opgelijst met telkens een verklaring van de onderliggende mechanismen (35).

Naast de boven beschreven richtlijnen stelt vzw Gezond Leven voor ouders en gezinnen ook concrete handvaten ter beschikking rond planning van maaltijden, duurzaamheid van voeding, budgetvriendelijk koken en nog veel meer. Een van de voornaamste hulpmiddelen hierbij is de website zekergezond.be en de bijbehorende app. Hier wordt een zeer uitgebreide collectie recepten gratis ter beschikking gesteld. De recepten zijn gestoeld op de principes van de voedingsdriehoek en houden ook rekening met duurzaamheid en beperken van voedselverspilling. Op vlak van duurzaamheid worden bijvoorbeeld seizoensgebonden producten in de kijker gezet. Er wordt telkens ook rekening gehouden met moeilijkheidsgraad, budget, voorbereidingstijd en dieetvoorkeuren zoals vegetarisme of veganisme. Er zijn ook kindvriendelijke recepten die de gezonde voeding ook extra speels en aantrekkelijk maken voor kinderen (36).

Tips	Verklaring
Proeven: een eerste belangrijke stap	Overwinnen van neofobie
Jij bent het grote voorbeeld voor kinderen	Fungeren als rolmodel
Bied eten op een leuke manier en vorm aan	Toegankelijkheid
Varieer voldoende met voeding	Stimuleren van variatie in voeding
De gezonde keuze de makkelijkste	Beschikbaarheid en toegankelijkheid
Samen eten is altijd leuker	Fungeren als rolmodel
Eet samen aan tafel, op vaste tijdstippen	
Zorg voor duidelijke regels en afspraken	
Praat met je kinderen over voeding	Leeftijdsgebonden communicatie
Belonen mag, maar liever niet met snoep	Toepassen van niet-voedselgerelateerde beloningen
Kinderen bepalen zelf hoeveel ze zullen eten	Vermijden van druk om grote hoeveelheden te eten
Ongezonde voeding is geen verboden vrucht	Omgaan met ongezonde voeding in een gevarieerd voedingspatroon

Tabel 3: 12 principes voor ouders om kinderen tussen 6 en 12 jaar te stimuleren om gezond te eten. (35)

4. Materialen en methoden

4.1 Doel van het onderzoek

Als huisartsen-in-opleiding (HAIO) merkten we dat een ongezonde levensstijl vaak voorkwam in de dagelijkse praktijk. We kozen ervoor gezinnen aan te spreken gebruik te maken van een bestaande tool, ontwikkeld door het Vlaams Instituut Gezond Leven en gestoeld op de principes voor promotie van een gezonde levensstijl. Het is de bedoeling dat er tijdens het spel gebruik wordt gemaakt van proeven in combinatie met beweging. In Bijlage 1 staat de synopsis van het spel, hier worden enkel de relevante mechanismen voor gedragsverandering aangehaald zoals ze in het spel aanwezig zijn. Om de werking te verduidelijken grijpen we terug naar het socio-ecologische model en de elementen die in het spel aanwezig zijn (zie 3.1).

4.1.1 Individuele factoren

4.1.1.1 Menselijke voorkeur

De spelregelgids bevat niet alleen de speluitleg maar ook extra info voor de ouders. Hierin wordt ook de aangeboren menselijke voorkeur voor zoet toegelicht en er wordt vermeld dat er op vlak van beweging en voeding persoonlijke voorkeuren zijn. Zoals ook beschreven in de literatuurstudie kan onder andere herhaalde blootstelling hier deels invloed op uitoefenen.

4.1.1.2 Vaardigheden en kennis

Zowel kinderen als ouders zijn niet altijd vertrouwd met de omgekeerde voedingsdriehoek. Het spelbord werkt met dezelfde kleuren en toont visueel waar je beter meer van eet en waarvan minder. Mensen die wel vertrouwd zijn met de voedingsdriehoek kunnen kennis meteen in de praktijk toepassen.

4.1.1.3 Voedselneofobie

Door verschillende types hapjes te combineren met dipsausjes die niet voor de hand liggend zijn, tracht het spel ook in te spelen op voedselneofobie. Wie durft experimenteren met voedsel wordt in dit spel beloond. Kleine beloningen (die zelf geen voedsel zijn) worden, zoals in de literatuurstudie omschreven, ook als positief ervaren op neofoob gedrag. Makers van het spel zijn zich er ook van bewust dat sommige kinderen echt heel weigerachtig zijn, waardoor er ook de optie is om de 'liever niet'-kaart te spelen. Deze kan ingezet worden als men zich niet aan een combinatie durft wagen, maar dan kunnen er ook geen punten verdiend worden. In de spelgids wordt ook een aangepaste spelvorm voorzien met een dermate hoge neofobie dat het aanwezige beloningssysteem niet volstaat om de neofobie te overwinnen. Hier zullen de deelnemers in verschillende ronden spelen en bouwt men op van geblinddoekt ruiken aan de voedingsmiddelen over eraan likken tot het uiteindelijke proeven.

Binnen de individuele factoren uit de literatuur wordt er enkel niet ingespeeld op hongergevoel, gezien het kort spelverloop hier niet voor geschikt is.

4.1.2 Sociale omgeving

De bedoeling van het spel is dat dit door ouders en kinderen samen wordt gespeeld. Dit om in te spelen op de grote impact van ouders op de voedselkeuze van de kinderen, zowel binnen de rol van ouders en hun opvoedingsstijl als de belangrijke functie als rolmodel. In de spelgids wordt hun rol als volgt beschreven: *"Kinderen die hun ouders nieuwe smaken zien proeven en zien bewegen, zullen dit zelf ook meer doen. Door samen te proeven en te bewegen kan je elkaar aanmoedigen, waardoor je elkaars zelfvertrouwen een boost geeft."* Men stimuleert ook ouders om positief te blijven en het kind aan te moedigen, wat eerder een element is van opvoedingsstijl. Er wordt voorgesteld geduld te hebben als een kind niet meteen wil proeven, maar ruiken/voelen/likken aan een nieuw voedingsmiddel of nieuwe activiteiten te proberen als eerste stap te zien. Ook suggereert de spelgids om dit ook door te trekken naar het dagelijkse leven. Ook buiten het spelbord kunnen kinderen beloond worden door een

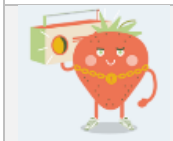
compliment, een sticker of samen iets leuks doen zoals bewegen, om hen positief te bekrachtigen in de juiste voedings- en bewegingskeuzes.

4.1.3 Fysieke omgeving

Ouders beslissen vaak wat er in huis komt en hoe toegankelijk (on)gezonde voeding is. Men kan voor het spelen van het spel samen met de kinderen gaan winkelen en al eens nieuwe gezonde voeding in huis halen om hier ook na het spelen van het spel de kinderen meer mee in aanraking te laten komen.

4.1.4 Macrosysteem

Het spelbord maakt gebruik van mascottes: 'De Lekkerbekjes'. Elke mascotte wordt uitgebreid beschreven en heeft een eigen karakter. In de omschrijvingen van de karakters zie je ook de individuele verschillen terugkomen die ook in de menselijke voorkeur voorkomen. Sommigen hebben veel of net weinig neofobie, ook een groot hongergevoel wordt vertegenwoordigd. Op vlak van beweging zijn er figuurtjes die veel of net weinig bewegen. De bedoeling is ook dat elk individu zich kan herkennen in de karaktertrekken van de verschillende mascottes, zoals te lezen in tabel 4.

Mascotte	**Karakter**
 **Ray de Aardbei**	Eet graag Eet gezond Eet veel, heeft anders honger Kan niet stilzitten
 **Dina Druppel**	Drinkt veel water Wandelt graag, ook in de regen
 **Jean-Claude Van Wortel**	Alleseter, behalve erwtjes Spinazie is zijn krachtvoer
 **Komkommer Kwel**	Eet niet graag groenten, enkel tomaat Is een zetel-zitter, komt er enkel voor karaoke uit
 **Avo Kaatje**	Alleseter en alles-durver. Probeert graag nieuwe dingen uit, zowel op vlak van eten als op vlak van beweging
 **Daan Banaan**	Eet graag bitter, zoals witloof. Zit graag in de luie zetel, maar houdt ook van skaten

Tabel 4: De mascottes van het spel 'De Lekkerbekjes'

4.2 Datacollectie

4.2.1 Selectie van de deelnemers

Op basis van de doelgroep van het spel werd een lijst aangelegd van alle kinderen van 6 tot en met 12 jaar oud die GMD-patiënt zijn in Huisartsenpraktijk Aspelare. Van deze kinderen werden de ouders

uitgenodigd voor een gesprek waarbij de nodige informatie gegeven werd en ook het informatie- en toestemmingsformulier werd ondertekend zoals goedgekeurd door het ethisch comité. Uiteindelijk namen 14 gezinnen deel aan het onderzoek.

Omwille van de studiesetting werd besloten een procesevaluatie uit te voeren van de ervaringen met het spel. Om te bewijzen of het spelen van het spel een effect heeft op voedingsgewoonten op de lange termijn is een langdurig, grootschalig onderzoek nodig. Binnen de tijdsrestricties en de haalbaarheid kozen we dan ook voor een procesevaluatie. Voor de volledigheid werden aan de ouders wel enkele vragen gesteld over effect om toch de kans te geven dit te rapporteren.

4.2.2 Gebruikte speldozen

Na contact met de vzw Gezond Leven doneerden zij drie speldozen voor het onderzoek. Verder werden ze niet betrokken in het verloop van de studie.

5. Resultaten kwalitatief onderzoek

5.1 Samenstelling van de studiepopulatie

Initieel werden 15 gezinnen geïncludeerd, maar één gezin viel uit omdat het spel voor hen te complex bleek en ze er niet toe gekomen zijn het spel te spelen binnen de termijn waarin de resultaten werden verzameld. Voor elk gezin werd 1 ouder ondervraagd, de leeftijd van de ouders lag tussen de 29 en 41 jaar waaronder 11 vrouwelijke en 3 mannelijke ouders. Afhankelijk van de individuele gezinsstructuur, nam ook een tweede ouder deel aan het spel, maar hier werd geen vragenlijst bij afgenomen.

Binnen de 14 gezinnen werden 19 kinderen ondervraagd. 9 gezinnen met 1 kind, 5 gezinnen met 2 kinderen. Deze werden geïncludeerd op basis van hun leeftijd (6-12 jaar oud). Eventuele oudere en jongere kinderen binnen het gezin hebben mogelijk ook deelgenomen aan het spel, maar aangezien deze niet tot de doelgroep behoren hebben we hier geen gegevens over verzameld. Bij de ondervraagde kinderen waren 12 jongens en 7 meisjes.

5.2 Vragenlijsten

Concreet vulden alle deelnemers de lijst eenmalig in na het spelen van het spel. In Tabel 5 en 6 worden de vragen opgelijst die gesteld werden aan respectievelijk de kinderen en de ouders.

Vraag	**Antwoordmogelijkheden**
Hoe leuk vond je het spelen van het spel?	Schaal van 1 tot 5
Wat vond je leuk?	Open vraag
Wat vond je minder leuk?	Open vraag
Vind je dat het spel er leuk uitziet?	Ja/nee
Wat vond je leuk?	Open vraag
Wat vond je minder leuk?	Open vraag
Wat vond je van de mascottes van het spel?	Schaal van 1 tot 5
Wat vond je er leuk aan?	Open vraag
Wat vond je er minder leuk aan?	Open vraag
Hoe moeilijk vond je het spel?	Schaal van 1 tot 5
Wat vond je moeilijk?	Open vraag
Wat vond je makkelijk?	Open vraag

Tabel 5: Vragenlijst voor de kinderen

Vraag	Antwoordmogelijkheden
Is het spelen van 'De Lekkerbekjes' verlopen zoals bedoeld?	Ja/Nee
Wat is er wel/niet gelukt?	Open vraag
Hoe komt dit volgens u?	Open vraag
Heeft iedereen deelgenomen aan het spel tot het einde?	Ja/Nee
Indien nee: hoe komt dit?	Open vraag
Vond u het fijn op het spel te spelen?	Ja/Nee
Wat vond u wel/niet fijn?	Open vraag
Wat vond u van de lay-out van het spel?	Open vraag
Zijn er zaken die volgens u beter kunnen op dit vlak?	Open vraag
Wat vond u van de kwaliteit van de materialen in de speldoos?	Open vraag
Zijn er zaken die volgens u beter kunnen op dit vlak?	Open vraag
Wat vond u van de instructies van het spel?	Open vraag
Zijn er zaken die volgens u beter kunnen op dit vlak?	Open vraag
Hoe heeft u de moeilijkheidsgraad van het spel ervaren?	Schaal van 1 tot 5
In welke mate heeft/hebben uw kind/kinderen deelgenomen aan de voorbereiding van het spel en de gebruikte voedingsmiddelen? (bijvoorbeeld: bij inkopen doen, op voorhand bespreken, mee bereiden van de voeding, etc)	Open vraag
Zijn er verder zaken die u goed vond aan het spel?	Open vraag
Zijn er verder zaken die u minder goed vond aan het spel?	Open vraag
Zijn er zaken veranderd over uw kennis rond voeding na het spelen van het spel?	Open vraag
Zijn er zaken veranderd bij de kennis van uw kind rond gezonde voeding na het spelen van het spel?	Open vraag
Geeft uw kind aan meer gezonde voeding te willen nuttigen na het spelen van het spel?	Open vraag
Zijn de eetgewoonten binnen het gezin veranderd na het spelen van het spel?	Open vraag
Hoe zou u uw globale ervaring met het spel omschrijven?	Schaal van 1 tot 5
Hoe waarschijnlijk is het dat u het spel aanbeveelt aan andere ouders?	Schaal van 1 tot 5

Tabel 6: Vragenlijst voor de ouders

5.3 Lay-out en materialen van het spel

5.3.1 Kinderen

Bij de kinderen werd de lay-out geëvalueerd door middel van een ja/nee-vraag (Tabel 7).

Antwoord	Aantal kinderen
Ja	19 (100%)
Nee	0 (0%)

Tabel 7: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'Vind je dat het spel er leuk uitziet?'.

Als bijkomend element werd er steeds gevraagd in een open vraag aan te geven wat ze net positief of negatief ervaren hebben door middel van twee open vragen. Tabel 8 toont de positieve elementen, tabel 9 de negatieve.

Opmerkingen	Aantal kinderen
Mooie kleuren	6 (32%)
Spelbord	4 (21%)
Leuke figuurtjes	13 (68%)

Tabel 8: Antwoorden van de kinderen op de vragen 'Wat vond je leuk?' met betrekking tot de lay-out.

Opmerkingen	Aantal kinderen
Geen mooie kleuren	1 (5%)
Spelbord nogal vol	1 (5%)

Tabel 9: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'Wat vond je minder leuk?' met betrekking tot de lay-out.

Bij bovenstaande vraag hadden 13 kinderen zelf spontaan aangegeven de mascottes bij het spel erg leuk te vinden, wat de meest voorkomende feedback was. Bij de volgende vraag werd specifiek gevraagd naar de mening van de deelnemers over de mascottes volgens antwoordmogelijkheden op een schaal van 5 (Tabel 10).

Antwoorden	Aantal kinderen
Superleuk	9 (47%)
Leuk	8 (42%)
Gewoon	2 (11%)
Niet Leuk	0 (0%)
Helemaal niet leuk	0 (0%)

Tabel 10: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'hoe leuk vond je de mascottes van het spel?'.

Ook hier werd extra feedback gevraagd door middel van een open vraag met volgende opmerkingen (Tabel 11).

Het kind dat zichzelf herkende in de figuren beschreef het als volgt: *ik ben blij dat er een skater bij is, net als ik.* Het kan ook opgemerkt worden dat het enige kind met negatieve feedback zelf ook 11 jaar was en dus aan de oudere kant was binnen de doelgroep.

Opmerkingen	Aantal kinderen
Grappig	14 (74%)
Leuke namen	2 (11%)
Herkent zichzelf erin	1 (5%)
Mooi, kleurrijk	2 (11%)
Te kinderachtig	2 (11%)

Tabel 11: Antwoorden van de kinderen op de open vraag 'Wat vond je er leuk aan?' en 'Wat vond je er minder leuk aan?' met betrekking tot de mascottes.

5.3.2 Ouders

Bij de ouders werd de lay-out gepeild door middel van een open vraag (Tabel 12).

Opmerkingen	Aantal ouders
Goed	13 (93%)
Te weinig kleur	1 (7%)
Te druk op spelbord	1 (7%)
Kaartjes moeilijk leesbaar	1 (7%)
Overeenkomst met voedingsdriehoek duidelijk	3 (21%)

Tabel 12: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Wat vond u van de lay-out van het spel?'.

De ouder die aangaf dat de kaartjes moeilijk leesbaar zijn geeft specifiek aan dat het verschil tussen het licht- en donkergroen te klein is. De witte tekst op de kaartjes was voor hen ook moeilijk te lezen gezien er ook een grootouder deelnam die wat verminderd zicht heeft. Bij de ouders werd ook gepeild naar bevindingen over de kwaliteit van het spel en de beschikbare materialen (Tabel 13).

Opmerkingen	Aantal ouders
Goed	12 (86%)
Kaarten te dun, niet bestand tegen morsen	2 (14%)

Tabel 13: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Wat vond u van de kwaliteit van de materialen in de speldoos?'.

Via een bijkomende open vraag werd naar eventuele suggesties gepeild met volgende antwoorden (Tabel 14).

Opmerkingen	Aantal ouders
Extra onderverdeling met een bakje voor tokens en kaarten zou handig zijn	2 (14%)
Waterdichte materialen, afwasbaar	3 (21%)
Ontbrekend element in de doos	2 (14%)

Tabel 14: Suggesties met betrekking tot verbetering van de materialen in de speldoos.

Een van de ouders vermeldde dat er een incident met morsen met voeding opgetreden was, en dat waterdichte materialen een goede verbetering zou zijn. Ook een ander gezin geeft de opmerking dat er beter afwasbare materialen zouden kunnen worden gebruikt omwille van gelijkaardige bezorgdheden. Bij een van de spelborddozen die werd uitgedeeld, ontbraken blijkbaar de klevertjes die nodig zijn om de dobbelsteen te bekleven.

Bij de ouders peilden we ook naar de graad waarin kinderen ook deelgenomen hebben aan de voorbereiding van het spelbord en de materialen door middel van een open vraag (Tabel 15). Eén ouder gaf aan dat ze achteraf gezien de kinderen wel zouden betrekken in de voorbereiding, gezien ze verwachten dat dit leerrijker zou zijn.

Antwoorden	Aantal ouders
Geen deelname	11 (79%)
Mee het spelbord klaargezet	4 (29%)
Mee nagedacht over voedselmogelijkheden en mee klaargezet	1 (7%)

Tabel 15: Antwoorden van de ouders op de vraag 'In welke mate heeft uw kind deelgenomen aan de voorbereiding van het spel?'.

5.4 Moeilijkheidsgraad van het spel

5.4.1 Kinderen

De moeilijkheidsgraad werd bij de kinderen nagevraagd aan de hand van een schaal met 5 antwoordmogelijkheden (Tabel 16).

Antwoorden	Aantal kinderen
Heel moeilijk	0 (0%)
Moeilijk	2 (11%)
Gemiddeld	9 (47%)
Gemakkelijk	5 (26%)
Heel gemakkelijk	3 (16%)

Tabel 16: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'hoe moeilijk vond je het spel?'.

Door middel van 2 open vragen werd bijkomend gepeild naar elementen die specifiek moeilijk of makkelijk ervaren werden. Zie tabel 17 voor moeilijke elementen en tabel 18 voor de makkelijke elementen.

Opmerkingen	Aantal kinderen
Proeven	2 (11%)
Moeilijk omdat ik nog leer lezen	1 (5%)
Uitleg moeilijk te begrijpen, veel hulp nodig van ouders	9 (47%)

Tabel 17: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'Wat vond je moeilijk?'.

Opmerkingen	Aantal kinderen
De doe-opdrachten	9 (47%)
Het proeven	3 (16%)

Tabel 18: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'Wat vond je makkelijk?'.

5.4.2 Ouders

Ook bij de ouders peilden we naar de moeilijkheidsgraad door middel van een schaal met 5 antwoordmogelijkheden (Tabel 19).

Antwoorden	Aantal ouders
Heel moeilijk	0 (0%)
Moeilijk	2 (14%)
Gemiddeld	7 (50%)
Gemakkelijk	5 (36%)
Heel gemakkelijk	0 (0%)

Tabel 19: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Hoe moeilijk vond je het spel?'.

Gezien de belangrijke functie van de ouders als spelleider, werd ook via een open vraag gepeild naar het gebruik van de instructies (Tabel 20).

Antwoorden	Aantal ouders
Goed, duidelijk	7 (50%)
Te langdradig	2 (14%)
Onduidelijk	5 (36%)

Tabel 20: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Wat vond u van de instructies van het spel?'.

We peilden opnieuw naar suggesties ter verbetering door middel van een open vraag (Tabel 21).

Antwoorden	Aantal ouders
Kan beknopter	2 (14%)
Beter aangeven hoeveel kaarten per speler	1 (5%)
Aangeven wat er met de kaart moet gebeuren na de beurt	1 (5%)
Beter aangeven welke kaarten in een beurt gecombineerd moeten worden	1 (5%)

Tabel 21: Suggesties met betrekking tot verbetering van de instructies.

5.5 Ervaringen spel

5.5.1 Kinderen

Bij de kinderen werd het spelplezier bevraagd, opnieuw door middel van een schaal met 5 antwoordmogelijkheden (Tabel 22)

Antwoorden	Aantal kinderen
Superleuk	6 (32%)
Leuk	10 (53%)
Gemiddeld	1 (5%)
Niet leuk	2 (11%)
Helemaal niet leuk	0 (0%)

Tabel 22: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'Hoe leuk vond je het spel?'.

Door open vragen werd gepeild naar specifieke elementen die als leuk of niet leuk ervaren werden. (Tabel 23 en 24).

Opmerkingen	**Aantal kinderen**
Beweegopdrachten	9 (47%)
Proefopdrachten	13 (68%)
Samenspel	3 (16%)

Tabel 23: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'Wat vond je leuk?'.

Opmerkingen	**Aantal kinderen**
Onbekende dingen proeven	7 (37%)
Sommige smaakcombinaties	7 (37%)
Sommige beweegopdrachten	2 (11%)
Te weinig twistkaarten	1 (5%)

Tabel 24: Antwoorden van de kinderen op de vraag 'Wat vond je niet leuk?'.

5.5.2 Ouders

Bij de ouders peilden we spelplezier door middel van een ja/nee-vraag (Tabel 25).

Antwoorden	**Aantal ouders**
Ja	10 (71%)
Nee	4 (29%)

Tabel 25: Antwoorden van de ouders op de vraag 'vond je het spel leuk om te spelen?'.

Net als bij de kinderen werd door open vragen gepeild naar specifieke elementen die als leuk of niet leuk ervaren werden. Tabel 26 toont de positieve elementen, tabel 27 de negatieve elementen.

Opmerkingen	**Aantal ouders**
Kinderen leren proeven	4 (29%)
Tijdsbesteding voor de kinderen	1 (7%)
Grappige situaties door smaakcombinaties	1 (7%)
Veel variatie	1 (7%)

Tabel 26: antwoorden van de ouders op de vraag 'Wat vond je leuk?'.

Opmerkingen	**Aantal ouders**
Sommige rare smaakcombinaties	2 (14%)
Eentonige opdrachten	2 (14%)
Twistkaarten geen meerwaarde	1 (7%)

Tabel 27: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Wat vond je niet leuk?'.

Bij de ouders werd ook gepeild naar het globaal verloop van het spel door middel van een ja-nee-vraag (Tabel 28).

Antwoorden	Aantal ouders
Ja	9 (64%)
Nee	5 (36%)

Tabel 28: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Is het spelen van het spel verlopen zoals gepland?'.

Bij de 5 gezinnen waarbij het spel niet zoals verwacht verliep, gaven de ouders de volgende verklaringen via een open vraag (Tabel 29).

Opmerkingen	Aantal ouders
Onduidelijke instructies	4
Niet uitgespeeld wegens eentonig	2
Kinderen wouden sommige dingen niet meer dan 1 keer proeven	1

Tabel 29: Verklaringen van de ouders wanneer het spel niet verliep zoals verwacht.

Binnen het spelverloop werd gepeild door middel van een ja/nee-vraag naar de participatie van de deelnemers (Tabel 30).

Antwoorden	Aantal ouders
Ja	10 (71%)
Nee	4 (29%)

Tabel 30: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Heeft iedereen zoals gepland deelgenomen aan het spel?'.

Bij de 4 gezinnen waar niet iedereen zoals gepland deelnam werden de volgende verklaringen gegeven via een open vraag (Tabel 31). 1 ouder gaf geen verklaring.

Opmerkingen	Aantal ouders
Te saai, langdradig	2
Tijdsgebrek	1

Tabel 31: Verklaringen van de ouders waarom deelnemers het spel niet uitgespeeld hebben.

Ook bij de ouders werd de globale ervaring met het spel bevraagd door middel van een schaal met 5 antwoordmogelijkheden (Tabel 32).

Bij de ouders werd er aanvullend nog gepeild naar mogelijke bijkomende positieve of negatieve opmerkingen. (Meerdere ouders gaven opmerkingen binnen meerdere categorieën). De positieve elementen worden weergegeven in tabel 33.

Antwoorden	Aantal ouders
Zeer leuk	0
Leuk	8 (67%)
Gemiddeld	6 (43%)
Niet leuk	0
Helemaal niet leuk	0

Tabel 32: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Hoe leuk vond je het spel?'.

Antwoorden	Aantal ouders
Ook aandacht voor water drinken	2 (14%)
Vreemde combinaties zijn uitdagend, kinderen moeten onbekende zaken proberen	6 (43%)
Beweegopdrachten zijn leuk en nuttig	6 (43%)
Spel is voldoende kort	2 (14%)
Spelenderwijs leren	1 (7%)
Overeenkomst met voedingsdriehoek	2 (14%)
Ook waardevol voor onderwijs	1 (7%)

Tabel 33: Bijkomende positieve opmerkingen van ouders.

De ouder die aangaf dat het spel nuttig is voor gebruik in het onderwijs gaf aan zelf leerkracht te zijn in het buitengewoon onderwijs en plant het spel dus ook verder in te zetten. Binnen de opmerkingen rond de voedingsdriehoek gaf een ouder ook aan dat het opvallend is hoe vertrouwd kinderen zijn met de voedingsdriehoek, dankzij het gebruik op school.

Eventuele negatieve punten die ouders ervaarden worden weergegeven in tabel 34.

Antwoorden	Aantal ouders
Lange voorbereiding	4 (29%)
Kinderen kunnen het spel niet spelen zonder een volwassene	1 (7%)
Opruimen achteraf, veel afwas	2 (14%)
Onvoldoende diversiteit in kinderen die afgebeeld worden op de kaartjes	2 (14%)
Combinaties soms niet eetbaar	3 (21%)
Globaal te weinig proefmogelijkheden, er was nog veel voeding over achteraf	1 (7%)
Onduidelijke instructies	2 (14%)

Tabel 34: Bijkomende negatieve opmerkingen van ouders.

Door middel van een open vraag werd gepeild naar hoe het spel de verwachtingen heeft ingelost (Tabel 35).

Antwoorden	Aantal ouders
Ja	8 (57%)
Nee	3 (21%)
Geen verwachtingen	3 (21%)

Tabel 35: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Voldeed het spel aan uw verwachtingen?'.

Bij een negatief antwoord op de vorige vraag werd toelichting gevraagd door middel van een aanvullende open vraag (Tabel 36).

Antwoorden	Aantal ouders
Minder leerrijk dan verwacht	2
Spelduur langer dan verwacht	1

Tabel 36: Verklaringen van ouders wanneer het spel niet aan verwachting voldeed.

Als laatste element binnen de ervaring werd gepeild naar de waarschijnlijkheid dat ouders het spel aan andere ouders zouden aanbevelen, met antwoordmogelijkheden op een schaal van 5 (Tabel 37).

Antwoorden	Aantal ouders
Zeer waarschijnlijk	0
Waarschijnlijk	5 (36%)
Matig	5 (36%)
Onwaarschijnlijk	3 (21%)
Zeer onwaarschijnlijk	1 (7%)

Tabel 37: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Hoe waarschijnlijk zou je het spel aanbevelen?'.

5.6 Effect van het spel

5.6.1 Ouders

Via open vragen werd bevraagd of de ouders een effect opmerken na het spelen van het spel. Het effect in de kennis van de ouders wordt weergegeven in tabel 38, een eventueel door de ouders waargenomen effect op de kinderen wordt weergegeven in tabel 39. Bij de ouders die een verandering in de kennis van hun kind rapporteerden werd gevraagd dit toe te lichten met een open vraag. Slechts 2 ouders gaven een verklaring (Tabel 40).

Antwoorden	Aantal ouders
Ja	2 (14%)
Nee	12 (86%)

Tabel 38: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Zijn er zaken veranderd in uw kennis rond voeding na het spelen?'.

Antwoorden	Aantal ouders
Ja	5 (36%)
Nee	9 (64%)

Tabel 39: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Zijn er zaken veranderd in de kennis van uw kind rond voeding na het spelen?'.

Antwoorden	Aantal ouders (op 5)
Meer kennis van de voedingsdriehoek	1 (20%)
Leren proeven dankzij competitie	1 (20%)

Tabel 40: Toelichting van de ouders die een effect op kennis rond voeding bij hun kind waarnamen.

Antwoorden	Aantal ouders
Nee	9 (64%)
Nee, misschien na meerdere keren spelen	2 (14%)
Nee, er is nochtans nood aan verandering	1 (7%)
Nee, reeds bewust mee bezig	2 (14%)

Tabel 41: Antwoorden van de ouders op de vraag 'Zijn de eetgewoonten binnen het gezin veranderd na het spelen?'.

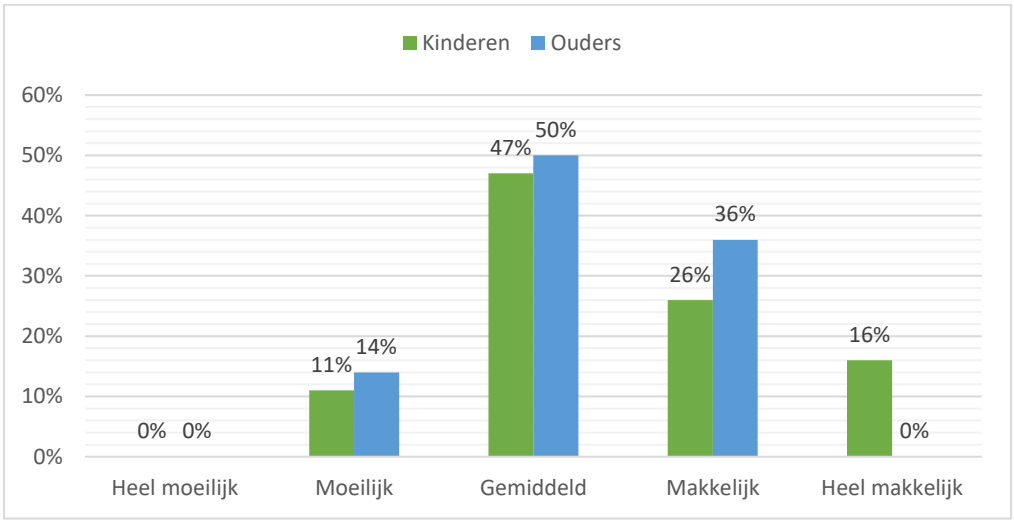
6. Discussie

Deze pilotstudie werd uitgevoerd in de algemene huisartsenpraktijk en beoogde na te gaan wat de ervaringen zijn van jonge gezinnen met het spelbord 'De Lekkerbekjes'. 15 gezinnen, waarvan uiteindelijk 14 gezinnen deelnamen, reageerden positief op de uitnodiging voor deze studie. Samen met het spelbord ontvingen zij vragenlijsten, voor ouder en kind(eren), via de huisartsenpraktijk. Deze lijsten werden maximum twee weken na het spelen van het spel ingevuld.

Wat opviel bij de bevraging van de kinderen is dat zij over het algemeen erg tevreden zijn over het spel. Alle kinderen geven aan de lay-out van het spel leuk te vinden. Bij het peilen naar de bepalende elementen geeft 68% van de kinderen spontaan aan vooral de mascottes leuk te vinden. Bij specifieke navraag op een schaal van 5 scores geeft zelfs 89% van de kinderen aan de figuurtjes 'leuk' of 'superleuk' te vinden. Als specifieke feedback geven de meeste kinderen spontaan aan de figuurtjes als grappig te ervaren. Uit de literatuur weten we dat het gebruik van mascottes een effect kan hebben op de consumptie van bepaalde voedingsmiddelen (zie 2.3.5.2.). Het valt aan de hand van deze cijfers op dat de figuurtjes in dit spel een positieve indruk maken, zowel qua inhoud als qua vormgeving. Over het algemeen werd de kwaliteit van het spel als goed beoordeeld (86%).

Ook op het vlak van spelplezier zien we een overwegend positieve indruk bij de kinderen. 85% van hen geeft aan het spel 'leuk' tot 'superleuk' te vinden. Met slechts 2 kinderen, goed voor 11% van de populatie, die een duidelijk negatieve ervaring aangeven en het antwoord 'niet leuk' aanduiden. Wanneer we dezelfde vraag stellen aan de ouders zien we bij 67% een positieve ervaring, waarbij ze allen 'leuk' aanduidden. De overige 43% scoort spelplezier als gemiddeld, er zijn geen negatieve ervaringen. Het spel is gericht op kinderen, dus is het hogere percentage tevredenheid bij hen te verwachten. Het is echter wel noodzakelijk de ouders als spelleiders te betrekken bij het spelen, een negatieve ervaring bij hen kan er dus ook voor zorgen dat het spel minder wordt gespeeld.

Een mogelijk struikelblok voor het gebruik van het spel is dat de moeilijkheidsgraad bij de kinderen ver uit elkaar ligt. 58% van de kinderen geeft aan het spel 'gemiddeld' tot 'moeilijk' te ervaren. De overige 42% vindt het 'gemakkelijk' of 'heel gemakkelijk'. De rol van de ouders in de speelbaarheid is wel erg belangrijk in dit specifieke spel, dus ook bij hen is naar de moeilijkheidsgraad gepeild. Ook bij hen valt de verdeling wel op. 64% ervaart het spel als 'gemiddeld' of 'moeilijk'. De overige 36% scoren het spel als gemakkelijk. Hier lijken de percentages in moeilijkheidsgraad zoals deze ervaren worden door de kinderen bevestigd te worden. Figuur 4 toont de gerapporteerde moeilijkheidsgraad voor beide steekproeven.



Figuur 4: Voorstelling van de moeilijkheidsgraad gerapporteerd door kinderen en ouders.

Het doel van het spel is onder andere kennis bij te brengen rond gezondheid. Ouders werden bevraagd of er merkbare verschillen opgetreden waren in voedingsgewoonten bij hun kinderen. Een echt sluitend bewijs leveren is gezien de steekproefgrootte niet mogelijk. We kunnen enkel stellen dat in onze studie 2 ouders aangeven dat ze zelf bijgeleerd hebben van het spel, goed voor 14% van de deelnemers. Wanneer ze inschatten of hun kinderen iets bijgeleerd hebben, zeggen 36% van de ouders dat het spel leerzaam was voor hen. Op zich zijn dit relatief lage cijfers, maar wanneer we beschouwen dat er al zo veel informatie rond gezondheid gegeven wordt aan kinderen en ouders, lijkt dit toch mooi meegenomen. Naar de omzetting in de praktijk toe is er echter geen enkele ouder die rapporteert dat er ook een verandering opgetreden is in eetgewoonten binnen het gezin, hoewel er wel enkelen zijn die zich bewust zijn van de nood aan veranderingen. Opnieuw is onze studie niet geschikt om hier een bewijslast aan te koppelen, maar het kan een startpunt zijn voor toekomstig onderzoek.

De relatief hoge moeilijkheidsgraad die zowel bij kinderen als ouders ervaren wordt kan een struikelblok vormen voor de inzetbaarheid van het spel in de ruime populatie. In onze studiesetting kozen we ervoor het spel mee te geven aan de deelnemers zonder bijkomende instructies. De ouders waren dus aangewezen op de bijgeleverde spelgids om het spel te kunnen spelen. Wat de instructies betreft geven slechts 50% van de ouders aan deze als duidelijk te ervaren. 36% geeft aan dat deze onduidelijk zijn, wat mogelijk een invloed kan hebben op de moeilijkheidsgraad. De suggesties die aangehaald worden voor verbetering van de instructies tonen vooral onduidelijkheden in het gebruik van de kaarten. In de toekomst zou onderzocht kunnen worden hoe de speelbaarheid verbeterd kan worden, bijvoorbeeld door de ouders een bijkomende inleiding te geven voor het spelen. Dit kan bijvoorbeeld door het spel uit te lenen na een informatiesessie in groep, of door het voorzien van instructiefilmpjes met een visuele voorstelling van het spelverloop. Bij de algemene opmerkingen gaf een ouder aan zelf het spel verder te willen inzetten binnen haar werk als leerkracht buitengewoon onderwijs. Het is mogelijk dat zij professioneel een hogere interesse en/of opleidingsniveau had om het spel met succes te leiden en dat zij hierdoor ook minder moeilijkheden ervaarde in tegenstelling tot anderen. Het is waardevol dat iemand in een pedagogische functie aangeeft een positieve indruk te hebben. Het spel is doch niet specifiek ontwikkeld voor het onderwijs, maar kan zeker ingezet worden op initiatief van leerkrachten. We weten dat er in het onderwijs al veel materialen ter beschikking zijn rond de voedingsdriehoek en dat er al veel ruimte gemaakt wordt voor onderwijs rond gezondheid. Het spel kan een aanvulling vormen hierop, of kan ook in de thuissituatie ingezet worden via de school, bijvoorbeeld via een uitleensysteem of via een infosessie voor ouders zoals eerder vermeld.

Bij de deelnemende ouders hebben we bevraagd wat zij zouden suggereren om de ervaringen met het spel te verbeteren. Op het vlak van materialen werd gesuggereerd compartimenten in de doos te voorzien, zodanig dat de spelkaarten niet telkens opnieuw gesorteerd moeten worden. Een andere suggestie betrof het bedrukken van de dobbelsteen. Bij dit spel is er meer risico op morsen dan bij andere gezelschapsspelen. Naast het gebruik van voeding en dipsaus op het spelbord moeten ook alle deelnemers, inclusief kinderen, water ter beschikking hebben. Dit heeft in ons onderzoek tot een incident geleid bij één gezin. Dit gezin stelde dan ook vast dat de materialen niet aangepast zijn aan dit risico. Wanneer we het spel verder willen gaan inzetten op school of bij een uitleendienst, dan zal intensief gebruik mogelijk schade aan het spel veroorzaken. Over de materialen werd ook voorgesteld om de diversiteit op de spelkaarten te verhogen, zodat het spel bij een bredere populatie aantrekkelijker zou worden. Het viel twee ouders op dat alleen witte kinderen op de beweegkaarten staan afgebeeld.

Het uitgevoerde onderzoek heeft globaal gezien enkele beperkingen die de conclusies limiteren. Er was een relatief klein deelnemersaantal. Binnen één huisartsenpraktijk zijn het aantal gezinnen met

kinderen uit de lagere school hoe dan ook beperkt. Gezien de reeds beperkte omvang van de populatie waaruit geput wordt, brengt dit inherent een groter risico op deelnemersbias met zich mee. Het is immers mogelijk dat de patiënten die bereid waren om deel te nemen reeds meer aandacht besteedden aan gezonde voeding dan degenen die weigerden. Dit kan leiden tot een vertekening van de resultaten. In totaal hebben wij 33 ingevulde vragenlijsten, van ouders en kinderen, ontvangen. Echter moet er rekening mee worden gehouden dat 14 gezinnen werden ondervraagd en dat er mogelijke opmerkingen die tijdens het spel vielen, en beschreven werden door de ouders, ook terug te vinden zijn op de vragenlijsten van hun kinderen. Ouders mochten ook kinderen assisteren bij het invullen van de vragenlijsten indien dit nodig was omwille van begrip of lees- en schrijfvaardigheid. Er is een grote variatie in leeftijd van de deelnemende kinderen, waar niet voor werd gecorrigeerd. Het is relevant te vermelden dat rekening werd gehouden met de leeftijden die vermeld worden op de speldoos. Het spel wordt door de makers als haalbaar ingeschat voor de leeftijdsgroep die wij kozen, namelijk de lagere schoolleeftijden, 6 tot 12 jaar oud. Ook naar de ouders toe is er zeker een variatie in opleidingsniveau waar niet voor wordt gecorrigeerd. Bovenstaande beperkingen kunnen in een toekomstig onderzoek gecorrigeerd worden door te werken binnen een multicentrische aanpak waarmee ook meer verschillende socio-economische regio's kunnen worden meegenomen. Het feit dat slechts in één huisartsenpraktijk werd gescoord is beslist een beperking in de huidige pilotstudie. Een grotere populatie maakt ook mogelijk een multivariate analyse toe te passen waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen leeftijdsgroepen van de kinderen, opleidingsniveau van ouders en andere socio-economische aspecten. Ook wanneer men in de toekomst het effect van het spel zou willen onderzoeken zal het nodig zijn te corrigeren voor beïnvloedende factoren en zullen herhaalde metingen nodig zijn op duidelijke eindpunten.

We hebben in de verzameling van onze resultaten gekozen voor vragenlijsten met open vragen, omdat we dit de best haalbare mogelijkheid vonden voor het bevragen van zowel ouders en kinderen. Tevens zagen we hierin een groot voordeel in het rekruteren van deelnemers. We konden de gezinnen de vrijheid geven om voldoende tijd te nemen voor de voorbereiding, het spelen en het invullen van de vragenlijst. Gezien de organisatie van een gezin vaak een strakke planning vraagt verwachtten we dat we zo wel meer deelnemers zouden meekrijgen dan wanneer er een grotere belasting geassocieerd was met het onderzoek. Een groot nadeel van een dergelijke vorm daarentegen is dat mensen minder informatie delen in een vragenlijst in vergelijking met bijvoorbeeld een interview. We merken vooral dat er weinig toelichting gegeven wordt door de studiepersonen die negatieve ervaringen aangeven bij de gesloten vragen. Bij mondelinge interviews zou hier wel op kunnen worden ingepikt en zou dit mogelijks leiden tot meer info en feedback vanuit de kant van de deelnemers. Anderzijds kan dit ook een zekere bias opleveren in die mate dat respondenten wenselijke antwoorden zouden geven. Ook hier kan een multicentrische aanpak soelaas bieden. Een degelijke kalibratie van de deelnemende artsen over de te volgen communicatiestrategie is dan wel een must.

Er kan worden geconcludeerd dat deze pilotstudie de mogelijkheden van de inzetbaarheid van het spel 'De Lekkerbekjes' heeft aangetoond en dit naar tevredenheid van de participanten. Enkele aanpassingen in vorm en uitvoering van de speldoos zijn wenselijk. Een grotere studiepopulatie is nodig om deze bevindingen te bevestigen alsmede ook de effectiviteit van het spel naar gedragsverandering te onderzoeken. Dit laatste dient bij voorkeur in een multicentrische setting te gebeuren.

7. Reflectie

7.1 Matilde De Bruyn

Nu het einde van de opleiding nadert is het voor mij duidelijk dat ik mijn roeping gevonden heb in de huisartsgeneeskunde. Ik geniet heel erg van het werk dat wij dag in dag uit leveren. Al vanaf het prille begin merkte ik dat ik graag veel tijd spendeerde aan preventieve geneeskunde. Ik vind het een bijzonder grote prioriteit voor de eerstelijnsgeneeskunde om maximaal aan preventie te doen, om zo de patiënten maar ook de maatschappij te behoeden voor de belasting die een preventieve aandoening met zich meebrengt. Ik merkte ook in de dagelijkse praktijkvoering dat ik in vergelijking met collega's vaker de energie vond om ook preventie aan bod te laten komen in consultaties. Waar zij al vaker de problemen bij een roker of een persoon met obesitas lieten varen, merkten zij ook op dat ik toch soms nog het verschil kon maken. Het is ook erg fijn om te zien dat mijn opleiders en mijn STACO's in het verleden ook mijn passie voor preventie opmerkten en soms zelfs zeiden dat ze hierin zelf van mij leerden. Een mooi compliment.

Preventie begint voor mij altijd bij een motivationeel gesprek, ik gebruik hierbij steevast de tools die we uit de opleiding meekregen. Echter merkte ik dat er een bepaalde problematiek was waar ik vaker geen vat vond voor een goede motivationele gespreksvoering, met name overgewicht en ongezonde levensstijl bij kinderen. Ik merkte dat de grote verantwoordelijkheid van de ouders soms niet doordrong bij de ouders zelf, dat zij bijvoorbeeld aangaven geen controle te hebben op de voedingsgewoonten van hun kind. Terwijl een 10-jarige toch afhankelijk is van hen voor de basisnoden. Ook de kinderen leken weinig vatbaar voor informatie rond de noodzaak tot verandering. Bij de gevolgen van overgewicht bij kinderen beschouwen we uiteraard gezondheidsproblemen op lange termijn maar ook op het moment zelf zijn er vaak al gevolgen vast te stellen. Tijdens contacten merkte ik dat kinderen met een probleem van overgewicht vaak melding maakten van pestgedrag of participatieproblemen. De impact op deze jonge levens was soms al erg groot, maar het zoeken naar aanknopingspunten voor verandering des te moeilijker. Ik kan ook begrijpen dat een gesprek aan een bureau met een dokter niet meteen de beste manier is voor een kind om informatie te verwerken en wou hier dus een andere manier voor vinden.

De omkadering van het werk en de context van het HAIO zijn wel een grote stressor geweest de laatste jaren, en mijn traject was dan ook niet eenvoudig te noemen. Ik heb het onderwerp van onze masterproef initieel zelf aangebracht om te proberen een studie op te zetten die mij zelf ook werkplezier zou geven. Ik had het geluk dat Jaana hieraan wilde meewerken, met het bijkomend voordeel dat zij mij zou opvolgen als HAIO in mijn eerste opleidingspraktijk, waar we ook de studie gingen uitvoeren. Het werken met kinderen gaf mij veel zin in het project. En het leek mij leuk om het onderwerp van de studie wat los te maken van de dagelijkse praktijk, waar we al zo intens mee bezig zijn. Ik zag het meer als het benutten van een praktijkpopulatie om een algemeen onderzoek te voeren. Het leek mij leuk om te werken met een spel, initieel planden we zelf iets te ontwikkelen, maar door gebrek aan tijd kozen we toch een bestaand spel uit te testen.

Toen ik een burn-out doormaakte en er daardoor een vertrouwensbreuk was met die PO, werd het een pak moeilijker om werkplezier te halen uit de masterproef. Gedurende die tijd kon ik wel rekenen op Jaana, die dan wat meer van het werk en de communicatie met onze promotor opnam, waarvoor ik zeer dankbaar ben. Over het algemeen denk ik dat wij zeer goed samengewerkt hebben, met wederzijds vertrouwen en wederzijdse steun. Ook zij ondervond wel wat uitdagingen en heeft het zeker niet makkelijk gehad. Maar met wederzijds begrip en door elkaar te motiveren zijn we er beiden doorheen geraakt. Op het einde van de rit ben ik ervan overtuigd dat we gelijkwaardig werk hebben geleverd in het afgewerkt product. We hebben beiden even veel gewerkt aan zowel inleiding,

resultaten en discussie. Ik stelde de vragenlijst, ethisch comité en informed consent samen. Jaana organiseerde de inclusie en de dataverzameling in de praktijk waar zij op dat moment ook actief was.

Wat de samenwerking met onze promotor, prof. Van Lippevelde, betreft blijf ik achter met het gevoel dat we haar inbreng niet volledig naar waarde hebben kunnen benutten. Het werd al snel duidelijk in het eerste contact dat haar achtergrond zeer geschikt was om een mooi project op te zetten, zij heeft ontzettend veel ervaring in het op poten zetten van heel praktische projecten rond voeding en gezondheid. We merkten wel de verschillen in achtergrond aangezien zij als academicus en researcher actief is met een achtergrond in gezondheidspromotie en dus wat verder af stond van de gezondheidszorg. We merkten dat wij heel wat minder kennis hadden rond het voeren van onderzoek en hiernaast botsten we ook op de beperkingen in tijd die nog resteerde naast het belastende werk in de praktijk. Onze promotor heeft zeker altijd begrip getoond voor deze situatie en heeft steeds waardevol geadviseerd. In een ideale situatie zou ik haar zeker meer hebben willen betrekken bij het onderzoek, maar ik besef ook dat we het beste gemaakt hebben van de situatie zoals ze was. Binnen de realistische context van de opleiding tot huisarts ben ik dan ook best tevreden met onze afgewerkte masterproef. In een ideale wereld met meer tijd en ruimte had er zeker meer in gezeten, maar ik hoop heel erg dat dit een aanzet kan zijn voor de toekomst.

7.2 Jaana Van den Bossche

Voor mij was het even zoeken naar een geschikt onderwerp voor de masterproef. Aanvankelijk overwoog ik een onderwerp gerelateerd aan de opleiding sportgeneeskunde die ik in het eerste jaar als haio aanvatte, maar geen van de voorgestelde onderwerpen sloot daar bij aan. Bovendien werd voor mijn eigen ingediend voorstel geen promotor gevonden. Gelukkig bood Matilde mij de mogelijkheid om deel te nemen aan haar onderzoeksthema over gezonde levensstijl bij kinderen, wat me zeer aansprak. Hoewel Matilde al ideeën had over een mogelijke opzet van de scriptie, gingen we opnieuw brainstormen over potentiële richtingen. Initieel waren we erg enthousiast om zelf een tool of spel te ontwikkelen, maar dat idee werd snel terug opgeborgen wanneer het besef kwam dat we eigenlijk slechts twee jaar hebben om alles af te ronden.

Midden januari 2021 hadden we het eerste online contact met onze promotor professor Wendy Van Lippevelde van de Faculteit Economie en Bedrijfskunde waarbinnen zij al verschillende onderzoeken heeft uitgevoerd rond gezondheidsbevordering bij kinderen. Tijdens dit eerste contact heeft ze ons kennis laten maken met enkele waardevolle artikelen binnen ons gekozen onderwerp. We hadden geen vastliggend project noch onderzoeksvraag gekozen, dus werden er de eerste maanden voornamelijk bronnen doorgenomen om zo veel mogelijk informatie te vergaren over het onderwerp en te bepalen welke insteek we wouden nemen. We schreven een eerste synthese die was onderverdeeld in vier delen: obesitas bij kinderen, de aanpak van het probleem (welke factoren onder andere een rol spelen en hoe deze moeten worden aangepakt), preventie en ontwikkeling van een tool. De promotor stemde in met deze ondewerpen en we konden ons thesisonderzoek verderzetten. De basis van de literatuurstudie was gelegd. We verdeelden de taken om meer literatuur over elk onderdeel te vinden en aan te vullen. Via onze promotor kwamen we in contact met het spelbord ‘De Lekkerbekjes’ en we vonden dit een leuke tool om gebruiken in ons onderzoek. Ik heb contact opgenomen met het Vlaams Instituut Gezond Leven en zij hebben ons graag enkele spelborden toegestuurd om in de praktijk te gaan gebruiken.

In het eerste semester van het 2e jaar van de haio-opleiding heeft Matilde zich vooral gefocust op de aanvraag voor het ethisch comité. Matilde had hiermee reeds ervaring uit de opleiding geneeskunde. Ondertussen zocht ik naar een mogelijke vragenlijst die we aan de ouders en kinderen zouden kunnen

voorleggen over het spel. Echter deze was nog onvolledig toen de deadline voor de aanvraag voor het ethisch comité naderde, waardoor we de aanvraag initieel indiende zonder vragenlijst. Ik hield er een vervelend gevoel aan over, omdat ik die taak op mij wou nemen en er niet in geslaagd was deze binnen de opgegeven tijd te volbrengen. Ik concentreerde me vervolgens op het afronden van de literatuurstudie omdat ook die deadline naderde. De promotor adviseerde om de reeds gevonden literatuur te koppelen aan een gedragsmodel. Ik herinnerde mij dat er in mijn bacheloropleiding een gedragsmodel was besproken en nam deze taak graag op mij. Ik implementeerde het socio-ecologische model.

Aangezien we beiden tijdens onze haio-jaren enkele obstakels waren tegengekomen, liepen we bij de start van het derde jaar wat achter op schema. Er brak dan ook enige paniek uit over de haalbaarheid van de masterproef. Onze promotor stelde ons gerust dat het verzamelen van gegevens op zich snel kon gaan. We hebben toen besloten om alle dataverzameling via vragenlijsten te doen in plaats van het aanvankelijke idee van interviews. Dit gaf ons meer tijd en deed de situatie opnieuw haalbaar lijken. Matilde heeft toen de vragenlijsten afgerond en ik begon met het uitdelen van de spelborden. In maart heeft Matilde de verzamelde gegevens in tabellen geplaatst en hebben we samen de resultaten beschreven. Als afronding van het onderzoek schreven we elke een deel van de discussie, om het daarna samen te voegen tot één geheel.

Ik heb het steeds een aangename samenwerking gevonden met Matilde. Het was een uitdagende maar waardevolle ervaring. We zijn steeds goed blijven communiceren om ervoor te zorgen dat we op dezelfde golflengte zaten, wat essentieel is bij een groepswerk. We durfden ook feedback te geven op elkaars werk om de kwaliteit te verbeteren. Het was ook belangrijk om elkaar te ondersteunen en aan te moedigen tijdens moeilijke momenten. Soms ging de motivatie liggen en kon ik er mij een aantal weken niet aanzetten, maar wanneer Matilde op dat moment net heel productief bleek en enthousiast, motiveerde me dat opnieuw.

Als arts zou ik graag meer inzetten op preventie. Mocht iedereen een gezonde levensstijl aannemen, zouden veel medische problemen zich niet voordoen. Patiënten informeren en motiveren lijkt me dus een belangrijk deel van onze taak. Het belang van ingrijpen op kinderleeftijd bespraken we uitvoerig in de literatuurstudie. Dankzij deze masterproef hebben wij beter zicht gekregen van de beïnvloedende factoren en dat maakte de complexiteit van het verhaal des te duidelijker. ‘De Lekkerbekjes’ lijkt me een bruikbare tool om ouders en kinderen te laten kennis maken met de omgekeerde voedingsdriekhoek en dit meteen aan praktijkgerichte ervaringen te koppelen. Al is gebleken uit onze kwalitatieve bevraging dat het nodig is om het spel te laten begeleiden door een volwassene. Er is namelijk wel wat voorbereidingwerk nodig en de speluitleg bleek niet zo evident.

Aangezien ik wil inzetten op gezonde voeding, zou dit mogelijks een tool zijn die ik jonge gezinnen aanraad, al zou ik zelf al wat extra info willen meegeven, zodat het spelverloop vlotter kan gaan.

8. Bijlages

8.1 Bijlage 1: Synopsis van het spel 'De Lekkerbekjes'

Op het spelbord staat een cirkel ingedeeld volgens de omgekeerde voedingsdriehoek. De grootste oppervlakte wordt ingenomen door de donkergroene zone met daarop plaats voor drie bijhorende hapjes. De lichtgroene zone neemt een derde van het spelbord in beslag. Op de rode en kleinste zone hoort één hapje te staan. Elke zone wordt verduidelijkt met tekeningen van voedingsstoffen die tot dat deel van de voedingspiramide behoren. De oranje zone, waar onder andere vetstoffen en rood vlees toe behoren, wordt niet vertegenwoordigd. Op drie hoeken van het spelbord worden potjes met dipsausjes gezet, opnieuw geleid door de voedingsdriehoek. Op de 4e hoek wordt de stapel met bewegingskaarten gelegd. De bedoeling van het spel is om als eerste het scorebordje te vullen met één rode, twee lichtgroene, drie donkergroene en twee bewegings-tokens.

Elke speler krijgt veertien smul-, twaalf dip- en zes twistkaarten. De kaarten worden per categorie in stapels zichtbaar voor zich gelegd. De kaarten van de smulstapel bevatten getallen, overeenkomend met de hapjes op het spelbord. Elk getal komt twee keer voor en de stapel bevat ook twee actiekaarten. Bij de dipkaarten verwijzen vijf kaarten naar het donkergroene dipsausje, drie naar de lichtgroene en twee naar de rode. Ook deze stapel bevat twee actiekaarten. Met de twistkaarten word je uitgedaagd een gekke handeling uit te voeren tijdens het proeven bv. het hapje opknabbelen als een konijn.
Het spel wordt gespeeld met een dobbelsteen waarop tweemaal '2' staat, tweemaal '3', één P en één driehoekje. Wanneer 2 wordt gegooid, is het de bedoeling twee stapels te kiezen waarvan je de openliggende kaarten wenst te vernieuwen. Bij een 3, worden alle openliggende kaarten vernieuwd. De kaarten die nu bovenaan de stapel liggen vormen de combinatie voor de proefopdracht. Wanneer P (=pikkedieven) wordt gedobbeld, wordt de openliggende proefcombinatie van een andere speler uitgevoerd en mag er een token van die speler gestolen worden. Bij het gooien van de driehoek mag een hapje naar keuze worden genomen en na het proeven de bijhorende token.
Indien een van de drie openliggende kaarten een actiekaart is, is het de bedoeling om een bewegingskaart te trekken en geen proefopdracht uit te voeren. Een bewegingsopdracht wordt afgerond door het drinken van een slok water. De 33 bewegingskaarten bevatten zowel solo- als groepsopdrachten. Het gaat om elf kaarten van lichte intensiteit, tien van matige en twaalf van hoge. Indien een opdracht met meerdere spelers moet worden uitgevoerd, staat dit onderaan de kaart aangegeven met groene driehoekjes (1, 2 of 6). Bij groepsopdrachten is het de bedoeling zo snel mogelijk te zijn. De winnaar krijgt een bewegingstoken.

8.2 Bijlage 2: EC protocol

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS
IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. Titel van het onderzoek

Testen van het gezelschapspel "de lekkerbekjes" van Vlaams instituut gezond leven vzw voor gebruik als tool voor gezondheidseducatie bij kinderen vanuit de huisartspraktijk

☐ retrospectief ☒ prospectief

2. Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoekers

Promotor

- Naam: Prof. Dr. Van Lippevelde Wendy
- Functie: ZAP
- Universiteit: UGent
- Faculteit/Vakgroep: Faculteit economie, vakgroep marketing, innovatie en organisatie
- Telefoonnummer: 09 264 35 26
- E-mail: wendy.vanlippevelde@ugent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Prof. dr. Paul Gemmel

3. Gegevens van de onderzoeker, huisarts-in-opleiding.

- Naam: De Bruyn Matilde
- Universiteit van inschrijving: UGent
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: 0496/12.56.73
- E-mail: matildedebruyn@gmail.com

- Naam: Van Den Bossche Jaana
- Universiteit van inschrijving: UGent
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: 0498 46 05 92
- E-mail: jaanavdb@gmail.com

4. Gegevens van de opleidingspraktijk van de huisarts-in-opleiding.

- Naam praktijkopleider: Haelterman Jordi
- Adres: Wildendries 6, 9404 Aspelare
- Telefoonnummer: 054/50.38.48
- E-mail: jordi.haelterman@gmail.com

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

5. Soort onderzoek

☐ Patiëntengegevens verzamelen die klinisch standaardgegevens zijn
(= geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)
☒ Interventioneel onderzoek
Specifieer interventie: Het spelen van een gezelschapsspel, thuis binnen het gezin

☐ Vragenlijsten (gelieve deze eveneens voor te leggen aan het CME)
☐ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan het CME)
☐ Retrospectief onderzoek
☐ Gegevensverzameling van patiënten door u persoonlijk behandeld.
☐ Gegevensverzameling van een groep patiënten van de opleidingspraktijk waar u stage loopt waarbij u niet bij de behandeling betrokken was.

6. Geef een korte samenvatting van het protocol

Het is bewezen dat een gezonde levensstijl bij kinderen een belangrijke invloed heeft op gezondheid op latere leeftijd. Kinderen met overgewicht hebben een sterk verhoogd risico om ook als volwassenen overgewicht/obesitas te krijgen, met al de gevolgen die hiermee gepaard gaan. Tevens neemt de proportie van kinderen met overgewicht en obesitas jaar na jaar toe, op wereldwijd vlak maar ook in ons land. Daarom is preventie van voedingsproblemen reeds op kinderleeftijd van levensbelang.

Er wordt al veel ondernomen op preventief vlak bij kinderen, bijvoorbeeld op school in het lessenpakket en door screening bij de schoolarts. Er wordt echter nog weinig ingezet op deze vorm van preventie vanuit de huisartspraktijk. Als huisarts hebben wij regelmatig contact met kinderen in een medische context, maar anders dan de schoolartsen hebben wij vaak ook meer zicht op het gezin en de thuissituatie. Meestal zijn niet alleen de kinderen, maar ook de ouders en vaak ook andere familieleden patiënt in dezelfde huisartspraktijk en hebben wij als zorgverlener ook een belangrijke band met deze personen. Anders dan op school kunnen we sterk inspelen op de functie van de ouders als rolmodel.

We willen maximaal inzetten op deze invalshoek door een tool in te zetten voor educatie op gezinsniveau, die wordt uitgestuurd vanuit de huisartspraktijk. Concreet willen we gezonde kinderen van 7 t/m 12 jaar identificeren in de bestaande patiëntenpopulatie, door middel van ons elektronisch patiëntendossier. We zullen contact opnemen met de ouders, hetzij telefonisch hetzij via email, en hen uitnodigen voor een persoonlijk gesprek rond het onderzoek. Tijdens dit gesprek wordt alle nodige informatie gegeven en kunnen mensen vrijblijvend beslissen om al of niet met hun gezin deel te nemen.

We vragen elke deelnemer (kinderen en hun ouders/voogden) om een vragenlijst in te vullen rond het voedingspatroon van het kind. Vervolgens vragen we hen om thuis met het gezin, het gezelschapsspel “de lekkerbekjes” te spelen. Dit werd ontwikkeld door Vlaams instituut gezond leven vzw, een spel dat gebaseerd is op de principes van de actieve voedingsdriehoek . Tijdens het spel worden ook voedingsmiddelen gebruikt vanuit verschillende categorieën binnen de actieve voedingsdriehoek. De deelnemers worden tijdens het spel uitgedaagd om de voedingsmiddelen te gaan proeven en combineren, gepaard met opdrachten. Wanneer er oudere of jongere kinderen deel uitmaken van het gezin wordt bij hen geen vragenlijst afgenomen, maar het is wel toegestaan om hen mee te laten deelnemen aan het spel indien gewenst. Het spel wordt door de onderzoekers kosteloos aan deelnemende gezinnen uitgeleend. 2 tot 4 weken na het spelen van het spel vullen de deelnemers een tweede vragenlijst in, waarin we peilen naar de ervaringen met het spel en of er subjectieve veranderingen in voedingsvoorkeur en -gewoontes bij de deelnemende kinderen opgetreden zijn.

7. Gegevens over (meerdere keuzes zijn mogelijk)

☒ Volwassenen in staat om toestemming te geven
☐ Volwassenen niet in staat om toestemming te geven
☒ Minderjarigen
☐ Studie in urgentiesituatie
☐ Gegevensverzameling van patiënten die niet langer in follow up naar de arts of het ziekenhuis komen en/of ondertussen overleden zijn.

8. Gegevens over

☒ Gezonden
☐ Zieken
Lijdend aan:

☐ Personeel, studenten
Nader omschrijven:

☐ Geslacht
☐ Man
☐ Vrouw

9. Hoe worden deze deelnemers gerekruteerd?

Binnen het elektronisch patiëntendossier van de huisartsenpraktijk Aspelare worden patiënten tussen 7 en 12 geïdentificeerd. We nemen contact op met de ouders/voogd en nodigen hen uit voor een vrijblijvend informatiegesprek.

10. Totaal aantal deelnemers in de studie in België?

☐ In het UZ Gent: <Klik&TypTekst>
☒ Andere locatie: 150 personen

Opgelet: het experiment is enkel verzekerd voor het aantal dat hier opgegeven wordt.
Indien men extra deelnemers wil includeren, zal men dat via een amendement moeten aanvragen.

11. Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar) (bij retrospectieve studie graag ook de periode van datacollectie vermelden)

zaterdag 1 januari 2022 (mits goedkeuring)– vrijdag 30 juni 2023

12. Wie is de opdrachtgever?

Faculteit Economie

13. Verzekering

In principe is het de verzekering van de universiteit waaraan uw promotor verbonden is waardoor u gedekt bent. Wanneer u en/of uw promotor een andere verzekering hebben afgesloten, gelieve dan de verzekeringspolis in bijlage bij te voegen.

14. Het onderzoek is monocentrisch? Indien er meerdere ethische comités betrokken zijn gelieve multicentrisch aan te duiden. Dit is enkel van toepassing als het desbetreffend centrum over een ethisch comité beschikt. De onderzoeker dient op voorhand na te gaan of het centrum waar het onderzoek doorgaat over een ethisch comité beschikt.

☒ ja

☐ neen
Welke centra nemen hieraan nog deel? (Naam, adres, tel., fax en e-mail van andere Commissies voor Medische Ethiek die meewerken aan het onderzoek + naam van de lokale onderzoeker):

Ik verklaar de gehele verantwoordelijkheid van het hierboven vermeld project op mij te nemen en bevestig dat voor zover de huidige kennis het toelaat, de gegeven inlichtingen met de werkelijkheid overeenstemmen.

Huisarts-in-opleiding

datum 30/11/21

naam De Bruyn Mathieu

handtekening



datum 1/12/21

naam Geana Van den Bossche

handtekening



Praktijkopleider

datum 30/11/2021

naam Kadterman Jordi

handtekening



Promotor

datum

naam + affiliatie

Wendy Van Lippevelde, UGent

handtekening



Vakgroepvoorzitter

datum

30/11/2021

Naam

Prof. dr. Paul Gemmel

handtekening



8.3 Bijlage 3: Goedkeuring EC Matilde De Bruyn

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Wendy Van Lippevelde
Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie - EB23
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11457	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Testen van het gezelschapsspel "de lekkerbekjes" van Vlaams instituut gezond ledven vzw voor gebruik als tool voor gezondheidseducatie bij kinderen vanuit de huisartspraktijk MaNaMa Matilde De Bruyn"

B.U.N.: B6702021001248
EudraCT:
Fase (Phase):

*Begeleidende brief dd. 30/11/2021
*Adviesaanvraagformulier Versie 1 dd. 28/11/2021
*Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd. 29/11/2021 voor de deelnemers aan een experiment, voor de ouders/voogd van minderjarige deelnemers van een experiment

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. Wendy Van Lippevelde

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair C. Heymansl

presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair
C. Heymans

Ledenlijst op 28/12/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair C. Heymansl

8.4 Bijlage 4: Goedkeuring EC Jaana Van den Bossche

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Wendy Van Lippevelde
Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie - EB23
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11456	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Testen van het gezelschapspel "de lekkerbekjes" van Vlaams instituut gezond leven vzw voor gebruik als tool voor gezondheidseducatie bij kinderen vanuit de huisartspraktijk - MaNaMa Jaana Van Den Bossche"

B.U.N.: B6702021001247
EudraCT:
Fase (Phase):

*Adviesaanvraagformulier Versie 1 dd. 28/11/2021
*Begeleidende brief dd. 30/11/2021
*Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd. 29/11/2021 voor de deelnemers aan een experiment, voor de ouders/voogd van minderjarige deelnemers van een experiment

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. Wendy Van Lippevelde

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair C. Heymansl

presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
° In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
° The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
° None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.
° All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair Z C. Heymansl

Ledenlijst op 28/12/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair C. Heymansl

9. Referenties

1. Obesity and overweight: World Health Organisation; 2021 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
2. Weight-for-length/height: World Health Organisation; 2021 [Available from: https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height.
3. BMI-for-age (5-19 years): World Health Organisation; 2021 [Available from: https://www.who.int/toolkits/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age.
4. United Nations Children's Fund WHO, World Bank Group. UNICEF/WHO/The World Bank Group joint child malnutrition estimates: levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2021 edition. 2021.
5. Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, Yngve A, Spiroski I, Obreja G, et al. Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. Obesity facts. 2019;12(2):244-58.
6. Prevalence of overweight among children and adolescents, BMI > +1 standard deviations above the median (crude estimate) (%): World Health Organisation; 2021 [Available from: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-).
7. Kohut T, Robbins J, Panganiban J. Update on childhood/adolescent obesity and its sequela. Current opinion in pediatrics. 2019;31(5):645-53.
8. Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. Pediatric clinics of North America. 2015;62(4):821-40.
9. Baker S, Morawska A, Mitchell A. Promoting Children's Healthy Habits Through Self-Regulation Via Parenting. Clinical child and family psychology review. 2019;22(1):52-62.
10. Eliason J, Acciai F, DeWeese RS, Vega-López S, Ohri-Vachaspati P. Children's Consumption Patterns and Their Parent's Perception of a Healthy Diet. Nutrients. 2020;12(8).
11. voedingsinformatiecentrum N. Voedingspatroon van lagereschoolkinderen in kaart 2021 [Available from: https://www.nice-info.be/per-leeftijd/voeding-bij-lagereschoolkinderen/voedingspatroon-van-lagereschoolkinderen-kaart.
12. Flieh SM, Moreno LA, Miguel-Berges ML, Stehle P, Marcos A, Molnár D, et al. Free Sugar Consumption and Obesity in European Adolescents: The HELENA Study. Nutrients. 2020;12(12).
13. Dabas A, Seth A. Prevention and Management of Childhood Obesity. Indian journal of pediatrics. 2018;85(7):546-53.
14. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British journal of sports medicine. 2020;54(24):1451-62.
15. Nittari G, Scuri S, Petrelli F, Pirillo I, di Luca NM, Grappasonni I. Fighting obesity in children from European World Health Organization member states. Epidemiological data, medical-social aspects, and prevention programs. La Clinica terapeutica. 2019;170(3):e223-e30.
16. Roman-Vinas B, Chaput JP, Katzmarzyk PT, Fogelholm M, Lambert EV, Maher C, et al. Proportion of children meeting recommendations for 24-hour movement guidelines and associations with adiposity in a 12-country study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2016;13(1):123.
17. Garrido-Miguel M, Oliveira A, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Soriano-Cano A, et al. Prevalence of Overweight and Obesity among European Preschool Children: A Systematic Review and Meta-Regression by Food Group Consumption. Nutrients. 2019;11(7).
18. Khanna R, Kavookjian J, Scott VG, Kamal KM, Miller LA, Neal WA. Using the theory of reasoned action to determine physicians' intention to measure body mass index in children and adolescents. Research in social & administrative pharmacy : RSAP. 2009;5(2):170-81.
19. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. Journal of family medicine and primary care. 2015;4(2):187-92.
20. Brug J vAP, Lechner L. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. 7 ed. Assen: Van Gorcum; 2010. 356 p.

21. Sallis JF, Owen, N., & Fisher, E. B. . Ecological models of health behavior. Health behavior and health education: Theory, research, and practice 2008.

22. Vélez-Agosto NM, Soto-Crespo JG, Vizcarrondo-Oppenheimer M, Vega-Molina S, García Coll C. Bronfenbrenner's Bioecological Theory Revision: Moving Culture From the Macro Into the Micro. Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science. 2017;12(5):900-10.
23. authority Vcaa. VCE Physical Education (2011–2014) Unit 3. Available from: https://studylib.net/doc/7776765/social-ecological-model-and-physical-activity.
24. leven Vig. (On)gezonde voedselverleidingen op school:[66 p.].
25. Binder A, Naderer B, Matthes J. Do children's food choices go with the crowd? Effects of majority and minority peer cues shown within an audiovisual cartoon on children's healthy food choice. Social science & medicine (1982). 2019;225:42-50.
26. Fry Vennerød FF, Nicklaus S, Lien N, Almli VL. The development of basic taste sensitivity and preferences in children. Appetite. 2018;127:130-7.
27. DeCosta P, Moller P, Frost MB, Olsen A. Changing children's eating behaviour - A review of experimental research. Appetite. 2017;113:327-57.
28. DeJesus JM, Du KM, Shutts K, Kinzler KD. How information about what is "healthy" versus "unhealthy" impacts children's consumption of otherwise identical foods. Journal of experimental psychology General. 2019;148(12):2091-103.
29. Vaughn AE, Ward DS, Fisher JO, Faith MS, Hughes SO, Kremers SP, et al. Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. Nutrition reviews. 2016;74(2):98-117.
30. Smith JD, Montaño Z, Dishion TJ, Shaw DS, Wilson MN. Preventing weight gain and obesity: indirect effects of the family check-up in early childhood. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research. 2015;16(3):408-19.
31. Pazzagli C, Germani A, Buratta L, Luyten P, Mazzeschi C. Childhood obesity and parental reflective functioning: Is there a relation? International journal of clinical and health psychology : IJCHP. 2019;19(3):209-17.
32. Hendrie G, Sohonpal G, Lange K, Golley R. Change in the family food environment is associated with positive dietary change in children. Int J Behav Nutr Phys Act. 2013;10:4.
33. Gebremariam MK, Arah OA, Bergh IH, Andersen LF, Ommundsen Y, Totland TH, et al. Gender-specific mediators of the association between parental education and adiposity among adolescents: the HEIA study. Scientific reports. 2019;9(1):7282.
34. Levensfase: Vlaams Instituut Gezond Leven vzw; 2021 [Available from: https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsadvies-op-maat/levensfase.
35. Hoe stimuleer je kinderen van 6 tot 12 jaar om gezond te eten? : Vlaams Instituut Gezond Leven vzw; 2021 [Available from: https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsadvies-op-maat/levensfase/voedingsadvies-voor-kinderen-van-6-tot-12-jaar/opvoedingstips-voor-ouders-en-verzorgers-van-kinderen-tussen-6-en-12-jaar.
36. Zeker Gezond: Vlaams Instituut Gezond Leven VZW; 2021 [Available from: https://www.zekergezond.be/.