Kwalitatief onderzoek naar een multidisciplinaire aanpak van obesitas bij kinderen in de eerste lijn:

Het identificeren van faciliterende en belemmerende factoren, vanuit de beleving van ouders en zorgverleners

Dr. Evy Berlanger, VUB

Promotor: Prof. Dr. Inge Gies, VUB

Co-promotor: Dr. Lieve Goeman, VUB

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

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

ABSTRACT

Context: Steeds meer kinderen krijgen te kampen met obesitas. De grootorde van het probleem en het brandend actuele aspect in kader van het recent opgestarte zorgtraject voor kinderen met obesitas in België, alsook de impact die deze problematiek heeft op de huidige en latere gezondheid, dienen aan te zetten tot nadenken over de rol van de huisarts in de aanpak van obesitas bij kinderen. Een aanpak, die volgens onderzoek, het meest efficiënt multidisciplinair verloopt. In de praktijk zien we echter dat dergelijk multidisciplinair begeleidingsprogramma zelden opgestart en/of gecoördineerd wordt vanuit de eerste lijn. De begeleidingsprogramma's die bestaan, weliswaar voornamelijk in de tweede lijn, kennen een groot probleem van uitval van deelnemers. De redenen hiervan werden nog onvoldoende onderzocht. Er is nood aan onderzoek naar het perspectief van ouders en multidisciplinaire zorgverleners in de eerste lijn. Door de sleutelelementen (faciliterende factoren) alsook eventuele struikelblokken (belemmerende factoren) van een multidisciplinair begeleidingsprogramma voor kinderen met obesitas in de eerste lijn aan het licht te brengen, streven we naar het formuleren van concrete aanbevelingen voor het opstarten van een multidisciplinair begeleidingstraject voor kinderen met obesitas in de eerste lijn.

Methode: Een oriënterend literatuuronderzoek enerzijds en een kwalitatief veldonderzoek anderzijds, dienen inzicht te geven in de bouwstenen (faciliterende en belemmerende factoren) voor een constructief haalbaar multidisciplinair begeleidingsprogramma ter behandeling van obesitas bij kinderen van 2 tot 17 jaar, binnen de eerste lijn. Dataverzameling wordt bekomen door middel van semigestructureerde interviews, georganiseerd in aparte focusgroepen bestaande uit ouders, eerstelijnszorgverleners en tweedelijnszorgverleners en geanalyseerd volgende de COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative studies) methode.

Resultaten: Aan deze studie namen 8 ouders, 17 eerstelijnszorgverleners en 8 tweedelijnszorgverleners deel, per subgroep verdeeld over 5 focusgroepen (respectievelijk 2, 2 en 1 focusgroep). De zorgverleners en ouders ondervonden drempels, bevorderende factoren en gaven mogelijke oplossingen met betrekking tot verschillende thema's. Ten eerste zijn kinderen Intrinsiek vaak niet gemotiveerd, hebben ze te weinig inzicht, en vertonen ze belemmerende gedragingen of onderliggende ziekten. Ten tweede blijken de belangrijkste omgevingsfactoren de motivatie van ouders en het gemeenschappelijk gezinsfunctioneren. Maar deze komen vaak in het gedrang door verkeerde percepties en verwachtingen rond voeding en obesitas, en het vermijden van confrontatie. Daarnaast wordt het ontbreken van goede groepsdynamiek onder leeftijdsgenoten en betrokkenheid van grootouders als nadelige omgevingsfactoren aangehaald. Ten derde vormen toegankelijkheid van de zorg door te verre afstanden tot sportclubs, onvoldoende tijd van ouders en zorgverleners en lage sociale status van gezinnen enerzijds, en financiële drempels op vlak van consultaties, voeding en sportmogelijkheden anderzijds een praktisch probleem. Ten vierde is op organisatorisch vlak het beleid vaak niet optimaal door het vastlopen van de doorverwijzing en het risico op overconsultatie en is multidisciplinaire samenwerking essentieel zolang het gepaard gaat met gemeenschappelijke doelen, voldoende overlegmomenten en het delen van medische gegevens onderling tussen zorgverleners met ervaring in het begeleiden van kinderen. Hetgeen allen vaak tekort schiet in de eerste lijn, zo blijkt. De organisatie van inclusieve bewegingsmogelijkheden verloopt ook onvoldoende gecoördineerd. Ten vijfde blijkt de communicatie met ouders moeilijk, maar een persoonlijk contact op initiatief van een medische zorgverlener, met focus op de succesbeleving in plaats van op het gewicht, en vermijden van stigmatisering en rekening houdend met taal- en cultuurbarrières werken bevorderend. Ten slotte wijzen ouders en zorgverleners op maatschappelijk vlak naar het misleidende karakter van media en marketing, het tekort aan gezonde voeding op scholen en inclusieve sportmogelijkheden aldaar en in de gemeente, en het tekort aan preventie op overheidsniveau als belemmeringen maar ook als potentiële kanalen in de aanpak van obesitas bij kinderen.

Conclusie: Door in te spelen op de geïdentificeerde faciliterende en belemmerende factoren zou een multidisciplinaire aanpak voor kinderen met obesitas in de eerste lijn drempelverlagend en meer efficiënt kunnen zijn, zowel voor huisartsen als professionele en ondersteunende eerstelijnszorgverleners en ouders. Op individueel vlak is het verbeteren van het inzicht en motivatie van het kind door middel van educatie, motivationele gespreksvoering en gepersonaliseerde adviezen met centraal plaatsen van de klachten van het kind belangrijk. Om daarnaast tegemoet te komen aan de omgevingsfactoren, is een totale gezinsaanpak essentieel met oog voor het psychosociaal welzijn van het kind. Gezondheidseducatie, eventueel georganiseerd in groepssessies voor ouders, en het vooraf nagaan van barrières en verwachtingen van ouders kunnen hierbij helpen. Ten derde kunnen een laagdrempelig gecentraliseerd multidisciplinair aanbod, bij voorkeur binnen eenzelfde interdisciplinaire groepspraktijk, met betere terugbetalingsmodaliteiten en betaalbare regionale sportclubs soelaas bieden aan de praktische drempels. Ten vierde kan het aanstellen van een coördinator in de eerste lijn, bij voorkeur een bewegingscoach, en het beschikbaar stellen van de groeicurves voor alle eerstelijnszorgverleners alsook het promoten van inclusiviteit op school en in sportclubs tegemoet komen aan deze organisatorische barrières. Op communicatief vlak kan opleiding voor zorgverleners en het aanreiken van concrete verwijsinfo met persoonlijk gesprek voor ouders behulpzaam zijn. Tot slot blijkt op maatschappelijk vlak de school een belangrijke potentiële samenwerkingspartner om een gezonde levensstijl te promoten. Ook zouden gemeenten meer voordelige lokale sportvoordeelkaarten en inclusieve sportclubs moeten voorzien en zou er op overheidsniveau meer moeten worden ingezet op preventie en sensibilisering.

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT **3**

INHOUDSTAFEL **4**

1. INLEIDING **5**

1.1 Obesitas: overzicht van de ziektepathogenese en epidemiologie *5*

1.1.1Ziektepathogenese 5

1.1.2 Epidemiologie 5

1.2. Achtergrond: de kern van het probleem rond multidisciplinaire begeleiding van kinderen met obesitas in de eerste lijn *5*

1.3 Doelstelling: Wat is de perceptie van ouders en zorgverleners? *6*

2. METHODE **7**

2.1 Literatuurstudie *7*

2.2 Kwalitatief onderzoek *7*

2.2.1 Patiënt rekrutering 7

2.2.2 Datacollectie/Opbouw van de interviews 9

2.2.3 Data analyse 10

2.2.4 Ethische aspecten 10

3. RESULTATEN **11**

3.1 Studiepopulatie: karakteristieken van de deelnemers *11*

3.2 Inhoudelijke analyse van de focusgroepgesprekken *12*

3.2.1 Intrinsieke factoren van het kind 12

3.2.2 Omgevingsfactoren 14

3.2.3 Praktische factoren 17

3.2.4 Organisatorische factoren 18

3.2.5 Communicatieve factoren 22

3.2.6 Maatschappelijke factoren 25

4. DISCUSSIE **27**

4.1 Bespreking resultaten *27*

4.1.1 Intrinsieke factoren van het kind 27

4.1.2 Omgevingsfactoren 28

4.1.3 Praktische factoren 29

4.1.4 Organisatorische factoren 31

4.1.5 Communicatieve factoren 32

4.1.6 Maatschappelijke factoren 33

4.2 Sterktes en zwaktes *35*

4.3 Toekomstperspectief *36*

5. CONCLUSIE **37**

REFERENTIES **39**

BIJLAGEN **41**

Bijlage I: Goedkeuring Ethische Commissie (externe bijlage) *41*

Bijlage II: Goedgekeurd protocol (externe bijlage) *41*

Bijlage III: Codeboom *42*

Bijlage IV: interviewgids en vragenlijst voor zorgverleners en ouders *44*

1. INLEIDING

1.1 Obesitas: overzicht van de ziektepathogenese en epidemiologie

1.1.1 Ziektepathogenese

Obesitas wordt gekenmerkt door een teveel aan lichaamsvet en wordt meestal gedefinieerd door een verhoogde 'body mass index' (BMI) in verhouding tot het geslacht en de leeftijd van het kind(1-3). Het is meestal een multifactoriële ziekte en wordt veroorzaakt door een complexe interactie tussen genetische, neuroendocriene, socioeconomische, psychologische, metabole en omgevingsfactoren (4, 5). Onder die laatste vallen de belangrijkste boosdoeners zoals ongezonde voedingsgewoonten en sedentarisme(6). Obesitas is echter meer dan louter een ernstige mate van overgewicht, het is een chronische ziekte en tevens een significante risicofactor voor het ontwikkelen van meerdere co-morbiede aandoeningen zoals cardiovasculair lijden, type 2 diabetes mellitus en kanker(5, 7-9) en dit reeds op kinderleeftijd. Ze dragen bij tot verhoogde een morbiditeit en vroegtijdige sterfte(6, 8, 10). Kinderen met obesitas worden vaak volwassenen met obesitas en hebben aldus tevens indirect een verhoogd risico op het ontwikkelen van deze comorbiditeiten op volwassen leeftijd(8, 11-13). Daarnaast gaat obesitas vaak gepaard met gewrichtsproblemen, slaapstoornissen en psychologische problemen en heeft het aldus een invloed op de kwaliteit van leven maar ook op schoolprestaties , nog verergerd door stigmatisering, discriminatie en pesten(8).

1.1.2 Epidemiologie

Obesitas is een wereldwijde pandemie geworden, weliswaar met een langzamer begin en schadelijke effecten dan de COVID-19 pandemie(14). Ook bij kinderen is het een groeiend en alarmerend probleem(6, 15). 1 op 5 kinderen wereldwijd heeft overgewicht, meer dan een derde daarvan heeft obesitas(8, 16), en binnen de lagere school leeftijdsklasse lijdt 1 op de 4 daarvan aan ernstige obesitas(12). 160 miljoen kinderen en jongeren lijden aan obesitas, dat is 4 keer meer dan zo'n 30 jaar geleden (1990-2022). Immers steeg de prevalentie van obesitas bij kinderen en adolescenten van 5 tot 19 jaar wereldwijd dramatisch van 2% in 1990 tot 8% in 2022(8). Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2018, op initiatief van de overheidsinstanties, blijkt dat 19% van de 2 tot 17-jarige Belgen te kampen heeft met overgewicht, 5,8% daarvan heeft obesitas(17). Meer recente gegevens tonen aan dat 7,9% van de Belgische jongens (82.000) en 5% van de Belgische meisjes (49.000) van 5 tot 19 jaar obesitas heeft, met respectievelijk 3,8% toename en geen toename ten opzichte van 1990(16).

1.2. Achtergrond: de kern van het probleem rond multidisciplinaire begeleiding van kinderen met obesitas in de eerste lijn

Terwijl obesitas gerelateerde comorbiditeiten bij volwassenen vaak worden behandeld in de eerstelijnsgezondheidszorg, wordt obesitas zelf onderbehandeld(18). De grootorde van het probleem en het brandend actuele aspect, alsook de impact die deze problematiek heeft op de huidige en latere gezondheid, dienen aan te zetten tot nadenken over de rol van de huisarts in de aanpak van obesitas bij kinderen. Een aanpak, die volgens onderzoek, het meest efficiënt multidisciplinair verloopt (5, 12, 18-24).

De prevalentie van obesitas bij kinderen wordt vaak onderschat(20, 25), mede door onderdiagnose in de eerste lijn (26, 27) en de hulpvraag komt zelden van de kinderen en/of hun ouders(25, 28, 29). De huisarts is de aangewezen persoon om dit probleem aan te kaarten, context te interpreteren, ouders en omgeving te betrekken, en laagdrempelige opvolging te voorzien (5, 6, 11, 29). In de praktijk zien we echter dat een dergelijk multidisciplinair begeleidingsprogramma zelden opgestart en/of gecoördineerd wordt vanuit de eerste lijn (30). De begeleidingsprogramma's die bestaan, weliswaar voornamelijk in de tweede lijn,

kennen een groot probleem van uitval van deelnemers(31-35), vaak zelfs meer dan 50% (13, 34, 36-38). De redenen hiervan werden nog onvoldoende onderzocht(22, 34). Enkele internationale studies hebben een relatief hogere continuïteit van deelname aangetoond bij obesitas interventies binnen de eerstelijnszorg en/of de gemeenschapsomgeving(13).
Recent werd in België een zorgtraject opgestart voor kinderen van 2 tot 17 jaar met obesitas (12, 21, 39). Volgens het 'stepped care' programma van dit zorgtraject wordt de rol van de zorg voor kinderen met obesitas zonder uitgesproken comorbiditeiten , stadium 0 en 1 volgens het 'Edmonton obesity staging system in personalised care pathways for pediatrics' (EOSS-P 0-1), toebedeeld aan de eerste lijn(12, 40). Dit diagnosemodel evalueert 4 gezondheidsdomeinen (metabole, mentale, mechanische en sociale gezondheid) en brengt, in tegenstelling tot de BMI, eventuele comorbiditeiten en significante onderhoudende factoren van obesitas in kaart(12). Het zorgtraject biedt de mogelijkheid deze kinderen en jongeren met obesitas gratis te laten begeleiden door een diëtist vanuit de eerste lijn en zo nodig ook gratis advies in te winnen bij een gespecialiseerde obesitasteam, een 'pediatric multidisciplinary obesity center' (PMOC)(39). Maar hoe kunnen we als huisarts efficiënt bijdragen aan de multidisciplinaire zorg voor kinderen met obesitas in de eerste lijn?

1.3 Doelstelling: Wat is de perceptie van ouders en zorgverleners?

Er is nood aan onderzoek naar de perceptie van ouders (36, 41) en multidisciplinaire zorgverleners in de eerste lijn. Door de sleutelelementen (faciliterende factoren) alsook eventuele struikelblokken (belemmerende factoren) van een multidisciplinair begeleidingsprogramma voor kinderen met obesitas in de eerste lijn aan het licht te brengen, streven we naar het formuleren van concrete aanbevelingen voor het opstarten van een multidisciplinair begeleidingstraject voor kinderen met obesitas in de eerste lijn. Dit met als doel een betere kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Met het oog op de recente opstart van een zorgtraject voor kinderen, zou dit project een belangrijke bijdrage kunnen bieden aan een zo efficiënt mogelijke inzet van de eerste lijn om de alarmerende progressie van de obesitasepidemie ook bij kinderen mee een halt toe te roepen.

Dit onderzoek doelt op het identificeren van faciliterende en belemmerende factoren van een multidisciplinair begeleidingsprogramma voor kinderen met obesitas in de eerste lijn. Hierbij stellen we ons de vraag:
1. 'Wat is de meerwaarde van en welke elementen zijn aldus essentieel voor een multidisciplinaire benadering van obesitas bij kinderen in de eerste lijn?' Welke elementen zijn faciliterend en aldus essentieel voor patiënten, hun omgeving en zorgverleners bij het uitbouwen van een succesvol multidisciplinair traject in de eerste lijn voor kinderen met obesitas?
2. 'Wat zijn de eventuele struikelblokken van patiënten, hun omgeving en zorgverleners en aldus te vermijden elementen bij een multidisciplinair begeleidingsprogramma in de eerste lijn?'.

2. METHODE

Een oriënterend literatuuronderzoek enerzijds en een kwalitatief veldonderzoek anderzijds, dienen inzicht te geven in de bouwstenen (faciliterende en belemmerende factoren) voor een constructief haalbaar multidisciplinair begeleidingsprogramma ter behandeling van obesitas bij kinderen, binnen de eerste lijn.

Het onderzoek werd uitgevoerd door een huisarts in opleiding, in de verdere tekst aangeduid als de hoofdonderzoeker, en gevalideerd door een huisarts verbonden aan de vakgroep huisartsgeneeskunde van de VUB (copromotor) en het diensthoofd pediatrie die tevens functioneert als diensthoofd van het pediatrisch multidisciplinair obesitas (referentie)centrum (PMOC) te UZ Brussel (promotor), in zijn geheel in de verdere tekst aangeduid als de onderzoekers of het onderzoeksteam.

2.1 Literatuurstudie

Een oriënterend literatuuronderzoek voorzag het exploreren van literatuur betreffende de huidige zorgverlening omtrent de aanpak van obesitas bij kinderen.

De literatuurstudie bestond uit verschillende fasen. In een eerste fase baseerde men zich op reeds bestaande masterproeven van huisartsen in opleiding. Via de Icho databank werden 13 Vlaamse masterproeven geïdentificeerd, gerelateerd aan het onderwerp van deze studie met als zoektermen 'obesitas' of 'overgewicht' en/of als thema 'endocrinologie'.Daarnaast werden de bestaande richtlijnen rond obesitas bij kinderen onderzocht via 'Eetexpert', domus medica en EBPnet.

In een tweede fase werden relevante internationale bronnen verzameld. Men zocht alle relevante bronnen over faciliterende en belemmerende factoren bij begeleidingstraject voor kinderen met obesitas. Dit enerzijds door middel van een directe zoekopdracht via Pubmed (*zoek- en meshterms zie onder) waarbij na screening op titel en vervolgens abstract 16 relevante artikels werden weerhouden), en anderzijds indirect door toepassing van de snow-ball methode op zowel pubmed als researchgate.

*De MESH termen voor deze zoekopdracht via pubmed waren 'pediatric' , 'nutritional' en 'metabolic disease'. De zoektermen voor deze zoekopdracht via pubmed waren 'pediatric'/'juveline'/'infantile'/'child','weight'/'overweight'/'obeses'/'obesity'/'adipose'/'obesogenic','care'/'treatment'/'management'/'coordination'/'therapy','multidisciplinary'/'interdisciplinary'/'crossdisciplinary'/'transdisciplinary'/'integrative'/'collaborative'/'holistic'/'composite'/'cross-functional'.

2.2 Kwalitatief onderzoek

Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de mogelijke faciliterende en belemmerende factoren van een multidisciplinaire aanpak bij kinderen met obesitas in de eerste lijn, vanuit de beleving van ouders en zorgverleners.

2.2.1 Patiënt rekrutering

Er werd gekozen voor een kwalitatieve fenomenologische onderzoeksmethode aan de hand van semi-gestructureerde interviews georganiseerd in focusgroepen bij zorgverleners en ouders van kinderen met obesitas.

De keuze voor focusgroepen eerder dan individuele gesprekken werd gemaakt omdat de onderzoeksgroep ervan overtuigd is dat 1) het samenbrengen van gelijkgezinden (zorgverleners of ouders) kan stimuleren tot het delen van ervaringen 2) dit discussie mogelijk maakt in geval van verschillende meningen en aldus bevorderend werkt wat betreft het identificeren en uitdiepen van faciliterende en belemmerende factoren 3) dit bevorderend kan zijn voor het creatief oplossend denken

en aldus tot meer duurzame bouwstenen zal leiden voor de geïdentificeerde faciliterende en belemmerende factoren.

De onderzoeksgroep hechtte belang aan het includeren van deelnemers uit 3 subdoelgroepen (zie tabel 1), met name medische zorgverleners, niet-medische zorgverleners behorend tot de niet-familiale omgeving van kinderen met obesitas en ouders behorende tot de familiale omgeving. Dit om een voldoende onderbouwd oordeel te kunnen vormen over faciliterende en belemmerende factoren bij multidisciplinaire begeleiding van kinderen met obesitas, op basis van verschillende invalshoeken en samenwerkingspartners. Om voldoende diversiteit bij de deelnemers te verzekeren, hanteerde de onderzoeksgroep 'purpose sampling' binnen deze 3 subdoelgroepen. De rekruteringssites werden geselecteerd op basis van connecties die de onderzoekers hadden. De techniek van doelgericht kandidaten rekruteren had de voorkeur omdat de onderzoekers een zo concreet mogelijk beeld wilden krijgen van de regio waarin ze samenwerken (huisartsenpraktijk 'Medileeuw' en interdisciplinaire zorgverleners binnen eerstelijnszone 'Zennevallei' in samenwerking met het PMOC referentiecentrum te UZ Brussel).

De beoogde studiepopulatie werd opgebouwd uit onderstaande 3 subdoelgroepen:

1. Zorgverleners met ervaring in het begeleiden van kinderen met obesitas: Enerzijds, zorgverleners met een directe medische zorgfunctie in de eerstelijnszone 'Zennevallei' (huisarts, sportarts, diëtist, psycholoog, kinesist, bewegingscoach binnen de organisatie 'Bewegen op verwijzing', praktijkverpleegkundige, arts/verpleegkundige/ergotherapeut/psycholoog bij het CLB, arts/verpleegkundige bij 'Huis van het kind', wijkapotheek verbonden aan het regionale medisch-farmaceutisch overleg (MFO), psychiater/psycholoog/wetenschappelijk werker bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)) of in de tweede lijn (pediater-endocrinoloog, kinesist, psycholoog, diëtist, sociaal assistente) verbonden aan de afdeling pediatrie te UZ Brussel.
2. Anderzijds, *zorgverleners met een niet-medische zorgfunctie binnen de eerstelijnszone 'Zennevallei' (zorgjuf op school, begeleider tijdens vrijetijdsbesteding activiteiten zoals de sportclub).
3. Ouders van kinderen met obesitas, ingeschreven elektronisch medisch dossier (EMD) in huisartsenpraktijk 'Medileeuw', te Sint-Pieters-Leeuw, die de huisarts consulteren omwille van obesitas. Hierbij wordt obesitas door alle artsen in deze huisartsenpraktijk beoordeeld door de BMI ten opzicht van leeftijdsgenoten, volgens de nieuwe Vlaamse curven voor kinderen van 2 tot en met 5 jaar(3) en volgens de oude Vlaamse curven voor kinderen van 6 tot 17 jaar(42). De curves die op 18-jarige leeftijd de BMI-grenzen van 30 bereiken, geven de grenswaarden van obesitas aan(40).

Tabel 1: omschrijving van de 3 subdoelgroepen van de studiepopulatie

*Met *'niet-medische zorgverleners'* worden zorgverleners zonder medisch beroep bedoeld, die deel uitmaken van de omkadering van kinderen met obesitas (bijvoorbeeld zorgjuf op school, sportcoach, scoutsbegeleider, gemeentelijke zorgcoördinator,…).

Er werd gedoeld op een zo kwalitatief mogelijke samenstelling van deze focusgroepen zonder menging van deelnemers uit de 3 verschillende rekruteringssites (zorgverleners met direct medische of niet-medische zorgfunctie binnen eerstelijnszone 'Zennevallei', binnen tweedelijns referentiecentrum (PMOC) te UZ Brussel en ten derde ouders met een kind ingeschreven in huisartsenpraktijk 'Medileeuw' te Sint-Pieters-Leeuw). Immers is de onderzoeksgroep van mening dat de 3 beoogde subpopulaties in een gemengde focusgroep tot bias van onderzoeksresultaten zou kunnen leiden omwille van belemmeringen zoals het niet begrijpen van vakjargon (in geval van de ouders), of het niet ter beschikking hebben van dezelfde ervaring en middelen (medische en niet-medische zorgverleners uit de eerste versus de tweede lijn).

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
• Reeds in contact gekomen zijn met het begeleiden van kinderen (leeftijd 2 tot en met 17 jaar) met obesitas.	• Geen van volgende talen spreken: Nederlands, Engels of Frans. • Ouders van een kind met obesitas, dat niet is ingeschreven (met EMD) in huisartsenpraktijk 'Medileeuw', te Sint-Pieters-Leeuw.

Tabel 2: Inclusie- en exclusiecriteria

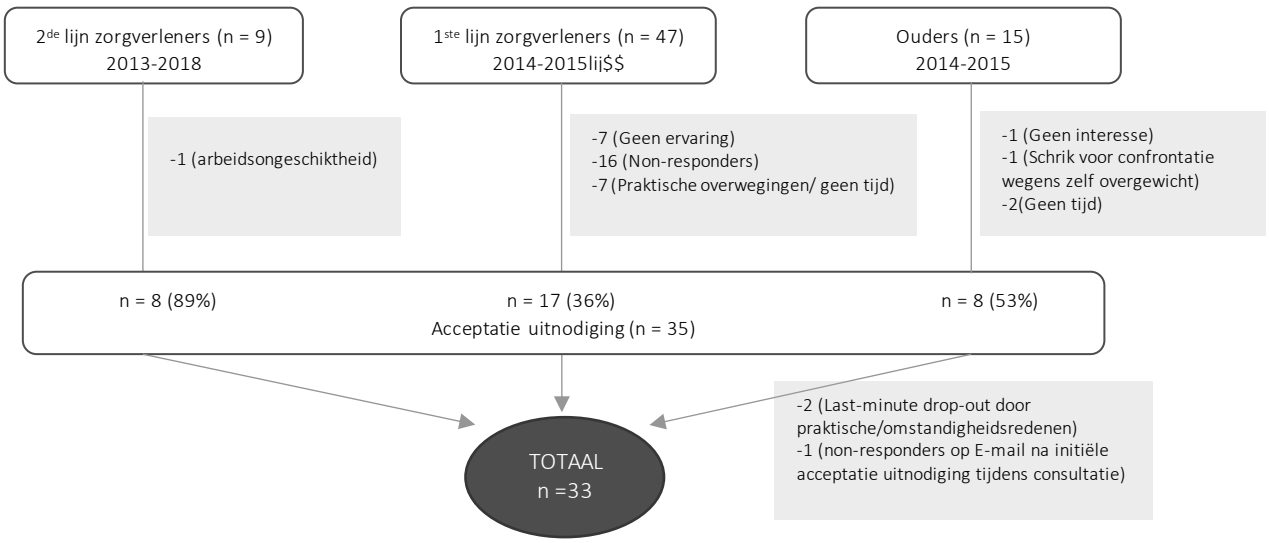
Het rekruteringsproces was tweezijdig. Enerzijds werden relevante zorgverleners die tot een van bovenstaande doelgroepen/organisaties behoren binnen de eerstelijnszone 'Zennevallei' (Na voorselectie door het onderzoeksteam werd de uiteindelijke selectie bepaald na overleg tussen het bestuur van deze zorgraad regio 'Zennevallei' en huisartsenpraktijk 'Medileeuw' te Sint-Pieters-Leeuw) , alsook zorgverleners uit de tweede lijn op de afdeling pediatrie te UZ Brussel (selectie werd gemaakt na overleg binnen het onderzoeksteam) persoonlijk per e-mail aangeschreven door respectievelijk de hoofdonderzoeker of de promotor. Anderzijds werden ouders van kinderen met obesitas, met EMD ingeschreven als patiënt in huisartsenprakijk 'Medileeuw', die tijdens de consultatie een zorgvraag uiten omtrent het gewicht van hun kind, eerst rechtstreeks aangesproken door hun huisarts met de vraag tot deelname aan dit onderzoek en vervolgens per e-mail door de hoofdonderzoeker. De E-mails omvatten steeds de informed consent formulieren en geïncludeerde toelichting van het onderzoek.

Voor deelname aan de focusgroepen werden 8 tweedelijnszorgverleners, 47 eerstelijnszorgverleners per E-mail en 15 ouders tijdens de consultatie uitgenodigd. Uiteindelijk waren 33 personen bereid en effectief in staat tot deelname (rekruteringsprocedure deelnemers zie figuur 1). Maar liefst 64% van de gecontacteerde eerstelijnszorgverleners kon niet deelnemen omwille van volgende redenen:

-7 (Geen ervaring): 1 kinesist, 1 coördinator 'Huis van het kind', 2 gemeenteverantwoordelijke werkgroep preventiewerking 'Zennevallei', 3 psychologen die met kinderen werken

-16 (Non-responders): 1 diëtist,1 kinesist, 1 ergotherapeute CLB, 3 apothekers, 1 CLB arts, 1 maatschappelijk werker bij 'CGG' Halle, 1 verpleegkundige kind en gezin, 4 sportfunctionarissen Gemeente, 1 bewegingscoach, 2 psychologen die met kinderen werken

-7 (Praktische overwegingen/ geen tijd): 1 diëtist, 3 psychologen waaronder 1 die werkt bij 'CGG', 1 verantwoordelijke eerstelijnszone 'Zennevallei' , 1 coördinator 'Ligo' Halle, 1 jongerenmedewerker JAC



Figuur 1: Rekruteringsprocedure deelnemers

*Waarden uitgedrukt in aantallen (n (% van oorspronkelijke gecontacteerde aantal (n) per subdoelgroep))

2.2.2 Datacollectie/Opbouw van de interviews

Alle focusgroepgesprekken werden gemodereerd door de hoofdonderzoeker, er was behalve deze en de deelnemers geen andere observator aanwezig. De focusgroepgesprekken vonden plaats in een vergaderzaal te UZ Brussel (tweedelijnszorgverleners) of huisartsenwachtpost van regio 'Zennevallei' te Buizingen (eerstelijnszorgverleners, ouders) met uitzondering van 1 focusgroepgesprek dat online plaatsvond om tegemoet te komen aan een praktische barrière, met name tijdsgebrek van de deelnemers (eerstelijns zorgverleners).

Elk interview begon met een korte inleiding over het doel van de studie en het verloop van het interview. Deelnemers ondertekenden een informed consent formulier. Als leidraad voor de semigestructureerde interviews in focusgroepen werden, op basis van 'brainstorming' in de onderzoeksgroep, richtinggevende vragen opgesteld (bijlage IV). Tijdens elk gesprek werd gepolst naar de perceptie van obesitas bij kinderen, ervaring met het begeleiden van kinderen met obesitas, alsook de perceptie omtrent multidisciplinaire begeleiding in de huisartsenpraktijk. Hierbij spitsten de onderzoekers zich vooral toe op wat volgens de deelnemers goed (faciliterende factoren) of minder goed (belemmerende factoren) verloopt en hoe het dan volgens hen best wel zou verlopen

2.2.3 Data analyse

De gesprekken tijdens deze focusgroepen werden opgenomen. Resultaten hiervan werden, met goedkeuring van elke deelnemer via de informed consent formulieren die vooraf getekend werden, handmatig door de hoofdonderzoeker getranscribeerd, geanonimiseerd (waarbij elk identificatiekenmerk van de deelnemers werd gewist en hun namen werden gecodeerd), gelabeld en handmatig thematisch geanalyseerd door de hoofdonderzoeker in samenwerking met het onderzoeksteam.

Na het uitschrijven werden de transcripten (met coderingssleutel) niet standaard aan de deelnemers bezorgd voor verbetering of aanvulling van hun persoonlijke antwoorden. Wel werden de deelnemers mondeling uitgenodigd tot contactopname voor nazicht en aanpassingen, maar hier kregen de onderzoekers geen respons op.

De thematische analyse verliep volgens de COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative studies) richtlijn (43) en naar het voorbeeld van Braun en Clarke (44, 45). De hoofdonderzoeker codeerde de interviews door middel van handmatige thematische analyse met behulp van Excel. Hierbij werden handmatig geïdentificeerde codes in Excel per focusgroepgesprek gesorteerd en in de passende kolom faciliterende dan wel belemmerende factoren ondergebracht.

Initieel werden de interviews niet door 2 afzonderlijke onderzoekers gecodeerd. Het coderingsproces werd door het onderzoeksteam gereviseerd en gecorrigeerd en leidde tot het bepalen van thema's en subthema's, na de eerste 2 focusgroepgesprekken.

Gedurende een tweede onderzoeksteam meeting, na het voltooien van alle 5 de focusgroepgesprekken, werden de codes en thema's en eraan gekoppelde gespreksfragmenten opnieuw bediscussieerd en de door de hoofdonderzoeker voorgestelde gemeenschappelijke codeboom gecorrigeerd. Hierbij werd een cut-off van minstens 2 focusgroepdiscussies (FGD) toegepast. Aldus werd een code opgenomen in de finale codeboom (bijlage III) wanneer deze in minstens 2 FGD voorkwam. De codeboom (bijlage III) werd na afloop van de analyse aan de bestaande literatuur getoetst.

2.2.4 Ethische aspecten

Deze kwalitatieve studie, van het type interventionele studie zonder gebruik van medisch apparatuur, werd opgestart na goedkeuring door de Commissie Medische Ethiek UZ Brussel-VUB (bijlage I). Geïnformeerde, expliciete toestemming gebeurde steeds schriftelijk, aan het begin van elk focusgroepgesprek of vooraf per mail in geval van het online focusgroepgesprek. De vertrouwelijkheid van de gegevens van de deelnemers, werd in deze studie gegarandeerd. De audiobestanden werden door de hoofdonderzoeker immers op geanonimiseerde wijze getranscribeerd, waarbij eigen namen door codes werden vervangen en alle identificatiegegevens werden verwijderd. De audiobestanden werden na transcriptie verwijderd. De volledige dataset (trascriptiebestanden) wordt vernietigd 10 jaar na publicatie van het onderzoeksrapport of ten laatste op 30/04/2034.

3. RESULTATEN

3.1 Studiepopulatie: karakteristieken van de deelnemers

We voerden 5 focusgroepgesprekken uit, elk bestaande uit 4 tot 8 deelnemers. In volgorde van uitvoering namen er 8 tweedelijnszorgverleners deel in groep 1, 8 en 9 eerstelijnszorgverleners in respectievelijk groep 2 en 3, 2 keer 4 ouders in groep 4 en 5. Een focusgroepgesprek duurde gemiddeld 105 minuten met een spreiding van 68 tot 128 minuten. Geïdentificeerde faciliterende en belemmerende factoren uit de laatste 3 focusgroepgesprekken (inclusief de 2 focusgroepen met ouders) konden allen worden ondergebracht onder reeds geïdentificeerde categorieën (bestaande thema's of subthema's). Dit suggereerde voldoende datasaturatie.

Demografisch kenmerk		2de lijn zorgverlener (N (%))	1ste lijn zorgverlene met directe of niet medische functie (N (%))	Ouder van kind met obesitas (N (%))	Totaal (N (%))
Aantal deelnemers (N (%))	/	8 (100%)	17 (100%)	8 (100%)	33 (100%)
Geslacht	Man	1 (12)	7 (41)	2 (25)	10 (30)
	Vrouw	7 (87)	10 (59)	6 (75)	23 (70)
Leeftijd (jaar) kind met obesitas van deelnemende ouder	2-5	/	/	0 (0)	0 (0)
	6-9	/	/	2 (25)	2 (25)
	10-13	/	/	4 (50)	4 (50)
	14-17	/	/	2 (25)	2 (25)
	NVT	8 (100)	17 (100)	/	25 (77)
Nationaliteit	Belg	8 (100)	16 (94)	4 (50)	4 (50)
	Andere nationaliteit	/	1 (6)	4 (50)	4 (50)
Zorgberoep	**Direct medisch:**	7 (87)	9 (53)	/	16 (48)
	➢ Huisarts	/	2 (12)	/	2 (6)
	➢ Pediater	3 (37)	/	/	3 (9)
	➢ CLB arts	/	2 (12)	/	2 (6)
	➢ Verpleegkundige	1 (12)	2 (12)	/	3 (9)
	➢ Diëtist	2 (25)	2 (12)	/	4 (12)
	➢ Psycholoog	1 (12)	/	/	1 (3)
	➢ Apotheker	/	1 (6)	/	1 (3)
	Niet-medisch zorgberoep:	1 (12)	8 (47)	/	9 (27)
	➢ Bewegingscoach	/	4 (23)	/	4 (12)
	➢ Jeugdmedewerker JAC	/	1 (6)	/	1 (3)
	➢ Jeugdmedewerker school	/	2 (12)	/	2 (6)
	➢Voedselpakkettenverdeler	/	1 (6)	/	1 (3)
	NVT	/	/	8 (100)	8 (24)
Ervaring met multidisc-iplinaire begeleiding van kinderen met obesitas	➢ in de tweede lijn	8 (100)	/	2 (25)	10 (30)
	➢ In de eerste lijn	/	12 (71)	6 (75)	18 (55)

Tabel 3: Demografische gegevens van de studiepopulatie

*Waarden worden uitgedrukt in absoluut (%) aantal van totale aantal deelnemers per subcategorie 2de lijn zorgverlener / 1ste lijn zorgverlener / ouder).

**NVT (niet van toepassing): dit betreft de deelnemende ouders, waarvan het beroep niet werd nagevraagd

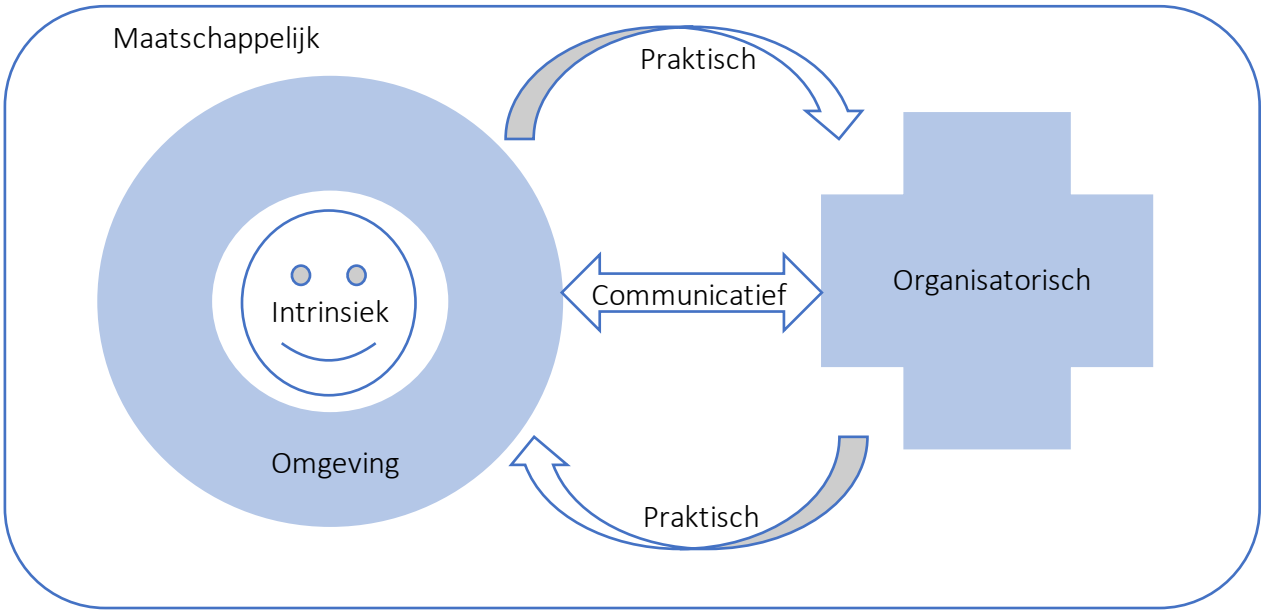
*** ondanks hun achtergrond en opleiding als verpleegkundige, fungeren zij in de tweede lijn beiden als sociaal en coördinerende zorgverlener (sociale verpleegkundige en nieuwe zorgcoördinator obesitas)

**** jeugdmedewerker school: internaatdirecteur, zorgjuf

In totaal namen 25 zorgverleners, waarvan 8 werkzaam in de tweede lijn (PMOC UZ Brussel) en de overige 17 in de eerste lijn (eerstelijnszone 'Zennevallei'), waarvan 5 deelnemers (huisartsen, verpleegkundigen en 1 schoolmedewerker) vooraf reeds gekend waren door de hoofdonderzoeker en 8 ouders van een kind met obesitas (met EMD in huisartsenpraktijk 'Medileeuw' te Sint-Pieters-Leeuw), uitgenodigd door de hoofdonderzoeker na consultatie bij de hoofdonderzoeker (3 van de 8 kinderen) of een collega huisarts (5 van de 8 kinderen) met vraag tot bespreking van gewicht op initiatief van de patiënt en/of diens ouder) deel aan de focusgroepgesprekken (demografische gegevens zie Tabel 3).

3.2 Inhoudelijke analyse van de focusgroepgesprekken

De analyse van de focusgroepdiscussies leidde tot de volgende hoofdelementen of thema's: Intrinsieke factoren van het kind, omgevingsfactoren, praktische factoren, organisatorische factoren, communicatieve factoren en maatschappelijke factoren. Figuur 2 geeft de relatie tussen de verschillende thema's weer. Deze elementen zullen hieronder verder toegelicht worden.



Figuur 2: Overzicht van de thema's en subthema's

Schematische weergave van de thema's (subthema's) waartoe de belemmerend en bevorderende factoren behoren, in relatie tot elkaar: Intrinsieke factoren van het kind (smiley: inzicht/ begrip, motivatie, ernst, gedrag), omgevingsfactoren (blauwe cirkel: ouders en gezin, groep leeftijdsgenoten, grootouders), praktische factoren (pijl naar rechts en links: toegankelijkheid zorg, financieel), organisatorische factoren (kruis: beleid, multidisciplinaire samenwerking, beweging), communicatieve factoren (pijl in beide richtingen: gesprekstechnieken, taal en cultuur), maatschappelijke factoren (blauw omringend kader: media & marketing, school & gemeente, politiek & preventie).

3.2.1 Intrinsieke factoren van het kind

3.2.1.1 Inzicht/begrip

In alle FGD werd het bewustzijn van het kind met betrekking tot diens obesitas en de daaraan verbonden gezondheidsrisico's vernoemd als faciliterende factor. Daarentegen werd gebrek aan ziekte-inzicht van het kind als sterk belemmerend gezien voor de doeltreffendheid van de behandeling en continuïteit in follow-up. Educatie kan een oplossing bieden (FGD zorgverleners 3/3), waarbij het kind uitleg krijgt over de mogelijke klachten die obesitas met zich mee kan brengen, nu en in de toekomst.

"Een kind merkt het verschil wel op met zijn vrienden maar ervaart dit niet als iets negatief."(ouder)

"Mijn dochter ziet wel dat ze dikker is dan haar vriendinnen maar zij is dit ook snel weer vergeten en begrijpt het risico niet. Maar wanneer haar oma dan diabetes kreeg, dan werd het minder abstract." (ouder)

Ouders merken in een van de FGD dan weer voornamelijk een te jonge leeftijd op als barrière (FGD ouders 2/2), waarbij 14 jaar als een kantelpunt aangeven wordt. Enkelen van deze ouders geven aan hulpverlening bij voorkeur te laten starten na de leeftijd van 14 jaar omdat het kind dan volgens hen zelf hulpverlening kan initiëren en beter begrijpen. Andere ouders wijzen dan weer op het voordeel van vroeger ingrijpen alvorens slechte gewoonten zich hebben geïnstalleerd.

"Toen ze 14 jaar was werd het makkelijker om hulp te zoeken, vanaf 14 beginnen ze het zelf te begrijpen." (ouder)

"Langs de andere kant zou het goed zijn om in te grijpen vooraleer slechte gewoonten zich hebben geïnstalleerd." (ouder)

3.2.1.2 Motivatie

2 van de 3 FGD met zorgverleners merken op dat kinderen of hun ouders zelden consulteren voor obesitas bij het kind, nochtans zijn zij het er net als alle ouders over eens dat als kind zelf initiatief neemt naar behandeling, consultatie bij een diëtiste en een sportclub toe, dit doorslaggevend is in het succes ervan. Enkel consulteren omwille van een doorverwijzing wordt als erg belemmerend ervaren (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 1/2). Zorgverleners geven als oplossing het geven van gepersonaliseerde adviezen vertrekkende vanuit de beleving van het kind (wat doet het kind graag, waar heeft het last van, wat ziet het zitten?)

"zolang die klik er niet komt…je kan een kind niet dwingen als het niet gemotiveerd is." (ouder)

Meer nog, zowel zorgverleners (2/3 FGD) als ouders (2/2 FGD) geven aan dat wanneer een kind geen last heeft van de aanwezige obesitas, dit erg belemmerend is voor diens motivatie. Als oplossing geven zorgverleners het gebruik van motivationele gespreksvoering vertrekkende vanuit de klachten van het kind (FGD zorgverlener 2/3).

"Als het kind zelf geen probleem heeft met zijn gewicht ontbreekt de intrinsieke motivatie, je moet obesitas aanpakken op persoonlijk niveau." (tweedelijnszorgverlener)

Beide FGD met ouders waartegen 1 FGD met zorgverleners vernoemden **leeftijd** als belangrijke parameter voor motivatie. Hierbij werden kinderen van 0 tot 12 jaar omschreven als meestal intrinsiek wel gemotiveerd, meer beïnvloedbaar, met gewoonten die aldus makkelijker te veranderen zijn. Daarentegen was men van oordeel dat een leeftijd van 13 tot 18 jaar vaak gepaard gaat met een gebrek aan motivatie om te bewegen of op de voeding te letten. Enkele ouders en zorgverleners leggen de links met een mogelijke oplossing tot inspelen op de verschillende contextuele invloedmogelijkheden. Daar waar de ouders en de school nog een grote ondersteunende invloed hebben bij kinderen op lagere schoolleeftijd, speelt op middelbare schoolleeftijd vooral de peerinvloed een rol, zo stellen ze.

"Een kind wil wel graag bewegen, wil meekunnen met zijn vrienden en past zich ook gemakkelijker aan." (ouder)

"Een kind wil van nature uit bewegen. Meestal zijn kinderen intrinsiek wel gemotiveerd om te bewegen tot 12 jaar. Daarna is er vaak gebrek aan motivatie om te bewegen of op de voeding te letten." (eerstelijnszorgverlener - Bewegingscoach)

3.2.1.3 Ernst obesitas

Ouders en zorgverleners zijn het erover eens dat de aanwezigheid van complicaties en/of onderliggende aandoeningen belemmerend is voor de doeltreffendheid van de aanpak van obesitas bij deze kinderen (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2), ten opzichte van kinderen met primaire obesitas zonder complicaties. 1 FGD met zorgverleners en 1 FGD met ouders halen autisme aan als voorbeeld van zo een

onderliggende aandoening. Verschillende ouders in beide FGD en geen van de zorgverleners halen groei- en eetstoornissen in de voorgeschiedenis of angst voor het induceren ervan bij het kind aan als erg belemmerend voor de aanpak van het obesitas.

"Mijn dochter was dysmatuur geboren en had veel eetproblemen, op haar 6 maanden is ze dan opgenomen geweest, toen kreeg ze sondevoeding. Nadien was ik al blij dat ze at, nu heb ik soms nog schrik als ze niet genoeg eet." (ouder)

"Met een voedselallergie moet je wel opletten wat je eet, maar nu is dat beter en leest hij nog altijd alle ticketjes in de supermarkt. Als je dan nog over het gewicht gaat beginnen heb ik schrik dat je ze in een eetstoornis duwt." (ouder)

"Een sterk positieve familiale anamnese van obesitas en cardiovasculair metabole ziekten vergen een meer intensieve behandeling. Daarentegen zijn er aanwijzing dat het doorvoeren van gecombineerde levensstijlinitiatie makkelijker kan zijn bij individueel obesitas." (tweedelijnszorgverlener)

3.2.1.4 Gedrag

Enkele gedragsfactoren werden door zorgverleners en/of ouders als beïnvloedende factoren geïdentificeerd. De meest vernoemde belemmerende factor was schaamte (FGD zorgverleners2/3, FGD ouders 2/2), waarbij het betrekken van een psycholoog als essentieel werd beschouwd (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 2/2). Ten tweede werd kopieergedrag als mogelijke belemmerende (FGD zorgverleners 1/3 en FGD ouders1/2) of als bevorderende factor (FGD zorgverleners 1/3 en FGD ouders) aangehaald. Om hierop in te spelen werd er gedacht aan gezondheidsadviezen gericht op het hele gezin en het aanleren van inclusiviteitstips aan leerkrachten en sport- en vrijetijdsbegeleiders met een voorbeeldfunctie (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2). Daarnaast werd eten zonder respecteren van het hongergevoel door heel wat ouders en enkele zorgverleners als belemmering gezien (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 2/2). Tot slot werd sedentair gedrag (computer, games) door enkele ouders en zorgverleners (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2) als belemmering vernoemd, waarbij gedacht werd aan virtual reality en gaming bewegingstherapie (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2).

"Ik heb mijn dochter een tijd lang gevraagd of ze mee wou naar de fitness. Maar ja een fitnesscenter dat schrikt af he, nu vraag ik het haar niet meer het moet vanuit haarzelf komen denk ik dan, ik kan haar niet verplichten." (ouder)

"Mijn dochter kwam thuis en vroeg ineens: 'mama mag ik een appel?'. Ze heeft appel en spaghetti leren eten bij een vriendin, niet bij ons thuis." (ouder)

"Kinderen met obesitas hebben vaak geen rem op hun hongergevoel, ze kunnen bijvoorbeeld eten om te ontspannen of als copingmechanisme, het eetgedrag kan erg verschillen." (eerstelijnszorgverlener)

3.2.2 Omgevingsfactoren

3.2.2.1 Motivatie en steun gezin

Een sterk en actief gezinsnetwerk waarbij zowel de ouders als het kind gemotiveerd zijn is bevorderend voor de behandeling van obesitas volgens de zorgverleners (FGD zorgverleners 3/3). Daarentegen geven bijna alle zorgverleners en ouders aan dat een gebrek aan motivatie bij de ouders of 1 van beide ouders zeer belemmerend is voor de behandeling (FGD ouders 2/2). Ook het ontbreken van gemeenschappelijk gezinsfunctioneren (samen gezond eten, samen sporten) en/of het hebben van gescheiden partners wordt als erg belemmerend gezien (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2). Als oplossing wordt het betrekken van hele gezin inclusief de eventuele ex-partner voorgesteld (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2).

'Betrokkenheid van het gezin en een meegaand sociaal netwerk is heel belangrijk. En vooral de steun van de ouders, het zijn zij die het moeten zien zitten om hen te brengen.' (Tweedelijnszorgverlener FGD 1)

De aanwezigheid van overgewicht bij een of meerdere ouders wordt algemeen als belemmerend gezien voor de aanpak van obesitas bij het kind (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2). Zowel zorgverleners als ouders zelf geven aan dat ouders vaak niet zelf geconfronteerd willen worden met hun overgewicht (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2). Nochtans zeggen sommige zorgverleners dat een ouder die zelf last heeft van diens overgewicht of de consequenties ervan bevorderend kan zijn voor de aanpak van obesitas bij het kind (FGD zorgverleners 2/3).

"Een ouder die ook overgewicht heeft geeft vaak een muur van onbegrip." (eerstelijnszorgverlener FGD 2)

"Ouders die geen levensstijl aanpassingen wensen door te voeren zijn vaak weinig betrokken ouders." (tweedelijnszorgverlener FGD 1)

"Praktisch gezien, als we willen dat onze kinderen gezond opgroeien, zijn wij ouders de eersten die onze eetgewoonten en onze vooroordelen moeten inventariseren en bereid moeten zijn om geholpen te worden." (ouders)

Als oplossing stellen ouders het sensibiliseren van de kinderen voor zodat zij indirect de ouders mee op sleeptouw nemen (FGD ouders 2/2). Zorgverleners zien het anders, zij stellen voor om ouders samen te brengen gezien deze volgens hen elkaar kunnen motiveren (FGD zorgverleners 2/2).

Zorgverleners geven aan dat het beschouwen van obesitas louter en alleen als iets familiaal of genetisch erg nefast is voor de motivatie van de ouders (FGD zorgverleners 2/3). Enkele ouders in beide FGD met ouders geven inderdaad aan te denken of een tijdlang te hebben gedacht dat obesitas bij hun kind familiaal is en aldus geen actie vergt.

"Tot haar 10 jaar dacht ik altijd 'ze zal eruit groeien', want mijn echtgenoot was ook obees als kind en is eruit gegroeid', dus ik had de indruk 'dat is iets genetisch'."(ouder)

"Genetica bespreken kan soms moeilijk zijn." (eerstelijnszorgverlener-verpleegkundige)

"Als de ouder obesitas ziet als 'het zit in de familie, niks aan te doen', dan is het kunnen inschatten van gezondheidsrisico's des te belangrijk."(tweedelijnszorgverlener)

Zorgverleners geven tevens aan dat ouders vaak een verkeerde perceptie hebben omtrent voeding en obesitas (FGD zorgverleners 2/3), ouders geven aan dat ze soms niet goed weten hoe gezonde voeding aan te leren (FGD ouders 2/2). Als oplossing wordt gezondheidseducatie omtrent gezonde voeding en obesitas met de eraan verbonden gezondheidsrisico's voor de ouders voorgesteld (FGD zorgverleners 1,3).

"Als ouder probeer je maar je beseft wel, het goede voorbeeld zetten lukt niet altijd. Je geeft aan je kind door wat je zelf aangeleerd hebt en vooral wat je onbewust zelf doet." (ouder)

Wanneer ouders dan met hulpverlening in aanraking komen hebben ze vaak verkeerde of onvoldane verwachtingen van het zorgaanbod (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2). Het zijn de ouders die dan ook hameren op het vooraf overeenstemmen van verwachtingen tussen ouders en zorgverleners onderling (FGD zorgverleners 2/2).

"Eerst heeft mijn dochter een diëtiste gehad en die heeft niet veel geholpen. Alles wat zij toen meldde had ik al gezegd dus zijn we gestopt na een tijd want het bracht niks bij." (ouder)

"De diëtiste had enkele goede ideeën in het begin maar eens ze zag dat haar methode niet werkte paste ze die niet aan. Ze gaf enkel een lijstje van wat mijn kind niet mocht eten en zei 'wandel wat', maar dat sporten goed is weet een ouder al." (ouder FR)

➢Visie obesitas

Hoewel ouders (2/2 FGD) aangeven dat langdurige of een zichtbaar grote mate van obesitas voor hen een motivator is en aldus een bevorderende factor voor de aanpak van obesitas bij hun kind, denken zorgverleners net het tegenovergestelde, namelijk dat het reeds lange tijd hebben van obesitas een belemmerende factor is voor het succes van de behandeling.

"Als ze volgens ouders 'altijd al dit gewicht' hebben, is het moeilijk." (zorgverleners FGD2)

"Als ze na veel pogingen nog steeds te veel wegen of het gewicht is heel hoog (morbide obesitas), of er zijn complicaties, dan vind ik dat er iets mee moet gedaan worden. Of eerder , als het kind er zelf last heeft of vragende partij is." (ouders)

Daarenboven ervaren zowel ouders als zorgverleners een objectivering van de ernst van obesitas als een bevorderende factor voor de aanpak ervan. Al verschilt de methode van objectivering tussen de verschillende zorgverleners onderling. Meer precies geven de tweedelijnszorgverleners aan de EOSS-P classificatie (FGD zorgverleners 1/3, FGD tweedelijnszorgverleners 1/1) te hanteren en de eerstelijnszorgverleners de BMI groeicurven of percentielen (FGD zorgverleners 2/3). Nochtans geven ouders aan de BMI alleen als gelimiteerd en aldus belemmerend te ervaren. (FGD ouders 1/2), en benadrukken zij het identificeren van mogelijke complicaties door middel van bijvoorbeeld een bloedonderzoek in aanvulling op de visuele groeicurven (FGD ouders 2/2).

" bezorgdheid obv bloed analyse, mobiliteit, bij negatief effect op gezondheid van het kind ;

"Een kind heeft hulp nodig als die er last heeft van bijvoorbeeld de mobiliteit, bij overdreven gedrag of gewicht, uit schrik voor pesten of bij bewezen medische risico's." (ouder)

Het niet goed voelen van een kind omwille van diens gewicht werd unaniem door alle bevraagde ouders (FGD ouders 2/2) als bevorderende factor voor de motivatie van de ouders geïdentificeerd, om ondersteuning te bieden en/of tot actie over te gaan. Een kind dat gelukkig is en geen last ervaart van diens gewicht, of de visie van de ouders hieromtrent an sich is aldus erg doorslaggevend en belemmerd voor de deelname van het kind aan een multidisciplinair begeleidingsprogramma voor obesitas.

"Dat mijn kind zich goed voelt in zijn lichaam, dat is het allerbelangrijkste. Als mijn kind gelukkig is en er geen last van heeft, waarom zou ik daar als ouder dan in tussenkomen?" (ouder)

3.2.2.2 Grootouders

Heel wat zorgverleners en ouders halen de grootouders aan als omgevingsfactor, immers geven ze aan dat deze vaak niet betrokken worden bij de voedingsrichtlijnen (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2).

"Kinderen eten ook vaak bij de grootouders, die niet achter het beleid staan." (tweedelijnszorgverleners)

"Grootouders gaan anders om met kleinkinderen dan met hun eigen kinderen, er is een 'beloningscultuur', ik heb hier als ouder geen controle over." (ouder NL)

3.2.2.3 Vrienden/groep

Een goede groepsdynamiek wordt door veel zorgverleners en bovenal door de ouders als zeer bevorderend gezien voor de aanpak van obesitas (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2). Daartegenover werd een geïsoleerd kind (pestgedrag, schaamte, een kind als individu) als belemmerende factor benoemd (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2) die onder andere een hogere bewegingsdrempel met zich meebrengt en in de hand kan gewerkt worden door pestgedrag (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 2/2). Die laatste wordt erg gevreesd door ouders.

"In mijn ervaring als internaatdirecteur vind ik het heel bevorderend dat ik een groot deel van de groep erbij kan betrekken. Hierdoor blijft de motivatie hoog bij de te begeleiden jongeren." (eertelijnszorgverlener - internaatdirecteur)

"Een sterk sociaal vangnet, met kinderen en jongeren die samen kunnen gaan sporten of iets nieuws eten omdat de ander dat wel lust , dat geeft steun en motivatie." (eerstelijnszorgverlener)

3.2.3 Praktische factoren

3.2.3.1 Toegankelijkheid zorg

Hoewel tweedelijnszorgverleners de afstand tot het ziekenhuis-behandelingscentrum als een belemmerende factor benoemen specifiek voor de tweede lijn (FGD zorgverleners 1/3), wordt afstand tot een professionele hulpverlener in de eerste lijn niet letterlijk benoemd. Wel brengen heel wat zorgverleners en sommige ouders de laagdrempeligheid van een multidisciplinair aanbod binnen de eerste regio ter sprake (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 1/2) als bevorderlijk , al geven sommigen aan dat de sportclub te ver weg is (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2. Ouders vinden verkorting van de afstand tot hulpverlening aan huis belemmerend en wensen dit absoluut niet (FGD ouders 2/2).

"We laten het kinevoorschrift liefst door de huisarts opstellen. Dat kost niet veel, het is dichtbij en een laagdrempelige start om te sporten." (Tweedelijnszorgverlener)

"We kunnen laagdrempelig workshops in eigen omgeving organiseren die zorgen dat je een breder publiek bereikt doordat je nauw kan aansluiten bij hun leefwereld. Bijvoorbeeld een kookworkshop met ingrediënten uit eigen cultuur tijdens de taalles in het ontmoetingscentrum." (eerstelijnszorgverlener)

"Ik zal zelf wel naar de hulpverlening gaan… ik wil geen vreemde in huis want dat is haar 'safe zone', als het dan een negatieve ervaring is, is dat gekoppeld aan haar thuis." (ouder)

Tweedelijnszorgverleners halen de timing van consultatiemogelijkheden, namelijk de lange wachttijden alsook het steeds doorgaan ervan binnen de schooluren, aan als belemmerende factoren specifiek voor het tweedelijnscentrum. Zorgverleners in de eerste lijn en ouders daarentegen, halen frequent onvoldoende tijd van respectievelijk zorgverleners en ouders aan als belemmerende factor (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2).

"Ik heb vaak het gevoel 'alles valt op ons als ouder': aangepaste maaltijden voorzien, chauffeur spelen naar de sportclub, motiveren,… ." (ouder FR)

"Vaak als er dan ingestemd wordt met hulp gaat tijd een makkelijk excuus blijven om toch niet deel te nemen." (eerstelijnszorgverlener: internaatdirecteur; FGD 2)

"Als huisarts hebben we niet de tijd om dit allemaal te organiseren, we zijn wel een goed vertrouwenspersoon om te helpen motiveren want we zien het hele gezin." (eerstelijnszorgverlener FGD 3).)

Alle ondervraagden zijn ervan overtuigd dat een lagere sociale status (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2) belemmerend is voor de toegankelijkheid van de zorg en aldus de hulpverlening voor kinderen met obesitas, ten opzicht van het niet hebben van sociaal complicerende factoren (FGD zorgverleners 2/3).

"Een hoge sociale status geeft makkelijker toegang tot gezonde voeding en sport." (Tweedelijnszorgverlener)

"Buitenlandse ouders hebben minder omkadering voor advies en verwijzing. Daarbij komt nog dat de stabiliteit (economisch en psychologisch) van een huishouden de kwaliteit van de voeding beïnvloedt." (ouder)

3.2.3.2 Financieel

Bijna alle groepen zorgverleners en ouders merken op dat de terugbetaling van zorgverlening voor kinderen in de eerste lijn omslachtig en beperkt is (FGD zorgverleners 2/3 en FGD ouders 1/2) en ervaren dit als belemmerend. Daarbij wordt de sportclub door heel wat zorgverleners en ouders als te duur

ervaren (FGD zorgverleners 2/3 en FGD ouders 1/2). In elke groep zorgverleners gaven enkelen aan dat de naschoolse 'sportsnack' op de lagere school goedkoop en succesvol is (FGD zorgverleners 3/3) maar de deelnemende ouders hadden geen weet van naschoolse bewegingsinitiatieven op de lagere school van hun kind, sommigen kenden wel de 'sport na school pas' maar ervaarden deze als te duur en de sportclubs te ver weg (zie eerder bij 'praktische factoren: toegankelijkheid zorg')

"Een eerstelijnsdiëtiste is ondanks de conventie budgetten nog steeds te duur, gezien het door de tijdsintensiviteit van de consultaties nadeling is voor de zorgverlener om via conventie te werken." (tweedelijnszorgverlener)

"Hobby's zijn duur, karate is enkel voor de rijkere gezinnen." (ouder)

De groepen waarin de toegankelijkheid van gezonde voeding ter sprake kwam, waren eensgezind dat deze te duur is en dit nadelig is in de aanpak van obesitas bij kinderen (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2).

"Gezondere voeding is duurder, met 50 euro kan je voor een hele week pizza kopen." (ouder)

"Mijn dochter ging met haar vriendinnen op stap, toen ik haar vroeg wat ze hadden gegeten zei ze : 'een hamburger want met mijn zakgeld was exci te duur'." (ouder)

3.2.4 Organisatorische factoren

3.2.4.1 Beleid

Zorgverleners en ouders vinden een duidelijk protocol van doorverwijzing erg bevorderlijk (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2), nochtans geven velen aan dat de doorverwijzing vaak vastloopt (1-2,4-5). Als redenen geven ze onvoldoende capaciteit van de preventieve sector om de verwijzing te coördineren (FGD zorgverleners 2/3), onvoldoende concrete verwijsinformatie meegegeven (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2), en het ontbreken van een centrale coördinator in de eerste lijn (FGD zorgverleners 2/3).

"De verwijzing van de preventieve naar de curatieve sector loopt heel vaak vast. Een ouder kiest zelf of hij al dan niet ingaan op verwijzing vanuit preventieve sector." (eerstelijnszorgverlener)

"als je zelf info voor advies en verwijzing moet zoeken vraagt dat energie , dat heeft limieten." (ouder)

"Ik heb een ellelange lijst van ouders die ik graag eens zou opbellen om te spreken over het overgewicht van hun kind, maar we zitten in code rood en hebben geen ruimte voor extra's. Je moet dan keuzes maken en dan gaan gevallen zoals schoolverzuim , de covid-pandemie en kindermishandeling voor." (eerstelijnszorgverlener- CLB arts)

Na een goede doorverwijzing is het aanbieden van zorg op maat van het kind en diens leefwereld noodzakelijk (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 1/2) om haalbaarheid te bevorderen (1-5). Daarentegen werd een te moeilijk of te zwaar beleid als belemmering genoemd. (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2).

"Het lukt niet als ze te strikt zijn: 'dit mag je niet eten en dat mag je niet eten." (ouder NL)

"De diëtiste gaf een lijstje maar dit was niet haalbaar. Op school moeten het boterhammen zijn en de juf wil geen appel schillen, maar wie wil er nu een bruine appel?'. Mijn andere dochter is intolerant aan fruit, wat is dan het alternatief?"

Het afspreken van een makkelijke en correcte opvolging wordt gesuggereerd als bevorderlijk (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2). Een goede opvolging van de groeicurves in de preventieve sector wordt als bevorderende tool aangehaald (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 1/2). Een goede afstemming is belangrijk, gezien ouders te veel consultaties als erg belemmerend ervaren (FGD ouders 2/2).

"Ik kan mijn kind ook wel wegen, ik ga niet blijven terug naar de diëtiste lopen als ze niks vernieuwends doet, ik wil dat mijn kind daar buiten komt en het begrijpt." (ouder NL)

Algemeen wordt een holistische benadering van obesitas als bevorderlijk gezien door zowel zorgverleners als ouders (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2) , waarbij gedoeld wordt op het verkrijgen van overzicht en het aanpakken van de patiënt en zijn hele context en omgeving.

"Het is belangrijk multifactorieel overgewicht te herkennen en zo persoonlijk te benaderen want dan heb je meer kans dat je het kind en de ouders mee krijgt." (eerstelijnszorgverlener)

3.2.4.2 Multidisciplinaire samenwerking

Zorgverleners en ouders zijn van oordeel dat een interdisciplinaire samenwerking een bijdrage kan leveren (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2). Zorgverleners geven daarbij ook aan dat als een huisarts alle aspecten van obesitas zou aanpakken, dit tijdsintensief is (FGD zorgverleners 3/3). Een groot deel van de zorgverleners geeft aan dat een multidisciplinair centrum, waarbinnen verschillende disciplines op één locatie samenwerken, drempelverlagend kan zijn (FGD zorgverleners 2/3) maar er zijn te weinig gecoördineerde multidisciplinaire samenwerkingsmogelijkheden in de 1ste lijn (FGD zorgverleners 2/3), zo zeggen ze.

Ouders wensen dat de huisarts coördineert en zich een resulterend idee vormt van de evolutie bij elke multidisciplinaire partner (2,4-5) in plaats van dat de ouders zelf de informatie uit de interdisciplinaire hulpverlening dienen te halen (FGD ouders 2/2).Zorgverleners geven aan dat er inderdaad nood is aan een coördinator in de eerste lijn (FGD zorgverleners 3/3) maar dat de huisarts onvoldoende tijd heeft (FGD zorgverleners 2/3).

"De huisarts heeft een goede 'helicopterview', en weet hoe een coachende rol op te nemen maar heeft ook te kampen met tijdstekort. Hij zal dus moeten inzetten op collega's inschakelen en overleg met andere zorgverleners organiseren." (eerstelijnszorgverlener)

"Het lijkt me beter dat de huisarts met iedereen samenwerkt, de resultaten verzamelt en zich daar een idee over vormt. Ik vind het heel moeilijk om zelf de informatie uit al die multidisciplinaire hulpverlening te zoeken, hoe kan ik daar dan iets nuttigs uit halen?" (ouder)

Alle ondervraagden vinden overlegmomenten tussen zorgverleners onderling essentieel (FDG zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2) en merken op dat er onvoldoende zijn (FGD zorgverleners 3/3), omdat ze tijdrovend zijn (FGD zorgverleners 3/3) en omdat ze slecht gefinancierd worden (FGD zorgverleners 1/3). Het organiseren van multidisciplinaire overlegmomenten in de eerste lijn (FGD zorgverleners 3/3) en het gebruik van beveiligde communicatieplatformen waaronder 'siilo' werden als noodzakelijke oplossingen aangehaald (FGD zorgverleners 2/3).

"Het zou goed zijn moest er een mogelijkheid zijn tot samenwerken zoals wij soms een combi-consult doen." (tweedelijnszorgverlener)

"Samenwerken en afstemmen tussen zorgverleners is en must om gedragsverandering te ondersteunen." (eerstelijnszorgverlener)

"De diëtist en huisarts moeten samenwerken want als het gewicht bijvoorbeeld stabiel blijft dan is dat een motivatie." (ouder)

"Het contact en interdisciplinair overleg tussen zorgverleners in de eerste lijn kan beter." (eerstelijnszorgverlener)

Zorgverleners pleiten allen voor een gestructureerd behandelplan (FGD zorgverleners 3/3) met gezamenlijke doelen (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2). Ouders ervaren het ontbreken van gezamenlijke doelen tussen de interdisciplinaire zorgverleners onderling als belemmerend (FGD ouders 2/2).

"Ik had de indruk dat de ene zei 'het moet zo' en de andere zei 'nee we doen het zo', het zou veel beter zijn als ze samen afspreken waar het naartoe moet." (ouder)

De zorg voor kinderen met obesitas zou verbeterd kunnen worden door onderling gegevens te delen (1-5). Zorgverleners getuigen dat er op dit moment onvoldoende uitwisseling is van medische gegevens in de eerste lijn (1-3). Aangehaalde onderliggende hekelpunten zijn de deontologische barrières waarmee bedoelt wordt dat medische gegevens niet zonder toestemming van ouders mogen gedeeld worden (2-3), het onvoldoende communiceren van de verwachtingen naar verslaggeving toe tussen zorgverleners onderling (3) en de administratieve last en tijdsintensiviteit (3). In elke FGD onder eerstelijnszorgverleners wordt het niet ter beschikking hebben van de groeicurves, in de curatieve sector buiten het ziekenhuis, als een enorm gemis aangehaald.

"Er leeft zo wel wat het idee dat die verslaggeving toch niet gelezen wordt en het kost veel tijd. Ik heb ook de indruk dat mijn collega psychologen in hun opleiding niet hebben geleerd hoe dat moet via het programma dat we gebruiken." (eerstelijnszorgverlener)

Hoewel sommige ouders in beide FGD met ouders wel van mening zijn dat een psycholoog essentieel is (FGD ouders 2/2), en de tweedelijnszorgverleners dat een diëtist noodzakelijk is (FGD zorgverleners 1/3), vinden alle bevraagden een gepersonaliseerde samenstelling van zorgverleners bevorderend (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2).

"Een diëtist en een bewegingscoach als de huisarts of pediater dat nodig vindt, maar een psycholoog is zeker nodig voor het zelfvertrouwen en om te weten van waar het komt." (ouder)

"Een multidisciplinair aanbod in de regio zou volgens mij moeten bestaan uit een huisarts die het medische luik verzorgt, met regelmatig meten en wegen en het in kaart brengen van de onderhoudende factoren en complicaties. Er moet ook zeker een diëtiste zijn die info kan geven over gezonde voeding en welke begeleidingsprogramma's er zijn. Als dat nodig is moeten we zeker ook psychosociale ondersteuning hebben voor de individuele en context gebonden factoren. En een bewegingscoach kan helpen begeleiden naar bewegingsinvulling op maat." (eerstelijnszorgverlener)

Een vereiste die steeds terugkomt is de nood aan zorgverleners met ervaring met kinderen (1,3-5). Zorgverleners die deze ervaring met kinderen niet hebben worden als belemmerend gezien. (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2). Opleiding en/of ondersteuning vanuit de tweede lijn wordt als oplossing genoemd.

"Bepaalde diëtisten zijn ongemakkelijk om met kinderen te werken." (eerstelijnszorgverlener)

"Het moeten mensen zijn die feeling hebben met kinderen, met documenten op maat van kinderen." (ouder)

4.2.4.3 Beweging

Zowel de tweede- als eerstelijnszorgverleners en de ouders vinden dat beweging, bij voorkeur in sportclubs, moet georganiseerd worden in de eerste lijn (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2). Zowel ouders als zorgverleners vernoemen een bewegingscoach in de eerste lijn als een mogelijk hulpmiddel (FDG zorgverleners 3/3, FGD ouders 1/2). Tweedelijnszorgverleners vertellen op heden door te verwijzen naar een kinesist in de eerste lijn, terwijl sommige eerstelijnszorgverleners en ouders zouden denken aan een specifiek 'bewegen op verwijzing coach' initiatief dat op heden enkel nog maar voor volwassenen bestaat. (FDG zorgverleners 1/3, FDG ouders 1/2).

"Als er kinderen uit mijn regio bij mij op raadpleging komen nodig ik ze altijd uit naar mijn atletiekclub. Ik denk dat die persoonlijke connectie met hetgeen je voorstelt een verschil maakt.' (tweedelijnsmedewerker)

"Er zou een bewegingscoach moet zijn in de eerste lijn om samen met het kind op zoek te gaan naar de momenten waarop gesport kan worden." (eerstelijnsmedewerker)

"Een fitnesscoach is heel duur en ik denk niet dat die oefeningen ideaal zijn voor een jong kind."(ouder)

Vrienden hebben die meesporten wordt als erg bevorderlijk gezien (1-5) ten opzicht van het ontbreken van vrienden die sporten (FGD zorgverleners 3/3). Ook initiatieven om samen met ouders te sporten worden toegejuicht. (FDG zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2)

"Met vrienden zijn ze eerder geneigd nieuwe sporten te proberen." (ouder)

"Via een bewegingscoach of bewegen op verwijzing zouden ze andere kinderen kunnen leren kennen die hen meetrekken naar sportclubs. Zo kunnen ze dan geleidelijk van individueel naar groep en in gezin sporten." (ouder)

"De 10-beurten sportkaart in onze gemeente nodigt uit om met vrienden sport uit te proberen." (ouder)

"in mijn sportclub hebben ze een programma waar je ouder met je kind samen multisport kan doen met een sportcoach vanaf 12 jaar, het kost 65 euro/10 beurten." (Tweedelijnszorgverlener)

"Het zou tof zijn moesten er meer sportclubs zijn waar ik samen met mijn kind kan sporten want naar de fitness wil ze niet meer, we hebben wel al eens samen zumba gedaan." (ouder)

Vrijwel alle focusgroepen brengen niet-competitieve sportclubs als bevorderende factor te sprake (1-4), waarbij gefocust wordt op plezier (3,4,5) in plaats van prestatiegerichtheid (1-4). Maar zowel zorgverleners als ouders vinden dat er te weinig (gekende) niet-competitieve sportclubs zijn (1,2,4).

"Mijn dochter is zot van trampoline maar na een jaar zeiden ze dat ze niet geschikt was voor de wedstrijden en moest ze stoppen. Ze is dan gaan zwemmen maar na de laatste groep is er enkel de competitieclub, wat kan ze dan doen?, dat neemt de motivatie weg." (ouder)

"Mijn zoon wil heel graag voetballen maar je betaalt dan als ouder om uw kind op de bank te zien zitten, het zijn enkel de vijfjarigen die zonder matchen spelen." (ouder)

Sommige zorgverleners en ouders stellen voor om lotgenoten samen te brengen (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 1/2). Echter blijkt hierover in verschillende FGD onenigheid gezien dit volgens anderen tot stigmatisering kan lijden. Uiteindelijk is iedereen het erover eens, inclusie is essentieel (FGD zorgverleners 3/3, ouders 2/2) en er zijn te weinig inclusieve (gekende) groepsmogelijkheden in de eerste lijn (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2).

"Zorg als ze gaan, dat ze opgenomen worden in de groep." (ouder)

"Andere kinderen motiveren elkaar, dat is niet zoals bij volwassenen waar je een bewegingscoach kan nemen en je bent vertrokken." (ouder)

"Na een paar jaar heeft mijn dochter dan met pediater en bariatrisch chirurg beslist om aan de 'obesitasklas' te beginnen. Dit heeft niet veel geholpen, ook omdat er toen niet veel waren met morbide obesitas en dat stimuleerde haar niet." (ouder)

"We moeten sporten aanbieden in een inclusieve groep zorgzame kinderen zonder prestatiedrang. Eventueel kunnen dat lotgenoten zijn maar beter inclusiviteit dan een aparte ploeg voor dikke kindjes." (Eerstelijnszorgverlener)

Het voorzien van aangepaste oefeningen (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2) of een aangepaste lesmethode (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2) werkt volgens ouders en zorgverleners bevorderend. Waartegen onaangepaste lesoefeningen (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2) erg demotiverend worden geacht en aldus belemmerend zijn.

"Hij is niet de enige die na het lopen helemaal rood aankomt en dan krijgt hij slechte punten en lijkt hij lui, terwijl hij wel zijn best heeft gedaan en gesport, dat is toch het belangrijkste?" (Ouder)

"je moet zoeken hoe je hun sterk punten in de picture kan zetten, ze mogen dan bijvoorbeeld karateoefeningen doen tegen de meester want ze hebben vaak meer kracht." (eerstelijnszorgverleners - bewegingscoach)

"Ze zouden de LO toetsen beter aanpassen of in aparte groepjes lesgeven, dat zou meer motiveren en het helpt ook tegen uitsluiten…Moet een kind echt over de bok kunnen springen?" (ouder)

"Leerlingen moeten de sportactiviteiten op school meedoen, een kind met een gebroken arm kan bijvoorbeeld wel nog buikspieroefeningen doen maar ze brengen vaak een ziekteattest mee dat niet specifiek genoeg is over wat wel of niet kan, vroeger hadden wij daarvoor een apart school sportattest.' (eerstelijnsmedewerker)

Heel wat zorgverleners vinden het aanbieden van sportaanbod na school erg bevorderlijk (FGD zorgverleners 3/3), maar sommige andere zorgverleners en sommige ouders vinden dit praktisch moeilijk omwille van huiswerk (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2), leerkrachten die bijvoorbeeld zelf kinderen van school moeten halen of het leerkrachtentekort. In 2 FGD wordt gezegd dat er te weinig beweging is op school (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2).

"We moeten de naschoolse 'sportsnack' in lagere school nog meer promoten, maar er is nood aan bewegingsinitiatieven voor middelbare schooljongeren, vooral buiten de school want dat sluit meer aan bij hun leerwereld."

"In sommige klassen is er al extra beweging tussen de lessen, dat werkt goed, ze kunnen zich dan ook beter concentreren." ik geef soms ook informatie over de 'kompas-pas' waarmee ze aan halve prijs verschillende sporten met vrienden kunnen uitproberen."

In elk geval is iedereen het er over eens dat het vrijetijdsaanbod op de doelgroep afstemmen erg bevorderlijk is (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 1/2).

"In onze ontmoetingscentra doen we soms een workshop zodat onze jongeren iets nieuws kunnen proberen. Onlangs was het een boksinitiatie, daar komt altijd veel volk op af." (eerstelijnsmedewerker: jeugdcentrum medewerker)

"In de buurt is er een virtual reality game center, als je daar met vrienden gaat kom je altijd nat in het zweet buiten. Als je zoiets goedkoper of via school kunt aanbieden krijg je jongeren mee." (eerstelijnsmedewerker; internaatdirecteur)

"Ze doen bij ons thuis graag just dance op de wii…je moet sporten kiezen die ze graag doen." (ouder FR)

3.2.5 Communicatieve factoren

3.2.5.1 Gesprekstechnieken

Er is een tendens onder de eerstelijnszorgverleners dat obesitas als een moeilijk onderwerp ervaren wordt en er notie is van een tekort aan kennis wat betreft mogelijke gesprekstechnieken (FGD zorgverleners 2/3).

"Het is een moeilijk onderwerp om aan te pakken, ouders staan er niet altijd voor open." (eerstelijnszorgverlener: sportcoach/LO leerkracht)

Toch zijn er enkele handvaten die zorgverleners en/of ouders belangrijk achten. Ten eerste is een positieve benadering universeel erg bevorderlijk (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2). Dit staat haaks tegenover een stigmatiserende (confronterende, straffende) benadering, die als erg belemmerend wordt ervaren (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2) .

"Een positieve coachingsstijl is essntieel, je moet het kind zelf aanmoedigen om na te denken wat het zelf wil veranderen en wat het zelf zou kunnen doen." (tweedelijnszorgverlener)

"Samen met de ouders moet je de focus op het positieve houden, om gezonde voeding lekker en interessant te maken." (eerstelijnsmedewerker; FGD3)

Ten tweede is het bevorderlijk een persoonlijke benadering met bevraging van voeding en beweging vanuit de beleving van het kind te hanteren (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 2/2).

"Een diëtiste die raad geeft op maat van mijn kind werkt motiverend: 'wat eet jij graag?', 'wat wil je proberen?', dat geeft een goed gevoel." (ouder NL)

Ten derde zijn alle geïnterviewden het erover eens dat de focus op succesbeleving (en gezondere levensstijlgewoonten) ten allen tijden voorop dient gesteld te worden (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2) ten opzicht van de focus op gewicht(sverlies) (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2).

"Minderen in plaats van schrappen is best, de diëtiste sprak dan met mijn kind af één dessert per dag en dat lukte wel goed." (ouder FR)

"Ze moeten gezond gedrag aanleren want wat ze daar leren blijft." (Ouder FR)

"Het is een loze belofte 'als je sport ga je vermageren' wan dat horen ze vaak, 'je moet meer bewegen dan ga je wel vermageren'. Wanneer ze dan begon te sporten zag ze het niet meer zitten omdat ze niet afviel." (ouder NL)

Ten slotte vinden ouders het in het bijzonder belangrijk dat er bevorderende lichaamspositieve verwoording wordt gebruikt (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 2/2), in plaats van de woorden obesitas of overgewicht (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 2/2), de ondervraagde tweedelijnszorgverleners merkten de impact van deze verwoording eveneens op.

"Je verwoording moet 'body-positivity' uitstralen, zeg niet obesitas maar wel het gewicht is te hoog ten opzicht van de leeftijd en de lengte." (tweedelijnszorgverlener)

"Ze moeten de goede woorden vinden: niet 'je mag niet meer bijkomen, wel groeien' in plaats van 'je hebt overgewicht'." (ouder FR)

"Nooit 'overgewicht' zeggen tegen een kind. Wel 'onevenwicht in de curve, als je dit gewicht aanhoudt zal je na adolescentie zoveel wegen…'." (ouder FR)

"In een gesprek met de huisarts die vraagt 'wat vind je van overgewicht', 'heeft uw kind er last van', dat vind ik goed." (ouder NL)

Wie zou dit gesprek dan moeten voeren? Zorgverleners en ouders zijn het erover eens dat het hier om een weloverwogen confrontatie gaat geïnitieerd door de zorgverlener (1,3-5).

"Dat eerste contact is super belangrijk en moet goed overwogen worden want het is beslissend in het al dan niet toezeggen op hulp." (tweedelijnszorgverlener)

"Het is veel moeilijker als de huisarts het probleem niet zelf benoemt en ik moet er zelf over beginnen." (ouder NL)

"Als zorgverlener kan je best zelf het probleem ter sprake brengen zonder met de vinger te wijzen, maar enkel als je aanvoelt dat de patiënt vragende partij is." (eerstelijnszorgverlener , FGD3)

Het is belangrijk dat deze zorgverlener aandacht heeft voor de vertrouwensband gezien een onpersoonlijk contact zonder het ervaren van een klik als erg belemmerend wordt gezien door voornamelijk de ouders (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 2/2) en snel viserend zou kunnen zijn (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 1/2).

"Een goed contact of een band met de familie geeft kans tot follow-up." (Tweedelijnszorgverlener)

"Een gesprek met de juf is niet privé genoeg en het CLB kent mijn kind niet, ze geven dan een verwijsbrief mee maar dat is onpersoonlijk." (ouder NL)

"Zo een gesprek doe je beter met een medische hulpverlener want dat geeft vertrouwen en dan heb je iemand buiten het gezin." (ouder NL)

"Goed dat er iemand buiten het gezin gezonder gedrag aanleert, want kinderen zijn het gezaag van hun ouders beu." (ouder FR)

"Zo een gesprek is best met de pediater of de huisarts want die ken ik al en vertrouw ik." (ouders FR)

"Ik vind wel dat de juf of de LO leraar mij als ouder mag zeggen dat mijn kind ergens last van heeft maar niet per se over overgewicht, dat is voor een professional." (ouder FR)

"Het klikte niet met die diëtiste , dat was demotiverend en dan had ik er ook de energie niet meer voor om terug te gaan. Ik ging dan naar mijn pediater, die kende ik al. Iemand die ik niet ken vertrouw ik niet." (ouder FR)

Vrijwel alle ondervraagden vinden overleg met ouders essentieel in de aanpak van obesitas bij hun kind (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2). Eerstelijnszorgverleners geven aan dat dit overleg erg moeilijk is (FGD zorgverleners 2/3) en sommige ouders getuigen dat dit soms ontbreekt (FGD ouders 1/2). Dit zou mogelijks voor een deel verklaard kunnen worden doordat eerstelijnszorgverleners dit ervaren als een erg moeilijk onderwerp en een gebrek aan kennis van nuttige gesprekstechnieken (FGD zorgverleners 2/3). Daarnaast staan ouders achter een gesprek met een professional en hun kind alleen (FGD ouders 2/2), immers geven ze aan dat kinderen niet al hun klachten aan hun ouders vertellen (FGD ouders 2/2). Een groep eerstelijnszorgverleners drukte zo'n gesprek uit als erg bevorderend (FGD zorgverleners 1/3).

"Kinderen zijn afhankelijk van hun ouders, het is soms moeilijk om een gesprek aan te gaan met de ouders." (eerstelijnszorgverlener: verpleegkundige preventiezorg)

"Ik ben van mening dat het de ouders zijn die moeten aangepakt worden. De gezondheidszorg mag dan nog zoveel doen, als de ouders niet meedoen, heeft dit allemaal geen zin helaas." (eerstelijnszorgverlener: apotheek)

"Aandacht voor de ouders is de eerste stap, de tweede stap zijn de kinderen…bovendien zal het advies algemeen zijn omdat de eerste betrokkenen de ouders zijn. Want het zijn niet de kinderen die boodschappen doen of de familiebudgetten beheren." (ouder FR)

"Het CLB stelde de juiste vragen, ik wist eigenlijk niet dat mijn kind er last van had." (ouder FR)

"Ook het mentaal aspect kan een op een met een kind makkelijker aan bod komen, als is dit wel makkelijker op middelbare schoolleeftijd…je zou ook kunnen polsen naar gezinsproblemen." (eerstelijnshulpverlener; FGD3)

3.2.5.2 Taal en cultuur

2 van de 3 FGD met zorgverleners en geen van de ouders gaven de aanwezigheid van een taalbarrière aan als een belemmerende factor, immers zorgt het niet begrijpen van informatie voor onbegrip bijvoorbeeld in de allochtone populatie.

Hoewel sommige zorgverleners cultuur vernoemden als een barrière in de aanpak van obesitas bij kinderen, kwam dit onder de ouders niet ter sprake (FGD zorgverleners 3/3). De zorgverleners vinden dat de richtlijnen en adviezen zouden moeten worden aangepast op maat van de culturele achterstand (FGD zorgverleners 3/3). Immers, zo zeggen ze, heeft elke cultuur een eigen perceptie van obesitas (FGD zorgverleners 3/3) en voeding (FGD zorgverleners 3/3).

"Ik heb nog niemand iets over cultuur horen zeggen, wanneer ik op huisvisite ga tegen Brussel… die mensen hebben wel een ander idee over wat een gezond kind is, krijg dan maar eens uitgelegd dat hun kind te dik is." (eerstelijnszorgverlener: verpleegkundige)

Ze merken op dat bepaalde culturen ongezond koken en/of dat de voedingsrichtlijnen vaak niet zijn aangepast aan hun culturele gewoonten. Een zorgverleners kwam dan op het idee om tijdens de reeds bestaande kookworkshops in sommige ontmoetingscentra te werken met culturele inbreng van de deelnemers, waarbij ze een eigen cultureel gerecht samen in een gezond jasje steken.

3.2.6 Maatschappelijke factoren

3.2.6.1 Media & marketing

Zorgverleners en ouders vinden het erg belemmerend dat sociale media foute informatie verspreiden (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2). Zorgverleners zien er anderzijds wel een mogelijk medium in om zo informatie tot bij de jongere te krijgen (FGD zorgverleners 3/3). Er heerst bijvoorbeeld een ongezonde 'fitnesshype' online, zogenaamd 'gymtimidation' en 'bulking', zo getuigen enkele zorgverleners en ouders (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 1/2). Al dan niet op sociale media, wordt daarnaast ook misleidende voedingsmarketing door enkele ouders en zorgverleners aangehaald als belemmering (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2).

"We zouden sociale media vaker kunnen gebruiken om juiste info te verspreiden bijvoorbeeld een campagne met een bekende influencer die de jongeren al kennen en waar ze naar op kijken en die dan gezonde voeding en beweging laten promoten." (eerstelijnszorgverlener)

"Op sociale media is er een fenomeen 'Gymtimidation', waardoor kinderen zich slecht voelen in een sportclub door fitte kinderen te zien." (tweedelijnszorgverlener).

"Heel vaak krijgen die jongeren filmpjes en posts te zien met een foutief 'gezond eetpatroon'. Ze zien ook productlabels met 'extra proteïnen, dat klinkt gezond. Ze eten dan meer en verkeerd en gaan dan sporten om te 'bulken'." (eerstelijnszorgverlener: internaatdirecteur).

"Bij ons is er een minimumleeftijd van 16 jaar, want te vroeg fitnessen is niet goed als ze nog niet volgroeid zijn. We zouden beter professionele begeleiding goedkoop kunnen aanbieden, want nu is het voor veel gezinnen te duur." (eerstelijnszorgverlener: bewegingscoach).

"Ongezonde voeding wordt vaak 'in the picture' gezet aan de kassa, en rond de school is er een hamburgkraam, wafelkot en een snoepkot om kinderen te lokken." (eerstelijnszorgverlener; FGD 3).

"Op het internet lees ik dingen die elkaar tegenspreken. Ik kan mijn kind best een voeding geven want dan slaapt die beter maar het is ongezond." (ouders NL)

3.2.6.2 School & gemeente

Zowel zorgverleners als ouders zeggen dat gezonde voedingsinitiatieven en -educatie op school bevorderend zijn voor de aanpak van obesitas (1-5). Toch geven heel wat zorgverleners en ouders aan dat er een gebrek is aan gezonde voeding op school (2-4). Zo getuigen ze dat er in sommige lagere scholen al actie wordt ondernomen voor een gezond beleid (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2) maar ervaren ze het als belemmerend dat er geen universele regelgeving voor scholen is. Hierdoor is er versnippering in hoeverre lagere scholen het beleid gezond wensen te maken en zijn er volgens hen vaak geen gezonde initiatieven in middelbare scholen (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 1/2). Daarnaast geven zorgverleners organisatorische hindernissen van gezondheidseducatie op school aan (FGD zorgverleners 2/3), zoals het onvoldoende kunnen prioritiseren ervan door onder meer het leerkrachtentekort en meer prominente problemen zoals leerachterstand.

"Ik heb mijn kind al vaak gevraagd om afval te sorteren maar het was pas wanneer de juf het er in de klas over had dat mijn kind thuis begon te recycleren." (ouder

"het is veel makkelijker als mijn kind op school leert over gezonde voeding en mij dan om een appel vraagt in de winkel. Zo toonden ze op school bijvoorbeeld de tanden van iemand die veel suiker eet en iemand die weinig suiker eet, thuis zei mijn kind dan dat we niet zoveel cola moesten drinken."(ouder)

"als leerkracht lichamelijke opvoeding zou uitleg geven over gezonde levensstijl , voeding en beweging perfect in mijn straatje passen maar ik heb hier geen tijd voor (eerstelijnszorgverlener FGD 2)

Sommige gemeenten organiseren reeds gezondheidsinitiatieven (FGD zorgverleners 1/3) en sport voordeelkaarten (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 1/2) maar niet alle gemeenten bieden deze

sportvoordeelkaarten aan volgens de geïnterviewden (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 2/2) en de deelnemende sportclubs zijn vaak te ver (FGD zorgverleners 1/3, FGD ouders 1/2).

Daarnaast vinden ouders en zorgverleners het beleid van de LO lessen en sportclubs te weinig inclusief (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2). Heel wat zorgverleners en ouders suggereren inclusiviteit te promoten in sportclubs en het LO leerplan aan te passen (FGD zorgverleners 2/3, FGD ouders 1/2).

> "De 10-beurten sportkaart in onze gemeente nodigt uit om met vrienden sport uit te proberen." (ouder NL)

> "In mijn gemeente doen ze elk jaar een evenement en dan geven ze informatie rond wat je kan doen tegen overgewicht. Er zijn dan springkastelen en workshops van sportclubs enzo. Nadeel is dat zoiets wel arbeidsintensief is om te organiseren." (tweedelijnshulpverlener)

Ondanks het veelvuldig aan bod komen van de school als belangrijk omgevings- en maatschappelijk decor voor maatregelen ter bevordering van een gezonde levensstijl bij kinderen met obesitas, geven eerstelijnszorgverleners tijdens dit onderzoek aan dat ouders de aanpak te veel naar de school doorschuiven (FGD zorgverleners 2/3).

3.2.6.3 Politiek & preventie

Zorgverleners juichen de reeds bestaande campagnes rond beweging en gezonde voeding in de preventieve sector toe (1,2), maar kaarten de deontologische barrières aan als een van de redenen waarom de groeicurves vanuit preventieve sector onvoldoende toegankelijk zijn in de curatieve sector (FGD zorgverleners 3/3, FGD ouders 2/2). Tot slot willen alle ouders en zorgverleners meer sensibilisering omtrent gezonde voeding en beweging in scholen en bij ouders. Enkelen vermelden dat er momenteel te weinig middelen zijn om aan preventie te doen (FDG zorgverleners 1/3, FDG ouders 1/2).

> *"Er is nood aan meer preventieve maatregelen om gezondheid op een hoger niveau te krijgen, 'health in all policies." (eerstelijnszorgverlener; FDG 3)*

4. DISCUSSIE

4.1 Bespreking resultaten

4.1.1 Intrinsieke factoren van het kind

Een kind heeft een aantal individuele kenmerken, intrinsiek aan het kind, die volgens ouders en zorgverleners een invloed hebben op het al dan niet vlot verlopen van de aanpak van obesitas. Het hebben van ziekte-inzicht en begrip, eigen initiatief en motivatie, het ondervinden van last, en het van nature aanwezige kopieergedrag ten opzicht van voorbeeldfiguren is volgens ouders en zorgverleners bevorderend. Ze raden educatie, motivationele gespreksvoering en gepersonaliseerde adviezen aan om inzicht, motivatie en gedrag positief te kunnen beïnvloeden. Over het belang van educatie bij de aanpak van de globale obesitas pandemie bestaat geen twijfel(13, 46) en ook gedragstherapie heeft meestal een goed effect op zowel gewicht als gezonde voedings- en bewegingsgewoonten(33).

Echter hebben kinderen volgens ouders en zorgverleners vaak net een tekort aan motivatie, mede omdat ze er vaak geen last van ondervinden en het hen ontbreekt aan ziekte-inzicht. Ouders bevestigen dat zij zich goed in hun lichaam voelen, maar geven anderzijds aan dat kinderen niet alle klachten aan hun ouders vertellen. De behoeften van kinderen in het behandelen van obesitas zijn weinig onderzocht, maar men heeft wel aangetoond dat kinderen vooral op het gebied van uiterlijk, zelfvertrouwen en omgang met leeftijdsgenoten wel vaak negatieve gevolgen van obesitas ondervinden (22).
Ouders grijpen ook leeftijd aan als aanhechtingspunt voor het bepalen van de aanvang van zorgverlening. Immers vinden ze dat kinderen pas vanaf 14 jaar voldoende begrijpen en aldus zelf initiatief kunnen nemen. Anderzijds merken sommige ouders, maar vooral zorgverleners, op dat kinderen op een jongere leeftijd meestal intrinsiek meer gemotiveerd zijn en meer beïnvloedbaar door hun ouders en schoolomgeving. Onderzoek heeft aangewezen dat ongezonde gedrags- en levensstijlgewoonten, zoals sedentarisme, op jonge leeftijd gekende uitlokkende en onderhoudende factoren zijn voor obesitas tot op latere leeftijd en dat aanpassingen meer succesvol zijn wanneer ze op jongere leeftijd geïmplementeerd worden(10, 13). De Belgische vereniging voor de studie van obesitas (BASO) pleit dan ook om hulpverlening zo vroeg mogelijk aan te vangen, liefst al in de perinatale setting(47). Dit wordt ook breed ondersteund door internationale literatuur(10, 12, 13). Andere motieven om zorgverlening vroeg aan te vangen zijn de bestaande evidentie dat een hogere leeftijd bij aanvang en het hebben van een hoger gewicht en/of comorbiditeiten vaker leidt tot vroegtijdig afhaken bij de behandeling (13, 31, 48).

In tegenstelling tot de mate van obesitas, werd in dit onderzoek het hebben van onderliggende ziekten of complicaties ook als belemmerende factor geïdentificeerd. Daarbij komt nog dat ouders, net als huisartsen in een voorgaand onderzoek(28), schrik hebben voor het induceren van eetstoornissen. Bij de ouders in dit onderzoek kwam dit voort vanuit een ervaring met een voedings- (bv. Intolerantie) of groeiafwijking (bv. Dysmaturiteit) bij hun kind. Deze angst is eerder onterecht. Obesitas is niet bewezen het risico op anorexia nervosa te verhogen. Kinderen met obesitas hebben een hogere prevalentie van afwijkend eetgedrag, maar dit gaat voornamelijk over overcompensatie. Ze hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een 'binge eating' eetstoornis op volwassen leeftijd als hun obesitas niet wordt aangepakt(6, 49). Tevens weten we dat dysmaturiteit bij geboorte een risicofactor is voor het ontwikkelen van obesitas, maar ook dit wordt niet rechtstreeks in verband gebracht met eetstoornissen zoals de door ouders gevreesde anorexia nervosa(12). Het is moeilijk voor ouders om te begrijpen dat hun kind obesitas heeft en dat geadviseerde voedingsmaatregelen geen averechts effect zouden hebben op het gewicht van hun kind(33).

Ten slotte vertonen kinderen vaak sedentair gedrag, schaamte en negatief eet- of kopieergedrag ten opzichte van de slechte gewoonten van hun ouders. Deze factoren worden als erg belemmerend aanzien voor de aanpak van obesitas bij kinderen. De geïdentificeerde gedragsfactoren rond voeding en fysieke activiteit, mede met betrekking tot schermtijd, worden allen uitvoerig internationaal ondersteund als zijnde belemmerend(12, 13). Een andere internationaal ondersteunde factor is slaapgedrag.(8) Deze werd door geen van de zorgverleners noch de ouders vernoemd. Nochtans zou zo'n 60% van de kinderen op lagere schoolleeftijd en 70% van deze op middelbare schoolleeftijd onvoldoende slapen(6) en wordt slaaptekort gelinkt aan een verhoogd risico op overgewicht en obesitas(12).

4.1.2 Omgevingsfactoren

De belangrijkste omgevingsfactor blijkt in deze studie het gezin en vooral de ouders. De motivatie van ouders en het gemeenschappelijk gezinsfunctioneren zijn essentieel en liggen in lijn met de literatuur. Ouders spelen een cruciale rol in het promoten van strategieën voor gedragsverandering(48, 50). Onderzoek heeft aangetoond dat jongeren het als een barrière ervaren wanneer ze zich niet gesteund voelen door hun gezin(22). Dit uit zich ook in voorgaande resultaten die aantoonden dat een gezond gewicht bereiken niet succesvol is tenzij kinderen ondersteuning hebben bij het maken van gezonde keuzes en dat ouders met weinig motivatie uitval voorspellen bij een familie-gedragstherapie behandeling(33, 35). Kortom, gezinsmotivatie is herkend als een belangrijke determinant voor deelname en succes van behandeling bij kinderen met obesitas(13, 28, 37). Daarnaast wordt in deze studie gewezen op het nadelig effect van verschillende motivatie tussen gescheiden partners, wat op zich tevens een risicofactor is voor het ontwikkelen van obesitas(12). Een totale gezinsaanpak is volgens dit onderzoek dan ook essentieel, je moet het hele gezin betrekken. Gezonde voeding en beweging voor het hele gezin promoten kan volgens de zorgverleners de betrokkenheid verhogen en werd reeds goed onderzocht(6, 11). In tegenstelling tot een Nederlandse studiegaven ouders in dit onderzoek niet uitdrukkelijk aan ondersteuning te wensen bij het veranderen van hun opvoedingsstijl om kinderen te stimuleren tot een gezondere levensstijl(22). Nochtans is het geweten dat het verbeteren van opvoedingsvaardigheden bij ouders een noodzakelijk goed is bij de aanpak van obesitas bij kinderen(5, 22, 33). Al was er veel onenigheid in wie er voor deze opvoeding zou kunnen zorgen in de eerste lijn. Het antwoord vond men deels in begeleiding door een psycholoog, betrekken van ouders bij een gezond schoolbeleid en een combinatie van alle betrokken multidisciplinaire zorgverleners op voorwaarde dat hun doelen op elkaar zijn afgestemd zodat ze geen tegenstrijdige informatie geven.

De motivatie van ouders blijkt echter vaak beïnvloed te worden door verkeerde percepties rond voeding en obesitas. Dit komt vaak voor. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat ongeveer de helft van de ouders van kinderen met obesitas denken dat hun kind een gezond gewicht heeft(51). Daarnaast wordt de motivatie van ouders ook beïnvloed door verkeerde verwachtingen rond het zorgaanbod en het vermijden van confrontatie met eigen obesitas. Vooral die laatste factor wordt als erg moeilijk ervaren. Zorgverleners botsen op een muur en ouders schuiven de oplossing naar het sensibiliseren van hun kind toe. Bij onderzoek in een Nederlandse gemeente vonden ouders het ook soms moeilijk om hulp te zoeken omdat ze bang waren veroordeeld te worden. Aandacht voor de sociaal-emotionele context lijkt dus een belangrijke behoefte van ouders(22). In een recent kwalitatief onderzoek vonden Belgische huisartsen de aanpak ook complexer indien andere gezinsleden eveneens overgewicht hebben(28). In aanvulling maakten zorgverleners in deze studie een uitzondering voor ouders die last ervaren van hun overgewicht, waarbij ze familiaal overgewicht in dat geval wel als bevorderend zien.

Ouders samenbrengen voor gezondheidseducatie kan motiverend werken volgens zorgverleners. Immers is geweten dat ouders die het belang van gewichtscontrole begrijpen, gemotiveerd zijn om hun kinderen

erin te betrekken(33). Een studie in Canada toonde aan dat groepssessies onder ouders bewezen effectief zijn, al waren ouders hiervoor niet te vinden maar gaven ze aan dat meer sociale interactie in het groepsgebeuren hen zou kunnen stimuleren(13). De eventuele interesse bij de ouders kwam in deze studie niet aan bod, maar uit de literatuur lijkt aldus te blijven gelden dat enige motivatie voor deelname is vereist om ze dan in groep te kunnen aanwakkeren.

Vooraf in gesprek met de ouders barrières en verwachtingen nagaan kan de motivatie ten goede komen volgens deze studie. In de literatuur wordt het gebruik van een gevalideerde tool voor het nagaan van barrières bij ouders gesuggereerd(52). Immers zijn onrealistische verwachtingen van ouders net als in deze studie, ook bij Belgische huisartsen(28) alsook in de literatuur een gekende drempel. Het niet slagen in tegemoet komen aan die verwachtingen werd reeds eerder geïdentificeerd als een belangrijke factor voor uitval bij obesitasbehandeling in het ziekenhuis. Dit benadrukt het belang van zo vroeg mogelijke communicatie tussen zorgverleners en ouders over de interventie en realistische verwachtingen(13).

Een ander aandachtspunt is de nood aan het besef dat er een verschil is in visie omtrent obesitas en de behandelnood tussen ouders en zorgverleners onderling. Ouders geven aan zelf pas tot actie over te gaan wanneer hun kind er last van heeft, zelf initiatief vertoont, complicaties heeft of al erg lang of heel veel overgewicht vertoont. Ze plaatsen de last van het kind ten gevolge van obesitas centraal als maatstaf voor het ondernemen van actie. Zorgverleners denken dat een ernstige vorm van obesitas die al lange tijd aanwezig is en eventueel al gepaard gaat met complicaties, het succes van de behandeling belemmert en dat je dus beter niet wacht tot ze er last van krijgen. Dit wordt ook gestaafd door de literatuur(13, 31, 48). Desondanks denken ouders dat vroeg ingrijpen alvorens ongezonde gewoonten zich hebben gesetteld bevorderlijk zou zijn. Het is dus ten stelligste aanbevolen educatie en sensibilisering in te zetten om het tij te keren en complicaties te vermijden.

De prioriteit van ouders ten opzicht van het mentaal welzijn van het kind resulteert duidelijk uit dit onderzoek, ook willen ze dat complicaties gemonitord worden. Ook uit onderzoek blijkt dat de belangrijkste doelstellingen bij de behandeling van obesitas bij kinderen verbetering van het psychosociale welbevinden en de preventie van secundaire complicaties zijn(53). Het is aangetoond dat aandacht besteden aan psychologische, gedragsmatige en sociale factoren essentieel is(22). Deze zouden zelfs vaker geassocieerd zijn met uitval bij behandeling dan omgevingsfactoren(34). Onderzoek gericht op tieners liet zien dat zij vooral behoefte hadden aan psychologische ondersteuning die zich richt op een verbeterd zelfbeeld en meer zelfvertrouwen(22). Gezien obesitas mentale problemen veroorzaakt bij kinderen en adolescenten, lijkt gedragstherapie (door een psycholoog), zoals ouders hier aangeven, inderdaad essentieel(33).

Naast het gezin worden grootouders die vaak niet betrokken zijn in het beleid en de groep, met pestgedrag ten op zicht van een goede groepsdynamiek, als nadelige omgevingsfactoren aangehaald.
De rol van de grootouders werd volgens de onderzoekers nog niet eerder als belemmerende factor beschreven. Daarentegen is wel goed gekend dat kinderen met obesitas vaker gepest worden en dat pestgedrag of stigmatisering van obesitas schadelijke psychosociale effecten kan hebben op kinderen en de motivatie om te veranderen verlagen(6).

4.1.3 Praktische factoren

Op praktisch vlak vormt enerzijds onvoldoende toegankelijkheid van de zorg een probleem door een lage sociale gezinsstatus , een steeds toenemende groep(16) met een hogere incidentie van obesitas (10, 12, 53), en door te verre afstanden tot sportclubs en ten tweede door onvoldoende tijd van ouders en zorgverleners.

Ouders vinden tekort aan tijd erg belemmerend. Ze halen tijdsefficiëntie, mede door het bijsturen van de behandelingsaanpak wanneer deze niet werkt, en het vermijden van overconsultatie aan als behulpzame doelen. In de literatuur worden logistieke barrières , waarvan tijdstekort een van de belangrijksten is, als vaak voorkomende en belangrijke redenen van uitval aangetoond bij begeleiding van kinderen met obesitas(18, 32, 34, 36, 37, 48). Dit was ook de meest aangehaalde verklaring voor uitval bij ouders van kinderen met obesitas die gedurende 3 jaar werden begeleid in Canada(32). Te lange of te veel consultaties werden ook aangehaald in een Belgische studie in Gent(48). Aanpassing van de duur van opvolging naargelang de nood, wat vaak neerkomt op inkorting, kan bijdragen aan een meer haalbaar opvolgingsbeleid met minder uitval(41, 48).Het stepped-care model, waarop het Belgische zorgtraject voor kinderen met obesitas steunt, kan mogelijks tegemoet komen aan deze barrières. Immers kan men door het goed in kaart brengen van de ernst van obesitas zorgen dat kinderen meteen bij de juiste zorgverlener terecht komen, in eerste (EOSS-P 0-1) of tweede lijn (vanaf EOSS-P 2), om zo overconsultatie alsook negatieve ervaringen bij kinderen tegen te gaan(12).

Naast de ouders geldt het principe van tijdstekort ook voor zorgverleners, zo bleek uit deze studie. Ook in Nederland gaven zorgverleners bij multidisciplinaire behandeling van kinderen met obesitas in de eerste lijn aan dat beperkte tijd hen belemmert om goed te kunnen werken. Dit is een reden dat deze 'ketenpartners' er soms voor kozen om de gesignaleerde obesitas niet bespreekbaar te maken(22). Eenzelfde fenomeen doet zich voor in België, waar huisartsen aangeven dat de tijdslimiet enorm bepalend is of ze al dan niet op het gewicht van een kind ingaan(28).

Een laagdrempelig multidisciplinair aanbod binnen een de eerstelijns regio wordt breed toegejuicht. Hoewel zorgverleners verwachten dat de korte afstand tot hulpverlening in de eerste lijn bevorderlijk kan werken, wensen ouder daarentegen geen hulpverlening aan huis, omwille van het invaderen van de veilige en door hen beschermde thuishaven van hun kind. Nochtans was het implementeren van huisbezoeken in Canada succesvol(37). Slechts in mindere mate werd verlies van privacy (19%) en eventueel veroordelende attitude van de zorgverlener (30%) als barrière aangegeven door ouders, terwijl 89% daar wel interesse had uit gemak en de idee dat dit een meer uitgebreide beoordeling van obesitas zou toelaten. In een andere Canadese studie gaf slecht 1 op de 3 ouders dit aan als bevorderend(41). En tot slot werden huisbezoeken door een verpleegkundige proefondervindelijke met succes geïntroduceerd in een gemeente in Nederland maar deze werden als tijdsintensief ervaren door de verpleegkundige , doch met tevreden ouders op voorwaarde dat ze gemotiveerd waren anders liep het stroef(22). Online/virtueel of telefonische opvolging werden niet aangehaald in deze studie hoewel dit de barrières van afstand en tijd zou kunnen wegnemen en goede resultaten vertoont bij volwassenen(13). Een proefproject met Belgische jongeren met ernstig obesitas vertoonde echter veel uitval(48).

Anderzijds identificeerde men ook financiële drempels op vlak van consultaties, voeding en sportmogelijkheden. Onderzoek in Nederland kwam tot dezelfde conclusie waarbij de desbetreffende artsen beperkte financiële moeilijkheden als drempel noemden omdat dit ervoor zorgt dat hun behandelopties sterk verminderen. Verwijzing, gezonde voeding en sportclubs worden dan minder haalbaar(28). In België is het niet anders. Ondanks dat er sinds kort speciaal voor kinderen met obesitas terugbetaling in het leven werd geroepen voor 10 sessies bij een diëtiste(28), en er verder ook al terugbetaling is voor sessies bij de psycholoog en de kinesist en een gratis multidisciplinair bilan , zij het enkel in de tweede lijn(47), ervaren zorgverleners en ouders dit als onvoldoende. Gezien de tijdsintensieve consultaties stellen zowel zorgverleners in eerste als tweede lijn dat consultaties bij een diëtiste buiten het ziekenhuis niet lukken binnen de conventietarieven. We kunnen concluderen dat er nood is aan beter terugbetalingsmodaliteiten voor multidisciplinaire zorgverlening in de eerste lijn.

4.1.4 Organisatorische factoren

Op organisatorisch vlak werden 3 grote subthema's onderscheiden.

Ten eerste hoort een goed beleid te bestaan uit een duidelijk protocol van doorverwijzing, een holistische aanpak op maat en haalbare opvolging. Alles begint bij een goed protocol, een doorverwijsschema kan helpen(12, 22), maar zorgverleners kennen het zorg- en beweegaanbod in de regio (sociale kaart) onvoldoende, alsook blijkt uit eerder onderzoek(28). Aldus is inventarisering nodig. Een holistische benadering op maat met 'shared-decision making' en betrekken van het hele gezin wordt uitgebreid ondersteund en als bevorderend ervaren in de literatuur(11-13, 18, 38, 41, 54). 'Gamification' werd in deze alsook anders studies als voorbeeld van maatwerk en doeltreffende manier van aanpassing aan de leefwereld aangehaald(48).
Echter loopt de doorverwijzing vaak vast, door enerzijds onvoldoende capaciteit van de preventieve sector. Een onderkend probleem, zo blijkt, gezien onderzoek bij Vlaamse huisartsen aantoonde dat zij een grotere rol weggelegd zagen voor het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) ter screening en persoonlijk inlichten van ouders en huisartsen(28). Anderzijds loopt de verwijzing ook vaak vast door het ontbreken van concrete verwijsinfo, hetgeen een gekend fenomeen is (…). Het meegeven van levensstijl verbeterende informatie zonder het aanbieden van voldoende concrete ondersteuningsmaatregelen zal ouders onvoldoende motiveren en kan zelfs contraproductief zijn(13, 51). Concrete contactgegevens noteren , liefst nog aangevuld met een mondelinge verduidelijking al dan niet in groep zouden kunnen gebruikt worden om zeker te zijn dat de interventie direct, accuraat en voldoende duidelijk beschreven is(13, 41).

Ten tweede is multidisciplinaire samenwerking essentieel en bevorderend op voorwaarde dat er een gemeenschappelijk behandelplan is met voldoende overlegmomenten en het onderling delen van verslagen en medische gegevens en dat het tot slot bestaat uit een gepersonaliseerde samenstelling van een team zorgverleners die ervaring hebben met kinderen. Daarentegen zijn er nog te weinig gecoördineerde samenwerkingsmogelijkheden , te weinig overlegmomenten omdat deze tijdrovend en slecht gefinancierd zijn, ontbreekt het vaak een gezamenlijk doel en uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners onderling en hebben zorgverleners in de eerste lijn vaak onvoldoende ervaring met kinderen en/of kennen ze onvoldoende andere zorgverleners die ervaring hebben met kinderen. Ook in Nederland ondervindt men een gefragmenteerd aanbod van hulp , onvoldoende intersectorale samenwerking(22) en een slechte samenwerking zowel in de eerste lijn als met de tweede lijn, zowel op vlak van taakverdeling als delen van verslagen en ontvangen van feedback na doorverwijzing(28). Een belemmering die in deze studie echter niet werd aangehaald, maar wel gekend in België(19, 28) en Nederland(11, 22), is het probleem van onvoldoende vroegtijdige signalering van kinderen met obesitas.

Het aanstellen van een coördinator in de eerste lijn kan helpen. Hoewel ouders duidelijk aangeven dat ze wensen dat de huisarts de hulpverlening coördineert en de resultaten van de verschillende disciplines interpreteert en met de ouders bespreekt, ontbreekt het op heden aan een coördinator in de eerste lijn met voldoende capaciteit. Want in België geven de huidige preventieve sector evenals de huisarts aan onvoldoende tijd te hebben(19, 28). Het huidige zorgtraject voor kinderen met obesitas voorziet financiering voor een case coördinator in de eerste lijn(12, 21, 47), maar deze bestaat momenteel nog niet. Wel is er al een zorgcoördinator binnen het tweedelijnscentrum, maar deze heeft nog onvoldoende capaciteit en overzicht om ook de eerste lijn te coördineren. Naast het aanstellen van een coördinator kan het aanbieden van begeleiding binnen een monocentrische multidisciplinaire setting en ondersteuning en opleiding vanuit de tweede lijn mogelijks drempelverlagend werken. Bij navraag door de hoofdonderzoeker, hoe je zo een multidisciplinair overleg kan organiseren in de regio blijkt er geen gefinancierde mogelijkheid te bestaan. Dit is bijvoorbeeld wel het geval in de eerstelijnszone Gent(55).

Ten derde ziet men de organisatie van beweging idealiter in de eerste lijn georganiseerd. Dit sluit aan bij de eerder geïdentificeerde belemmerende factor 'verre afstand tot de sportclub' en de bevorderende factor 'laagdrempelig multidisciplinair aanbod' , alsook bij het principe van 'de-escalatie', waarbij de zorg altijd gericht is op het zover mogelijk terugbrengen van de patiënt naar zijn omgeving(56). Beweging was een zeer uitgebreid aan bod komend onderwerp in elke focusgoep. Zorgverleners ervaren hier een relatief eenvoudige ingangspoort bij ouders. Zowel zorgverleners als ouders benadrukken de nood aan het centraal plaatsen van plezier in plaats van prestatiegedrag. De focus op plezier blijkt een noodzakelijk goed om ervoor te zorgen dat de beweging langdurig onderdeel blijft van de dagelijkse routine van het kind en niet demotiverend werkt(33). In tegenstelling tot een eerder onderzoek in Nederland(22), waarbij ouders voorkeur gaven aan individuele behandeling boven groepsbehandeling, stellen ouders in dit onderzoek beweging in groep voorop. Dit wel op voorwaarde dat de groep hun kind accepteert en de groepsactiviteiten voldoende zijn aangepast aan de capaciteiten van hun kind, wat volgens ouders en zorgverleners tijdens de lessen lichamelijke opvoeding op school vaak niet het geval is. Wanneer groepssporten toch niet lukt, zien ouders wel een plaats voor individuele begeleiding. Het aanstellen van een terugbetaalde bewegingscoördinator die kinderen naar gepersonaliseerde bewegingsmogelijkheden begeleidt kan helpen en wordt gesuggereerd ook de globale coördinerende taak op zich te kunnen nemen in de multidisciplinaire aanpak van obesitas bij kinderen in de eerste lijn.

4.1.5 Communicatieve factoren

Op communicatief vlak ervaren zorgverleners obesitas als een moeilijk onderwerp vanwege een tekort aan kennis van gesprekstechnieken. Dit sluit aan bij voorgaand onderzoek(28). Nochtans geven ouders zowel in dit als in voorgaand onderzoek aan dat een zorgverlener gewicht altijd ter sprake mag brengen, zolang dit op een respectvolle manier gebeurt en dat ze zich meer ondersteund en bekwaam voelen als het gewicht op een niet- beschuldigende manier wordt meegedeeld en ze zo worden uitgenodigd om te reflecteren over de situatie(28). Zorgverleners en ouders vinden onderling overleg essentieel en konden enkele handvaten identificeren voor een weloverwogen gesprek bij voorkeur op initiatief van een professionele zorgverlener: een positieve, persoonlijke benadering, met positieve verwoording van obesitas en met focus op succesbeleving. Een goede vertrouwensrelatie wordt voorop gesteld, het is bewezen dat dit het kind en diens ouders helpt om over het gewicht te praten(28). Ouders geven wel aan dat ze liever niet hebben dat zo een gesprek met de juf plaatsvindt, gezien ze van oordeel zijn dat dit niet privé genoeg is en averechts kan werken. Zo ook rapporteerde een onderzoek dat bij interventie op school stigmatisering tot discriminatie kon leiden door gespreksvoering, en hierdoor soms een averechts effect teweeg werd gebracht(33) De school is wel ideaal om gezonde voeding en beweging te implementeren op groepsniveau, niet op individueel niveau. (33)

Daarentegen dient een stigmatiserende benadering met gebruik van woorden zoals 'obesitas' en 'overgewicht' en focus op het gewicht in een onpersoonlijk contact absoluut vermeden te worden, gezien deze een averechts effect kunnen hebben ok het kind en/of diens ouders. Obesitas kan immers niet langer worden gezien als een gevolg van het niet willen veranderen van leefgewoonten. Het is van fundamenteel belang dat zorgverleners dit begrijpen om hun houding en communicatie naar kinderen en hun ouders toe te verbeteren(47). Het promoten en ondersteunen van opleidingsmogelijkheden voor professionals in gesprekstechnieken met nadruk op de motivationele gespreksvoering werden als oplossing voorgesteld. Motivationele gespreksvoering is gekend een belangrijke rol te spelen in het nagaan en bevorderen van motivatie tot gedragsverandering bij het kind(11, 13).

Ten slotte identificeerden enkel de zorgverleners een taal- en cultuurbarrière als belemmerend voor begrip en efficiëntie van hulpverlening. Dit kwam overeen met wat we terugvinden in de literatuur(13, 28). Daarentegen kwamen taal en cultuur als barrière bij de ouders niet aan bod. De onderzoekers denken

dat dit onder meer te maken heeft met selectiebias, gezien alle geïnterviewde ouders een vaste huisarts hadden die dan vaak ook nog eens de taal van die huisarts machtig was, en aldus in verdere hulpverlening in mindere mate taal en mogelijks ook cultuur als een belemmering ervaarde. Het meegeven van concrete duidelijke informatie en aanpassen van richtlijnen aan cultuur zouden behulpzaam kunnen zijn wanneer een taal- of cultuurbarrière zich stelt.

4.1.6 Maatschappelijke factoren

Op maatschappelijk vlak kunnen sociale media en marketing enerzijds misleidend zijn en zo foute informatie verspreiden , en anderzijds een potentieel kanaal vormen om informatie rond gezonde levensstijl tot bij jongeren te krijgen. Daarnaast wordt misleidende marketing als belemmerend gezien en wordt aangehaald dat er regels nodig zijn in supermarkten en duidelijke voedingslabels. De literatuur ondersteunt deze bevindingen(5, 8, 12).

Ten tweede vormen de school en de gemeente een essentiële voedingsbodem voor gezondheidsinitiatieven. Deze bevindingen liggen in lijn met de evidentie(53). Studies hebben aangetoond dat kinderen meer risico vertonen op toename van het gewicht tijdens vakantieperiodes , mogelijks door het ontbreken van de positieve invloed van de school op belangrijke risicofactoren zoals vaste eetmomenten, beweging en een vast slaapschema(51). Ook Vlaamse huisartsen zien een grote rol weggelegd voor de school bij het aanleren van gezonde voedingsgewoonten, het aanbieden van bewegingsmogelijkheden en gezonde voeding(28). Een multidisciplinaire aanpak in scholen met betrekken van zowel kinderen als hun ouders wordt gesuggereerd als mogelijks de makkelijkst realiseerbare en meest effectieve manier om obesitas bij kinderen aan te pakken, gezien leerkrachten en ouders de beste rolmodellen zijn en deze strategie een bewezen lange termijn effect heeft op vlak van gezondere voedings- en bewegingsgewoonten(33).In deze studie wordt als belemmerend ervaren dat niet elke school gezonde voeding heeft door een gebrek aan universele regelgeving en organisatorische hindernissen. Nochtans speelt de voorziene voeding op school en de beschikbaarheid van een rustige eetomgeving een rol in de ontwikkeling van obesitas bij kinderen (12). Tevens adviseren richtlijnen dagelijks 60 minuten matige tot intensieve beweging voor kinderen van lagere schoolleeftijd(6, 46, 57). Sommige richtlijnen raden expliciet aan dit op de school te organiseren(6, 46, 57). Toch geven ouders en zorgverleners aan dat beweging op school onvoldoende wordt aangeboden omwille van praktische drempels en/of onvoldoende inclusieve leerdoelen en lesoefeningen. Daarnaast zijn de inclusieve sportmogelijkheden buiten de school nog onvoldoende gekend.

Gemeenten zouden meer moeten inzetten op het promoten van inclusiviteit in sportscholen en het voorzien van voordelige lokale sportvoordeelkaarten(58, 59), om zo respectievelijk motivationele en financiële alsook praktische drempels weg te nemen, gezien sportclubs in deze studie vaak werden bestempeld als ‘te ver’ en ‘te duur’. We weten dat gezondheidsinitiatieven die samenwerken met de gemeente of de school de toegang van patiënten tot intensieve gedragsinterventies sterk kunnen verhogen(6, 18, 54). Zo vertrekt integrale jeugdhulp in Nederland vanuit een goede verbinding en snelle schakels tussen generalistische zorg in de wijk en basisvoorzieningen en (regionale) specialistische vormen van hulp. (54)

Ten slotte dient op overheidsniveau te worden ingezet op het voorzien van aangepaste universele software met als doel het toegankelijk maken van de groeigegevens uit de preventieve sector. Gebruik makend van geïntegreerde tools zou dit de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren en het probleem van onderdiagnose in de eerste lijn kunnen helpen oplossen*(12, 26)*. Ten tweede dient te worden ingezet op preventie en sensibilisering, door duidelijke informatie te verspreiden om het stigma rond obesitas te reduceren *(47)*. In de literatuur wordt tevens benadrukt dat de preventie van obesitas de voorkeur heeft boven behandeling(22). Gezien obesitas een chronische aandoeningen is die veel begeleiding en zorg

kost, kan investeren in preventie de hoge kost aan symptoombestrijding later helpen voorkomen(11). Onderzoek heeft aangetoond dat België in 2019 zo'n 2% van het bruto binnenlands product (BBP) spendeerde aan de directe en indirecte gevolgen van obesitas (volwassenen en kinderen samen). Verwacht wordt dat dit kostenplaatje in de ontwikkelingslanden zal verdrievoudigen tegen 2060. (60). België spendeert 1,6% van het gezondheidsbudget aan preventie, daarmee scoren we onder het Europese gemiddelde van 2,9% en ver onder de WHO-doelstelling van 5%(61). Opties zoals het invoeren van een suikertaks , het belasten van ongezonde voeding, werden door sommige zorgverleners aangehaald maar door ouders slecht onthaald. Zij geven de voorkeur aan het bevoordelen van gezonde ten opzicht van ongezonde voeding door de eerste goedkoper te maken en de tweede te regulariseren op vlak van marketing in winkels en op sociale media.

4.2 Sterktes en zwaktes

Een eerste sterkte van dit onderzoek is dat er weinig andere Belgische studies zijn die de multidisciplinaire aanpak van obesitas bij kinderen in de eerste lijn onderzoeken. De studies die er zijn, zijn internationaal en meestal toegespitst op ervaring in de tweedelijnscentra(62-64). Ook zijn er erg weinig studies die de barrières en bevorderende factoren en verwachtingen van een dergelijke aanpak nagaan bij ouders, en ook het perspectief van de interdisciplinaire zorgverleners in de eerste lijn is vaak onderbelicht. Nochtans is de mogelijkheid om de visie van zorgverleners naast die van ouders te kunnen plaatsen, alsook de ervaring van de eerste en tweedelijns professionals te kunnen samenleggen erg waardevol. Deze kennis kan helpen bij het beter afstemmen van interventies op de behoeften van ouders en kinderen, waardoor het bereik van de interventies vergroot wordt en de kans op uitval verkleind.
Een andere sterkte van dit onderzoek is het kwalitatieve aspect. Door het mogelijk maken van onderlinge interactie kwamen zo ook mogelijke oplossingen van de geïdentificeerde barrières aan bod. Obesitas is tevens een complexe ziekte die ingrijpt op verschillende niveaus. Het breder kijken dan de huisartsenpraktijk biedt nieuwe samenwerkingsperspectieven. Hier is nood aan, gezien uit voorgaand onderzoek blijkt dat de Vlaamse huisartsen over onvoldoende draagkracht en ondersteuning beschikken om op zichzelf multidisciplinaire behandeling voor kinderen met obesitas te voorzien(28).
Een laatste sterkte is dat de focusgroepen telkens door dezelfde hoofdonderzoeker werden begeleid. Dit zorgt voor consistentie in de data. Ondanks een gevarieerde samenstelling van medisch geschoolde professionals, omkaderende zorgverleners alsook ouders werd saturatie van de bevindingen bereikt. Het gebruiken van de van de COREQ methode vergroot tevens de validiteit van dit onderzoek.

Dit onderzoek heeft echter ook enkele beperkingen. Een eerste en belangrijke beperking is dat het een doelgerichte steekproef betreft. Ten eerste werd slechts 1 regio bevraagd. Hoewel lokale initiatieven (sportclubs, gemeenten,…) kunnen variëren, kan toch worden aangenomen dat de meeste bevindingen van dit onderzoek op individueel, interpersoonlijk en maatschappelijk niveau (schoolbeleid, wetgeving, financiële drempels,..) extrapoleerbaar zijn naar een groter gebied. Ten tweede is er sprake van selectiebias wat betreft de geïncludeerde ouders. Gezien zij allen een vaste huisarts hadden, deze op eigen initiatief consulteerden omwille van een vraag rond obesitas bij hun kind en konden communiceren in een gemeenschappelijke taal. Ten derde werden kinderen niet bevraagd, en zijn hun behoeften in het behandelen van obesitas weinig onderzocht(22).
Hoewel de variatie aan deelnemers als erg verrijkend ervaren werd door de onderzoekers, waren enkele subgroepen ondervertegenwoordigd. Geen enkele psycholoog in de eerste lijn ging in op de uitnodigingen. Als reden werd opgegeven onvoldoende tijd en/of te weinig ervaring met kinderen met obesitas. In de tweede lijn ontbrak het aan een bewegingscoach omwille van tijdelijke werkonderbreking. Hun perspectief kon onvoldoende worden geëxploreerd.
Naast selectiebias is er mogelijks ook sprake van response bias, gezien focusgroepgesprekken steeds het risico met zich meebrengen dat de deelnemers sociaal wenselijke antwoorden geven en dit mogelijks nog kan versterkt worden doordat enkele deelnemers de hoofdonderzoeker reeds kenden (3 ouders (38%) en 5 zorgverleners (20%)).Echter vermoeden onderzoekers dat deze vorm van bias in dit onderzoek beperkt is aangezien vele bevindingen consistent zijn met de literatuur.
Ten slotte was data bias niet volledig te vermijden gezien het onderzoek hoofdzakelijk door de hoofdonderzoek werd uitgevoerd. Om alsnog een 'constant comparison process' te kunnen toepassen werd de codering tussentijds (na 2 focusgroepgesprekken) en finaal bij het opstellen van de gemeenschappelijke codeboom geëvalueerd.

4.3 Toekomstperspectief

Door het implementeren van een doelgericht behandelingsplan op maat, rekening houdend met de geïdentificeerde faciliterende en belemmerende factoren uit dit vooronderzoek , zou kunnen geoogd worden op een meer efficiënte inzet van kostbare tijd, middelen en bovenal een hoger deelname- en doorzettingspercentage van zowel zorgverleners in de eerste lijn als patiënten en hun ouders.
Het gaat in deze studie om een vooronderzoek, opdat er uit deze aanbevelingen praktische projecten kunnen voortvloeien, die dan zouden kunnen worden geëxtrapoleerd op groter niveau resulterend in een meer realistisch haalbare multidisciplinaire aanpak van obesitas bij kinderen in regionaal verspreide multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Een vervolgstudie zou dan ook kunnen zijn, het opstarten van een piloot-praktijkverbeterproject, waarbij kinderen met obesitas multidisciplinair begeleid worden vanuit de eerste lijn.

Er is nood aan verder onderzoek naar de haalbaarheid en implementatie van de voorgestelde oplossingen voor de ervaren faciliterende en belemmerende factoren. De nood aan lange termijn onderzoek met patiënt gerapporteerde uitkomstmaten wordt mede ondersteund door de bevindingen van dit onderzoek. Immers blijkt dat, om ouders tot actie te bewegen en kinderen gemotiveerd te krijgen en te houden, is het centraliseren van de last van het kind ten gevolgen van diens obesitas essentieel in de bepaling van het gepersonaliseerde multidisciplinaire beleid en de opvolging. Maar de noden van kinderen bij de aanpak van obesitas zijn nog onvoldoende onderzocht.

Er is tevens nood aan meer sensibilisering rond obesitas bij kinderen. Het belang hierover te praten blijkt ook uit deze thesis. De onderzoekers merkten immers dat de focusgroepgesprekken hebben aangezet tot denken. Zo zette een zorgjuf haar leerlingenraad aan het brainstormen, zag het CLB een mogelijkheid om het thema hoog op de agenda te plaatsen van de jaarlijkse bijscholingsweek, ervaarden ouders de uitwisseling van ervaring als heel boeiend en stelden sommigen zelfs voor om een informatiemoment met hun kinderen te organiseren.
De onderzoekers wensen zelf ook hun steentje bij te dragen aan dit aspect van informeren en sensibiliseren. Zo zal deze thesis leiden tot een samenwerkingsverband met het tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg (TvGG) met plannen voor een themanummer en een podcast.

Ten slotte is er ook nood aan actie op overheidsniveau, zoals bleek uit deze en voorgaande studies. De onderzoekers namen deel aan de wereld obesitasdag van de Belgische vereniging voor de studie van obesitas (BASO)(65). Terwijl de beleidsmakers nadenken over hoe ze meer middelen kunnen vrijmaken voor preventie, zo blijkt, blijft het onderzoeken naar het belang ervan alsook naar de ervaring van ouders en hulpverleners essentieel om te komen tot efficiënte inzet van middelen, die ook de organisatie van de eerste lijn ten goede komen.

5. CONCLUSIE

Deze kwalitatieve studie onderzocht de faciliterende en belemmerende factoren van een multidisciplinaire aanpak van obesitas bij kinderen (2 tot 17 jaar), volgens de beleving van zorgverleners in de eerste en tweede lijn en ouders. Tevens resulteerde dit onderzoek in enkele aangeboden oplossingen om tegemoet te komen aan deze geïdentificeerde factoren.
Er werden 5 focusgroepen georganiseerd, waaraan in afzonderlijke groepen 8 ouders, 8 tweedelijnszorgverleners en 17 eerstelijnszorgverleners deelnamen. Na analyse van deze focusgroepen werden 6 hoofdthema's onderscheiden: intrinsiek, omgeving, praktisch, organisatie, communicatie, en maatschappij. Betreffende elk van deze categorieën, ondervonden zowel ouders als zorgverleners gelijkaardige faciliterende en belemmerende factoren. Zowel ouders als zorgverleners identificeerden gelijkaardige factoren in elk van deze categorieën. Deze bevindingen kwamen grotendeels overeen met de internationale literatuur, alsook de schaarse Belgische literatuur.

Op intrinsiek vlak is het hebben van ziekte-inzicht en begrip, eigen initiatief en motivatie, het ondervinden van last, en het van nature aanwezige kopieergedrag ten opzichte van voorbeeldfiguren bevorderend. Echter hebben kinderen volgens ouders en zorgverleners vaak net een tekort aan motivatie, mede omdat ze er vaak geen last van ondervinden en het hen ontbreekt aan ziekte-inzicht. Ook hebben ze soms onderliggende ziekten of complicaties die belemmerend zijn. Ten slotte vertonen ze vaak sedentair gedrag, schaamte en negatief eet- of kopieergedrag ten opzichte van de ongezonde gewoonten van hun ouders. Educatie, motivationele gespreksvoering en gepersonaliseerde adviezen kunnen helpen om deze factoren positief te beïnvloeden.

De belangrijkste omgevingsfactor blijkt het gezin en vooral de ouders. De motivatie van ouders en het gemeenschappelijk gezinsfunctioneren zijn essentieel maar komen vaak in het gedrang door verkeerde percepties rond voeding en obesitas, verkeerde verwachtingen rond het zorgaanbod en het vermijden van confrontatie met eigen obesitas. Een totale gezinsaanpak is noodzakelijk. Gezondheidseducatie, eventueel georganiseerd in groepssessies voor ouders, en het vooraf nagaan van barrières en verwachtingen van ouders kunnen hierbij helpen.
Er dient rekening gehouden te worden met een verschil in visie omtrent obesitas en de behandelnood tussen ouders en zorgverleners onderling, door te focussen op de 'evidence based' behandelingsprioriteiten van bevordering in psychosociaal welbevinden en vermijden van secundaire complicaties, gezien deze aansluiting vinden bij de visie van ouders in dit onderzoek.
Naast het gezin worden grootouders die vaak niet betrokken zijn in het beleid en de groep, met pestgedrag ten op zichte van een goede groepsdynamiek, als nadelige omgevingsfactoren aangehaald.

Op praktisch vlak vormen voldoende toegankelijkheid van de zorg door te verre afstanden tot sportclubs, onvoldoende tijd van ouders en zorgverleners en lage sociale status van gezinnen enerzijds, en financiële drempels op vlak van consultaties, voeding en sportmogelijkheden anderzijds een probleem. Een laagdrempelig multidisciplinair aanbod binnen de eerstelijns regio met meer en betaalbare regionale sportclubs en betere terugbetalingsmodaliteiten kan hier volgens dit onderzoek soelaas in brengen.

Op organisatorisch vlak is het beleid vaak niet optimaal door het vastlopen van de doorverwijzing en het risico op overconsultatie. Multidisciplinaire samenwerking is essentieel zolang het gepaard gaat met gemeenschappelijke doelen, voldoende overlegmomenten en delen van medische gegevens onderling tussen zorgverleners met ervaring, hetgeen allen vaak tekort schiet in de eerste lijn, zo blijkt. Tot slot is de organisatie van beweging nog onvoldoende gecoördineerd in de eerste lijn met onvoldoende gekende

inclusieve beweegmogelijkheden in niet-competitieve sportclubs en op school. Het aanstellen van een coördinator in de eerste lijn (andere dan de huisarts, bij voorkeur een bewegingscoach) alsook het promoten van inclusiviteit op school en in sportclubs en het beschikbaar stellen van de groeicurves voor alle eerstelijnszorgverleners kan tegemoet komen aan deze organisatorische drempels.

Op communicatief vlak ervaren zorgverleners obesitas als een moeilijk onderwerp vanwege een tekort aan kennis van gesprekstechnieken. Geïdentificeerde handvaten zijn een weloverwogen gesprek, bij voorkeur op initiatief van een professionele zorgverlener, met gebruik van een positieve, persoonlijke benadering, met positieve verwoording van obesitas en met focus op succesbeleving en ten slotte rekening houdend met een mogelijke taal- en/of cultuurbarrière. Daarentegen dient een stigmatiserende benadering met gebruik van woorden zoals 'obesitas' en 'overgewicht' en een focus op het gewicht in een onpersoonlijk contact absoluut vermeden te worden, gezien deze een averechts effect kunnen hebben op het kind en/of diens ouders. Het promoten en ondersteunen van opleidingsmogelijkheden voor professionals in gesprekstechnieken met nadruk op de motivationele gespreksvoering, alsook het meegeven van concrete duidelijke informatie en aanpassen van richtlijnen aan cultuur werden als oplossing voorgesteld.

Op maatschappelijk vlak kunnen sociale media en marketing enerzijds misleidend zijn en anderzijds een potentieel kanaal vormen om informatie rond gezonde levensstijl tot bij jongeren te krijgen. Ten tweede vormen de school en de gemeente een essentiële voedingsbodem voor gezondheidsinitiatieven, al heeft niet elke school gezonde voeding door een gebrek aan universele regelgeving en organisatorische hindernissen. Gemeenten zouden meer moeten inzetten op het promoten van inclusiviteit in sportscholen en het voorzien van voordelige lokale sportvoordeelkaarten. Ten slotte dient op overheidsniveau te worden ingezet op preventie en sensibilisering en het toegankelijk maken van de groeigegevens uit de preventieve sector.

REFERENTIES

1. Muniyappa R, Sowers JR. Role of insulin resistance in endothelial dysfunction. Reviews in endocrine & metabolic disorders. 2013;14(1):5-12.
2. Obesity and overweight. WHO [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
3. prof. dr. Jean De Schepper (VUB) dMRDZ, prof. dr. Willem Staels et al. Onderzoeksproject nieuwe Vlaamse groeicurven. 2024.
4. Li W, Liu Q, Deng X, Chen Y, Liu S, Story M. Association between Obesity and Puberty Timing: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(10).
5. Hoey H. Management of obesity in children differs from that of adults. Proc Nutr Soc. 2014;73(4):519-25.
6. Smith JD, Fu E, Kobayashi MA. Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. Annu Rev Clin Psychol. 2020;16:351-78.
7. Shah NR, Braverman ER. Measuring adiposity in patients: the utility of body mass index (BMI), percent body fat, and leptin. PloS one. 2012;7(4):e33308.
8. WHO. Obesity and overweight: WHO (World Health Organisation); 2024 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
9. Burki T. European Commission classifies obesity as a chronic disease. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021;9(7):418.
10. Bhutta ZA, Norris SA, Roberts M, Singhal A. The global challenge of childhood obesity and its consequences: what can be done? Lancet Glob Health. 2023;11(8):e1172-e3.
11. van Ballegooie E, Aalbers M, Schaars D, Butselaar L, Barten M, Kronenburg J, et al. De huisarts brengt de bal aan het rollen* . Bijblijven. 2011;26(10):9-17.
12. Wolf AN, Elise & Vanbesien, Jesse & Staels, Willem & De Schepper, Jean & Gies, Inge. . Optimizing Childhood Obesity Management: The Role of Edmonton Obesity Staging System in Personalized Care Pathways. 2024.
13. Laura M. Kinlin M,i Stephan M. Oreskovich, Raluca Dubrowski et al. Managing Obesity in Young Children: A Multiple Methods Study Assessing Feasibility, Acceptability, and Implementation of a Multicomponent, Family-Based Intervention. CHILDHOOD OBESITY. 2022;18(6).
14. The Lancet Gastroenterology H. Obesity: another ongoing pandemic. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2021;6(6):411.
15. Wensveen FM, Valentic S, Sestan M, Turk Wensveen T, Polic B. The "Big Bang" in obese fat: Events initiating obesity-induced adipose tissue inflammation. European journal of immunology. 2015;45(9):2446-56.
16. Nowell H Phelps* RKS, Bin Zhou*, Rachel A Heap et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2024;403(10431):1027-50.
17. overheid SiovdB. Overgewicht en obesitas in België2018. Available from: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/obesitas/cijfers.
18. Tucker S, Bramante C, Conroy M, Fitch A, Gilden A, Wittleder S, et al. The Most Undertreated Chronic Disease: Addressing Obesity in Primary Care Settings. Curr Obes Rep. 2021;10(3):396-408.
19. Polfliet L. Overgewicht bij kinderen: de rol van de huisarts in een multidisciplinaire aanpak: Universiteit Gent.
20. Vandenbosch S. Overgewicht bij kinderen, implementatie en evaluatie van een protocol in twee Gentse wijkgezondheidscentra.: Universiteit Gent.
21. RIZIV-FGOV. Zorgtraject obesitas bij kinderen: multidisciplinaire zorg voor een betere behandeling van uw jonge patiÃ«nten | RIZIV: RIZIV; 2024 [Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/gespecialiseerde-centra/zorgtraject-obesitas-bij-kinderen-multidisciplinaire-zorg-voor-een-betere-behandeling-van-uw-jonge-patienten.
22. Londen-Barentsen Mv, Dijken Mv, Kalmthout MEv. Kwalitatieve evaluatiestudie van de ketenaanpak overgewicht bij kinderen in gemeente Oss [Master Thesis]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2019.
23. S. Depoorter HFDOS. Multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Mag het een maatje meer zijn? : AZlink; 2021 [Available from: https://www.azlink.be/artikel/overgewicht-en-obesitas-bij-kinderen/.
24. Christison AL, Ariza AJ, Fernandez C, Kumar S, Novick MB, Santos M, et al. Challenges and solutions to sustaining paediatric weight management programs in the United States. Clin Obes. 2023;13(3):e12577.
25. Wiggers A. Overgewicht en obesitas bij kinderen.: Universiteit Gent.
26. Paquette JS, Théorêt L, Veilleux L, Graham J, Paradis MP, Chamberland N, et al. Childhood obesity diagnosis and management remains a challenge despite the use of electronic health records: A retrospective study. Health Sci Rep. 2022;5(5):e763.
27. Ingol TT, Li R, Ronau R, Klebanoff MA, Oza-Frank R, Rausch J, et al. Underdiagnosis of obesity in pediatric clinical care settings among children born preterm: a retrospective cohort study. International journal of obesity (2005). 2021;45(8):1717-27.
28. Aertgeerts AFEGAWB. Aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk: ervaring van artsen. Leuven: KU Leuven; 2020 – 2023.
29. Ltd DPC. Overgewicht en obesitas bij kinderen ebpracticenet2022 [Available from: https://ebpnet.be/nl/ebsources/1169.
30. Stijnen I. Aanpak van overgewicht bij kinderen uit de lagere school.: Katholieke Universiteit Leuven.
31. Dhaliwal J, Nosworthy NM, Holt NL, Zwaigenbaum L, Avis JL, Rasquinha A, et al. Attrition and the management of pediatric obesity: an integrative review. Childhood obesity (Print). 2014;10(6):461-73.
32. Morrison KM, Ball GDC, Ho J, Mackie P, Buchholz A, Chanoine JP, et al. The CANadian Pediatric Weight management Registry (CANPWR): lessons learned from developing and initiating a national, multi-centre study embedded in pediatric clinical practice. BMC Pediatr. 2018;18(1):237.
33. Kelishadi R, Azizi-Soleiman F. Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. J Res Med Sci. 2014;19(10):993-1008.
34. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. Obes Rev. 2011;12(11):912-34.
35. B. WSMPWMWJAVM. Challenges and Successes of a Multidisciplinary Pediatric Obesity Treatment Program. Nutrition in Clinical Practice. 2024;29(6):780-5.
36. Sallinen Gaffka BJ, Frank M, Hampl S, Santos M, Rhodes ET. Parents and pediatric weight management attrition: experiences and recommendations. Childhood obesity (Print). 2013;9(5):409-17.
37. Gehring1 ND, GDCBguc, 2, Arnaldo Perez1, NLH, DN, NS, , et al. Families' perceived benefits of home visits for managing paediatric obesity outweigh the potential costs and barriers. Acta Paediatrica. 2018;107:315-21.

38. Weber CC, Gal-Duding C, Maggio AB. Family based behavioral treatment in adolescents suffering from obesity: evolution through adulthood. BMC Pediatrics. 2024;24(1):1-8.
39. Broekaert H. Nieuwe zorgtrajecten voor kinderen en jongeren met obesitas en eetstoornissen: domus medica; 2023 [Available from: https://www.domusmedica.be/actueel/nieuwe-zorgtrajecten-voor-kinderen-en-jongeren-met-obesitas-en-eetstoornissen.
40. Eetexpert. Gewichtsproblemen - Eetexpert 2024 [Available from: https://eetexpert.be/info-per-thema/gewichtsproblemen/.
41. Tremblay M, Perez AJ, Rasquinha AM, Avis JL, Morrison KM, Chanoine JP, et al. Recommendations From Parents to Improve Health Services for Managing Pediatric Obesity in Canada. Acad Pediatr. 2016;16(6):587-93.
42. Vlaamse Groeicurven 2 – 20 jaar Handleiding voor gebruik en interpretatie - <H1Rev1-20040916-NP2-20-1.pdf>.
43. Tong A, School of Public Health UoS, NSW 2006, Australia, Centre for Kidney Research TCsHaW, NSW 2145, Australia, Sainsbury P, School of Public Health UoS, NSW 2006, Australia, Population Health SSWAHS, NSW 2170, Australia, et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2024;19(6):349-57.
44. Maguire M, Delahunt B. Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. https://ojsaisheorg/indexphp/aishe-j. 2017.
45. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. 2008.
46. August GP, Caprio S, Fennoy I, Freemark M, Kaufman FR, Lustig RH, et al. Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2008;93(12):4576-99.
47. BASO (Belgian Association for the Study of Obesity) OOPB. Policy recommendations for a holistic approach to obesity as a chronic disease - white paper. World obesity day: time for action!; 7 februari 2024; L42, Wetstraat, 1080 Brussel, Belgium2024.
48. Naets1 T, Vervoort1 L, Tanghe2 A, Braet C. Adherence and barriers in e-health self-control training for enhancing childhood multidisciplinary obesity treatment. Wiley. 2020;27:42-51.
49. Hay P, Mitchison D. Eating Disorders and Obesity: The Challenge for Our Times. Nutrients. 2019;11(5).
50. S Z, L S, HI A. Barriers and Facilitators of Weight Management among School Children with Obesity: A Qualitative Investigation of Parents' Perceptions. Nutrients. 2022;14(23).
51. Badesha HS, Bagri G, Nagra A, Nijran K, Singh G, Aiyegbusi OL. Tackling childhood overweight and obesity after the COVID-19 pandemic. Lancet Child Adolesc Health. 2021;5(10):687-8.
52. KE D, EB R, AJ F, GE P, AF S. Parent-perceived barriers to child weight management: Measure validation in a clinical sample. Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare. 2020;38(2).
53. Wood ACH, Pratt K. School-based health: an area of opportunity to address challenges in management of pediatric obesity and type 2 diabetes. Curr Opin Pediatr. 2024;36(1):33-41.
54. Elle Verheijden MdL. Wat werkt bij integrale jeugdhulp? | Nederlands Jeugdinstituut: Nederlands Jeugdinstituut; 2016 [Available from: https://www.nji.nl/integrale-jeugdhulp/wat-werkt#werkzame-factoren.
55. overheid EVmsvdV. Multidisciplinair overleg (MDO) in eerstelijnszone Gent 2024 [Available from: https://www.eerstelijnszone.be/mdo-aanvragen.
56. medica d. Toekomstdocument 2025 2018 [updated 19/11/2020. Available from: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Toekomstdocument_2025_Domus_Medica.pdf.
57. F S, S V, S K, F L, P C, M W, et al. More than just body mass index: Using the Edmonton obesity staging system for pediatrics to define obesity severity in a multi-ethnic Australian pediatric clinical cohort. Obesity science & practice. 2022;9(3).
58. Vlaanderen S. Sportsnack 2024 [Available from: https://www.sport.vlaanderen/scholen/organiseer-naschoolse-sport/sportsnack/.
59. Vlaanderen S. Sport na school 2024 [Available from: https://sportnaschool.be/.
60. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. BMJ Glob Health. 2022;7(9).
61. ondernemingen) VVnv. Oproep Voka: verdrievoudig het budget voor preventieve gezondheidszorg: VOKA (Vlaams netwerk van ondernemingen); 2023 [Available from: https://www.voka.be/nieuws/oproep-voka-verdrievoudig-het-budget-voor-preventieve-gezondheidszorg#:~:text=Belgi%C3%AB%20spendeert%201%2C6%25%20van%20het%20gezondheidsbudget%20aan%20preventie%2C,euro%20naar%20330%20euro%20per%20persoon%20per%20jaar.
62. Darling KE, Ruzicka EB, Shields C, Putt GE, Sato AF. Barriers to weight management in adolescence: Measure adaptation among adolescents presenting to an interdisciplinary weight management clinic. J Child Health Care. 2023;27(4):643-53.
63. KM C-Y, LA H. Nutritional Management of the overweight child with type 2 diabetes. Pediatric annals. 2005;34(9).
64. Burton ET, Smith WA, Thurston IB, Gray E, Perry V, Jogal S, et al. Interdisciplinary Management of Pediatric Obesity: Lessons Learned in the Midsouth. Clin Pediatr (Phila). 2018;57(5):509-18.
65. (BASO) TBAftSoO. World Obesity Day : Time for action ! 2024 [Available from: https://belgium.easo.org/events/world-obesityday-time-for-action/.

BIJLAGEN

Bijlage I: Goedkeuring Ethische Commissie (externe bijlage)

Bijlage II: Goedgekeurd protocol (externe bijlage)

Bijlage III: Codeboom

Bijlage IV: Interviewgids met vragenlijst zorgverleners, vragenlijst ouders

Bijlage III: Codeboom

THEMA	subthema	BEVORDEREND	BELEMMEREND	OPLOSSINGEN
INTRINSIEK	**inzicht/begrip**	Bewustzijn overgewicht en gezondheidsrisico's (1-5)	Geen ziekteinzicht en -bewustzijn (1-5)	Educatie (omtrent obesitas en gevolgen) (1-3)
		leeftijd ouder dan 14 jaar beter begrip (4-5)	leeftijd jonger dan 14 jaar onvoldoende begrip (4-5)	hulpverlenering voor 14 jaar (veranderbare gewoonten) versus erna (beter begrip, zelf kunnen initiëren) (4-5)
	motivatie	eigen initiatief (1-2,4-5)	enkel komen owv doorverwijzing (1-2,4)	gepersonaliseerde adviezen vertrekkende vanuit de beleving van het kind(1-3)
		leeftijd 0-12j meestal intrinsiek wel motivatie, beïnvloedbaar (2,4-5)	leeftijd 13-18j vaak gebrek aan motivatie om te bewegen of op voeding te letten (2, 4-5)	invloedmogelijkheden lagere- (vnl. ouders, school) vs. middelbare schoolleftijd (vnl. peerinvloed) (2,5)
		kind heeft er last van (2,4-5)	kind heeft er geen last van (1-2,4-5)	motivationele gespreksvoering vertrekkende vanuit klachten kind (1,2)
	ernst		complicaties en/of andere ziekten (1-2,4-5)	
			➢autisme (3-4)	
			➢groei- of eetstoornis in de voorgeschiedenis (4-5)	
	gedrag		sedentair gedrag, computer en gaming (1,4)	virtual reality en gaming bewegingstherapie (3-4)
			schaamte (2-5)	psycholoog bij multidisciplinaire begeleiding desgevallend essentieel (3-5)
		kopieergedrag (gezonde voeding en inclusiviteitsgedrag) (2,4)	kopieergedrag (ongezonde levensstijl) vnl. tov. ouders (2,5)	gezondheidsadviezen gericht op het hele gezin + leerkracht/sport-/vrijetijdsbegeleider opleiden (2,4)
			eten zonder respecteren hongergevoel (3-5)	
OMGEVING	**motiviatie (ouder)**	sterk en actief gezinsnetwerk met zowel ouder als kind gemotiveerd (1-3)	enkel ouders/kind of slechts 1 van beide ouders gemotiveerd (1-4)	gezin betrekken inclusief ex-partner (1-5)
		stabiel thuissituatie (1-2,4-5), geen gescheiden partners (1-2,4-5)	geen gemeenschappelijk gezinsfunctioneren (gezonde voeding, samen sporten)	Totale gezinsaanpak (gezonde voeding en beweging voor het hele gezin promoten om betrokkenheid verhogen) (1-2)
		ouder zelf last van overgewicht of consequenties ervan (1,2)	familiaal overgewicht (1-2,4-5)	
			ouder wil geen confrontatie met eigen overgewicht (1-2,4-5)	ouder wenst kinderen te sensibiliseren in de plaats (4,5) ; ouders samenbrengen (kunnen elkaar motiveren) (2,3)
			ouder denkt dat overgewicht familiaal/genetisch is (1-2,4-5)	gezondheidseducatie ouders (informeren over gezondheidsrisico's) (1,3)
			verkeerde perceptie voeding en obesitas (2-5)	gezondheidseducatie ouders (informeren over gezonde voeding en obesitas)(1,3)
			verkeerde of onvoldane verwachtingen zorgaanbod (2-5)	vooraf verwachtingen ouders en zorgverleners overeenstemmen (4-5)
	➢visie overgewicht	ouder wil ingrijpen als kind zich zichtbaar niet goed in zijn vel voelt (4-5)	ouder wil niet tussenkomen in geluk als kind zich goed voelt (4-5)	
		langdurig of heel veel overgewicht (4,5)	langdurig overgewicht (1,2)	
		objectivering van de ernst (1-5)	BMI gelimiteerd als ernstinschatting (4,5)	
	grootouders		grootouders vaak niet betrokken/respecteren voedingsrichtlijnen (1,3-5)	
	groep	goede groepsdynamiek (2-3, 5)	Geïsoleerd kind (2-3,5), pestgedrag (2,4-5)	begeleiding/ingrijpen ook op groepsniveau (1-5)
PRAKTISCH	**toegankelijkheid zorg**	laagdrempelig multidisciplinair aanbod in de regio (1,3,4)		
			hulpverlening aan huis (4,5)	
			sportclub te ver weg (2, 5)	
			onvoldoende tijd ouders en zorgverleners (1-5)	
		geen sociaal complicerende factoren (1,2)	Lage social status (1-3,5)	
	financieel		terugbetaling omslachtig en beperkt (1,3-4)	
		naschoolse 'sportsnack' lagere school goedkoop en succesvol (1-3)	sportclub te duur (2-4)	
			gezonde voeding te duur (2-4)	
	Beleid(splan)	duidelijk protocol doorverwijzing (1-5)	verwijzing loopt vast (1-2,4-5)	
			➢geen concrete verwijsinfo (1-2,4-5)	
			➢onvoldoende coördinerende capaciteit preventieve sector (1-2)	
			➢geen centrale coördinator in eerste lijn (1-2)	
		zorg op maat van het kind en diens leefwereld (2-4)		
		haalbaarheid (1-5)	te moeilijk/te zwaar (2-5)	
		opvolging makkelijk en corect (1,5)	overconsultatie (4,5)	
		goede opvolging groeicurves preventieve sector (1,2,4)		
		holistische benadering multifactorieel overgewicht(1-5)		

THEMA	subthema	BEVORDEREND	BELEMMEREND	OPLOSSINGEN
INTRINSIEK	**inzicht/begrip**	Bewustzijn overgewicht en gezondheidsrisico's (1-5) leeftijd ouder dan 14 jaar beter begrip (4-5)	Geen ziekteinzicht en -bewustzijn (1-5) leeftijd jonger dan 14 jaar onvoldoende begrip (4-5)	Educatie (omtrent obesitas en gevolgen) (1-3) hulpverlenering voor 14 jaar (veranderbare gewoonten) versus erna (beter begrip, zelf kunnen initiëren) (4-5)
	motivatie	eigen initiatief (1-2,4-5) leeftijd 0-12j meestal intrinsiek wel motivatie, beïnvloedbaar (2,4-5)	enkel komen owv doorverwijzing (1-2,4) leeftijd 13-18j vaak gebrek aan motivatie om te bewegen of op voeding te letten (2, 4-5)	gepersonaliseerde adviezen vertrekkende vanuit de beleving van het kind(1-3) invloedmogelijkheden lagere- (vnl. ouders, school) vs. middelbare schoolleftijd (vnl. peerinvloed) (2,5)
	ernst	kind heeft er last van (2,4-5)	kind heeft er geen last van (1-2,4-5) complicaties en/of andere ziekten (1-2,4-5) ➢autisme (3-4) ➢groei- of eetstoornis in de voorgeschiedenis (4-5)	motivationele gespreksvoering vertrekkende vanuit klachten kind (1,2)
	gedrag		sedentair gedrag, computer en gaming (1,4) schaamte (2-5)	virtual reality en gaming bewegingstherapie (3-4) psycholoog bij multidisciplinaire begeleiding desgevallend essentieel (3-5)
		kopieergedrag (gezonde voeding en inclusiviteitsgedrag) (2,4)	kopieergedrag (ongezonde levensstijl) vnl. tov. ouders (2,5) eten zonder respecteren hongergevoel (3-5)	gezondheidsadviezen gericht op het hele gezin + leerkracht/sport-/vrijetijdsbegeleider opleiden (2,4)
OMGEVING	**motiviatie (ouder)**	sterk en actief gezinsnetwerk met zowel ouder als kind gemotiveerd (1-3) stabiel thuissituatie (1-2,4-5), geen gescheiden partners (1-2,4-5) ouder zelf last van overgewicht of consequenties ervan (1,2)	enkel ouders/kind of slechts 1 van beide ouders gemotiveerd (1-4) geen gemeenschappelijk gezinsfunctioneren (gezonde voeding, samen sporten) familiaal overgewicht (1-2,4-5) ouder wil geen confrontatie met eigen overgewicht (1-2,4-5) ouder denkt dat overgewicht familiaal/genetisch is (1-2,4-5) verkeerde perceptie voeding en obesitas (2-5) verkeerde of onvoldane verwachtingen zorgaanbod (2-5)	gezin betrekken inclusief ex-partner (1-5) Totale gezinsaanpak (gezonde voeding en beweging voor het hele gezin promoten om betrokkenheid verhogen) (1-2) ouder wenst kinderen te sensibiliseren in de plaats (4,5) ; ouders samenbrengen (kunnen elkaar motiveren) (2,3) gezondheidseducatie ouders (informeren over gezondheidsrisico's) (1,3) gezondheidseducatie ouders (informeren over gezonde voeding en obesitas)(1,3) vooraf verwachtingen ouders en zorgverleners overeenstemmen (4-5)
	➢**visie overgewicht**	ouder wil ingrijpen als kind zich zichtbaar niet goed in zijn vel voelt (4-5) langdurig of heel veel overgewicht (4,5) objectivering van de ernst (1-5)	ouder wil niet tussenkomen in geluk als kind zich goed voelt (4-5) langdurig overgewicht (1,2) BMI gelimiteerd als ernstinschatting (4,5)	
	grootouders		grootouders vaak niet betrokken/respecteren voedingsrichtlijnen (1,3-5)	
	groep	goede groepsdynamiek (2-3, 5)	Geïsoleerd kind (2-3,5), pestgedrag (2,4-5)	begeleiding/ingrijpen ook op groepsniveau (1-5)
PRAKTISCH	**toegankelijkheid zorg**	laagdrempelig multidisciplinair aanbod in de regio (1,3,4)		
			hulpverlening aan huis (4,5) sportclub te ver weg (2, 5) onvoldoende tijd ouders en zorgverleners (1-5)	
		geen sociaal complicerende factoren (1,2)	Lage social status (1-3,5)	
	financieel		terugbetaling omslachtig en beperkt (1,3-4)	
		naschoolse 'sportsnack' lagere school goedkoop en succesvol (1-3)	sportclub te duur (2-4) gezonde voeding te duur (2-4)	
	Beleid(splan)	duidelijk protocol doorverwijzing (1-5)	verwijzing loopt vast (1-2,4-5) ➢geen concrete verwijsinfo (1-2,4-5) ➢onvoldoende coördinerende capaciteit preventieve sector (1-2) ➢geen centrale coördinator in eerste lijn (1-2)	
		zorg op maat van het kind en diens leefwereld (2-4)		
		haalbaarheid (1-5)	te moeilijk/te zwaar (2-5)	
		opvolging makkelijk en corect (1,5)	overconsultatie (4,5)	
		goede opvolging groeicurves preventieve sector (1,2,4)		
		holistische benadering multifactorieel overgewicht(1-5)		

Bijlage IV: interviewgids en vragenlijst voor zorgverleners en ouders

GIDS EN VRAGENLIJST VOOR FOCUSGROEP MET ZORGVERLENERS:

1. Welkom, korte voorstelling en dankwoord

Welkom iedereen en bedankt om hier vandaag aanwezig te zijn.
Ik ben Evy Berlanger , huisarts in opleiding. In het kader van mijn opleiding doe ik onderzoek naar de begeleiding van kinderen met overgewicht in de huisartsenpraktijk. Tijdens dit interview zal ik polsen naar uw perceptie omtrent overgewicht bij kinderen (5.1), uw ervaring met het begeleiden van kinderen met overgewicht (5.2), alsook uw perceptie omtrent multidisciplinaire begeleiding in de huisartsenpraktijk (5.3). We zullen ons hierbij vooral toespitsen op wat u vindt dat goed of minder goed verloopt en hoe het dan volgens u best wel zou verlopen. Voor we beginnen nog even het volgende. Uw persoonlijke mening is heel erg waardevol. Er zijn geen juiste of foute antwoorden in het gesprek dat we zo dadelijk zullen hebben.

2. Praktische uitleg studie

Het geluid van dit gesprek wordt opgenomen en nadien uitgetypt. Alles wat u zegt zal anoniem worden verwerkt. Dat wil zeggen dat uw naam nergens zal vermeld worden, maar u elk een codenummer zult krijgen. Tijdens het interview zal ik zelf de vragen stellen en ze later ook zelf uittypen. Hierna zal ik de opname van dit gesprek volledig verwijderen. De uitgeypte geanonimiseerde versie van dit gesprek zal veilig worden bewaard op het beveiligde netwerk van de huisartsenvakgroep HUIS VUB en zal over ten laatste 10 jaar volledig worden verwijderd.

3. Korte voorstelling aanwezigen

-Alle aanwezigen krijgen een naamkaartje.
-Wie bent u? Wat is uw beroep of zorgrol met betrekking tot kinderen met overgewicht?

4. Informed consent

Om alles correct te laten verlopen, geef ik ieder van u twee identiek dezelfde folders met informatie over dit onderzoek. U mag deze folder rustig doorlezen, beiden handtekenen op de laatste bladzijde en eentje ervan aan mij terug bezorgen. De andere folder mag u houden. Als er vragen zijn mag u deze gerust stellen.

5. Interview vragen

5.1 PERCEPTIE omtrent DEFINITIE:

-**Wat** is overgewicht volgens u?
-**Wanneer** heeft een kind volgens u begeleiding nodig?

5.2 ERVARING omtrent GESPREKSVOERING en BEGELEIDING:

-Ging u als zorgverlener reeds in **gesprek** over het overgewicht van een kind ? Wat was uw ervaring hiermee? Wat verliep goed, wat verliep minder goed? Hoe zou deze gespreksvoering beter of idealiter kunnen verlopen volgens jou?

-Bent u reeds in aanraking gekomen met de **begeleiding** van kinderen met overgewicht? Wat was uw ervaring hiermee? Wat verliep goed, wat verliep minder goed? Hoe zou deze begeleiding beter of idealiter kunnen verlopen volgens jou?

5.3 PERCEPTIE omtrent MULTIDISCIPLINAIRE BENADERING:

-Wat denkt u over multidisciplinaire begeleiding van kinderen met overgewicht **in de huisartsenpraktijk**? Wat is de meerwaarde hiervan volgens u? Wat is uw ervaring hiermee? Wat verliep goed, wat verliep minder goed? Hoe zou deze begeleiding beter of idealiter kunnen verlopen volgens jou?

-Welke elementen zijn volgens u **bevorderend of essentieel** voor patiënten (kinderen met overgewicht), hun omgeving en zorgverleners om tot een succesvolle multidisciplinaire begeleidingsbenadering te komen in de interdisciplinaire huisartsenpratijk en waarom? Hoe kunnen deze elementen volgens u best geïmplementeerd worden?

-Welke elementen zijn volgens u **belemmerend**, of wat zijn volgens u de eventuele **struikelblokken/knelpunten** van patiënten (kinderen met overgewicht), hun omgeving en zorgverleners om tot een succesvolle multidisciplinaire begeleidingsbenadering te komen in de interdisciplinaire huisartsenpratijk en waarom? Hoe kunnen deze volgens u best vermeden worden?

-Welke **zorgverleners** zouden volgens u betrokken moeten worden bij zo een multidisciplinaire begeleiding, hoe zie je hun rol en waarom?

- Hoe zouden deze betrokken zorgverleners best **samenwerken, communiceren**: met elkaar en met het kind en/of diens gezin en waarom?

GIDS EN VRAGENLIJST VOOR FOCUSGROEP MET OUDERS:

1. Welkom, korte voorstelling en dankwoord

Welkom iedereen en bedankt om hier vandaag aanwezig te zijn.
Ik ben Evy Berlanger , huisarts in opleiding. In het kader van mijn opleiding doe ik onderzoek naar de begeleiding van kinderen met overgewicht in de huisartsenpraktijk. Tijdens dit interview zal ik polsen naar uw perceptie omtrent overgewicht bij kinderen (5.1), uw ervaring met het begeleiden van kinderen met overgewicht (5.2), alsook uw perceptie omtrent multidisciplinaire begeleiding in de huisartsenpraktijk (5.3). We zullen ons hierbij vooral toespitsen op wat u vindt dat goed of minder goed verloopt en hoe het dan volgens u best wel zou verlopen. Voor we beginnen nog even het volgende. Uw persoonlijke mening is heel erg waardevol. Er zijn geen juiste of foute antwoorden in het gesprek dat we zo dadelijk zullen hebben.

2. Praktische uitleg studie

Het geluid van dit gesprek wordt opgenomen en nadien uitgetypt. Alles wat u zegt zal anoniem worden verwerkt. Dat wil zeggen dat uw naam nergens zal vermeld worden, maar u elk een codenummer zult krijgen. Tijdens het interview zal ik zelf de vragen stellen en ze later ook zelf uittypen. Hierna zal ik de opname van dit gesprek volledig verwijderen. De uitgeypte geanonimiseerde versie van dit gesprek zal veilig worden bewaard op het beveiligde netwerk van de huisartsenvakgroep HUIS VUB en zal over ten laatste 10 jaar volledig worden verwijderd.

3. Korte voorstelling aanwezigen

-Alle aanwezigen krijgen een naamkaartje.
-Wie bent u? Wat is uw beroep of zorgrol met betrekking tot kinderen met overgewicht?

4. Informed consent

Om alles correct te laten verlopen, geef ik ieder van u twee identiek dezelfde folders met informatie over dit onderzoek. U mag deze folder rustig doorlezen, beiden handtekenen op de laatste bladzijde en eentje ervan aan mij terug bezorgen. De andere folder mag u houden. Als er vragen zijn mag u deze gerust stellen.

5. Interview vragen

5.1 PERCEPTIE omtrent DEFINITIE:

-**Wat** is overgewicht volgens u?
-**Wanneer** heeft een kind volgens u begeleiding nodig?

5.2 ERVARING omtrent GESPREKSVOERING en BEGELEIDING:

-Ging u als zorgverlener reeds in **gesprek** over het overgewicht van een kind ? Wat was uw ervaring hiermee? Wat verliep goed, wat verliep minder goed? Hoe zou deze gespreksvoering beter of idealiter kunnen verlopen volgens jou?

-Bent u reeds in aanraking gekomen met de **begeleiding** van kinderen met overgewicht? Wat was uw ervaring hiermee? Wat verliep goed, wat verliep minder goed? Hoe zou deze begeleiding beter of idealiter kunnen verlopen volgens jou?

5.3 PERCEPTIE omtrent MULTIDISCIPLINAIRE BENADERING:

-Wat denkt u over multidisciplinaire begeleiding van kinderen met overgewicht **in de huisartsenpraktijk**? Wat is de meerwaarde hiervan volgens u? Wat is uw ervaring hiermee? Wat verliep goed, wat verliep minder goed? Hoe zou deze begeleiding beter of idealiter kunnen verlopen volgens jou?

-Welke elementen zijn volgens u **bevorderend of essentieel** voor patiënten (kinderen met overgewicht), hun omgeving en zorgverleners om tot een succesvolle multidisciplinaire begeleidingsbenadering te komen in de interdisciplinaire huisartsenpratijk en waarom? Hoe kunnen deze elementen volgens u best geïmplementeerd worden?

-Welke elementen zijn volgens u **belemmerend**, of wat zijn volgens u de eventuele **struikelblokken/knelpunten** van patiënten (kinderen met overgewicht), hun omgeving en zorgverleners om tot een succesvolle multidisciplinaire begeleidingsbenadering te komen in de interdisciplinaire huisartsenpratijk en waarom? Hoe kunnen deze volgens u best vermeden worden?

-Welke **zorgverleners** zouden volgens u betrokken moeten worden bij zo een multidisciplinaire begeleiding, hoe zie je hun rol en waarom?

- Hoe zouden deze betrokken zorgverleners best **samenwerken, communiceren**: met elkaar en met het kind en/of diens gezin en waarom?