Hoe ervaren jongeren met overgewicht het gesprek over hun gewicht met een zorgverlener uit de eerste lijn?

Een kwalitatief onderzoek gebaseerd op interviews met jongeren met overgewicht

Arthur Vandermeulen
Margaux Mestdagh
Sophie Vandewynckel

Promotor: dr. An Piessens, Karel de Grote Hogeschool

Co-promotor: Dr. Veerle Piessens, Universiteit Gent

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.

Inhoudstafel

Inhoudstafel *3*

Voorwoord *4*

Inleiding *6*

Methode *9*

Deelname en rekrutering **9**

Interviews **9**

Data-analyse **10**

Resultaten *11*

Rekrutering **11**

Aanpak van zorgverleners en de beleving van jongeren **11**

‘Over’gewicht praten 11

‘Over’gewicht tussen het lijnen door 14

Het consult over gewicht: een foute balans 16

De positieve nood 17

Invloed op het gedrag van de jongeren **18**

Invloed op emotionele beleving **19**

Invloed van omgevingsfactoren **20**

Advies voor zorgverleners **22**

Discussie *24*

Communicatie en stigma **24**

De aanpak van de zorgverlener **25**

Focus op empathische zorg **27**

Implicaties voor zorgverleners **29**

Sterktes en zwaktes **29**

Verder onderzoek **30**

Conclusie *31*

Referenties *32*

Bijlagen *34*

Bijlage 1: flyer **34**

Bijlage 2: Interviewguide **35**

Bijlage 3: Conceptenlijst **37**

Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité **38**

Voorwoord

Dankzij de steun van enkele mensen is deze masterproef tot dit mooie eindresultaat gekomen.

Ten eerste willen we onze oprechte dank uiten aan de jongeren die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Zonder hun deelname en openhartige verhalen zou deze studie niet mogelijk geweest zijn. Elk van hen is uniek en verdient het dat zijn of haar verhaal wordt verteld en met het nodige respect wordt gelezen.

Daarnaast willen we onze promotor, dr. An Piessens, van harte bedanken. Dankzij haar expertise in het vakgebied kregen we veel nieuwe inzichten in het uitvoeren van dit kwalitatief onderzoek met jongeren. Dit type onderzoek was nieuw voor ons, en we zijn dankbaar voor haar begeleiding en aansturing waar nodig.

Verder gaat onze dank uit naar onze co-promotor, Dr. Veerle Piessens, voor haar continue begeleiding en ondersteuning. Dankzij haar enthousiasme en motivatie hebben we deze masterproef tot een goed einde kunnen brengen. We konden altijd rekenen op haar steun en waardevolle feedback.

Abstract

Inleiding: De groeiende prevalentie van overgewicht en obesitas bij jongeren vormt een belangrijk gezondheidsprobleem, met impact op het fysieke, mentaal en sociaal welzijn. Deze jongeren ervaren vaak verschilende psychische problemen en een verhoogd risico op verstoord eetgedrag. Ze hebben ook een hoger risico op het behouden van overgewicht op volwassen leeftijd met de daaraan verbonden comorbiditeiten. Stigma rond gewicht komt vaak voor in de maatschappij, zoals bijvoorbeeld pestgedrag, maar wordt ook beschreven bij zorgverleners. Deze stigmatisering belemmert een optimale zorg en wekt negatieve emoties en gedragingen in de hand bij deze jongeren. Hoe zorgverleners niet-stigmatiserend kunnen communiceren komt weinig aanbod in de verschillende richtlijnen die zich vooral focussen op preventie, diagnose en behandeling. Er is weinig bekend over hoe jongeren zelf gesprekken met zorgverleners over hun gewicht ervaren.

Onderzoeksvraag: Deze studie heeft als doel de ervaringen van jongeren met overgewicht te onderzoeken tijdens en na gesprekken over gewicht met hun eerstelijnszorgverleners.

Methode: Zeven deelnemers tussen de 15 en 22 jaar oud, met zelfgerapporteerd overgewicht, werden gerekruteerd. Er werden individuele semi-gestructureerde interviews afgenomen en geanalyseerd met behulp van NVivo 11, volgens de QUAGOL-richtlijnen voor kwalitatief onderzoek.

Resultaten: Jongeren ervaren gesprekken over gewicht met zorgverleners vaak als stigmatiserend en negatief. De leeftijd en de manier waarop deze gesprekken worden gevoerd, zoals communicatiestijl, gebruik van grafieken en betrokkenheid van ouders, spelen een rol in de beleving van jongeren. Ook het herhaaldelijk wegen, het toewijzen van medische klachten aan hun gewicht en het gevoel van gebrek aan tijd voor de jongeren dragen hieraan bij. Jongeren krijgen het gevoel niet serieus genomen te worden en oppervlakkig advies te krijgen waardoor hun motivatie om levensstijlveranderingen uit te voeren uiteindelijk verdwijnt. Negatieve ervaringen resulteren vaak in vermijdingsgedrag en psychologische gevolgen, zoals schaamte, depressieve gevoelens, schuldgevoelens en stress. Positieve ervaringen zijn gerelateerd aan een ondersteunende en empathische benadering door zorgverleners, inclusief aandacht voor het mentaal welzijn van de jongeren. Zorgverleners moeten volgens de jongeren rekening houden met eerdere ervaringen en de invloed van omgevingsfactoren. Jongeren willen dat zorgverleners de tijd nemen om hen te leren kennen zodat zij op een niet-stigmatiserende manier geschikt advies kunnen geven met als einddoel een positieve gezondheid zonder de focus op het gewicht te leggen.

Conclusie: Deze studie benadrukt het belang van begrip van de ervaringen van jongeren met overgewicht tijdens gesprekken over gewicht met zorgverleners. Negatieve ervaringen, zoals die vooral naar voren komen in onze studie, kunnen leiden tot vermijdingsgedrag, sociale isolatie en eetproblemen. Daarom is het essentieel dat zorgverleners een empathische en niet-stigmatiserende omgeving creëren. Dit ligt in lijn met de tips van Eetexpert en de HAES principes, die momenteel nog te weinig gekend zijn in de praktijk.

Inleiding

De prevalentie van obesitas en overgewicht, een chronisch en complex gezondheidsprobleem, neemt elk jaar toe en is bijna verviervoudigd bij kinderen en jongeren in de afgelopen dertig jaar. Dit is een significant probleem voor jongeren op verschillende domeinen: fysiek, mentaal en sociaal (1). Ten eerste kampen deze jongeren vaak met psychologische aandoeningen, waarbij een laag zelfbeeld, depressieve symptomen en eetstoornissen het meest voorkomen. Negatieve psychologische ervaringen, zoals bijvoorbeeld stigmatisering en pestgedrag, hebben bovendien het potentieel om emotionele eetpatronen te initiëren, waardoor de cyclus van obesitas en depressie in stand wordt gehouden. Verder vertonen kinderen met overgewicht vaak ook verstoord eetgedrag, wat het risico op latere eetstoornissen, zoals restrictieve eetstoornissen en eetbuien, vergroot (2). Hiernaast is op fysiek vlak de kans groter dat deze jongeren overgewicht behouden op volwassen leeftijd, wat wordt geassocieerd met een verhoogd langetermijnrisico op het ontwikkelen van comorbiditeiten zoals hart- en vaatziekten en diabetes (3,4).

Jongeren met overgewicht hebben reeds een hoger risico op een psychologische aandoening, en daarbij komt dan ook nog de stigmatisering die ze voelen vanuit de maatschappij die dit ook in de hand werkt. Deze omvat vaak stereotypen die zich manifesteren op verschillende manieren, zoals vooroordelen, sociale afwijzing en discriminatie. Bij kinderen gaat dit vaak om pestgedrag. Volgens Pont et al. kunnen deze stigma's hun kwaliteit van leven negatief beïnvloeden en leiden tot nefast gedrag, waaronder sociale isolatie, verminderde lichamelijke activiteit en vermijding van adequate gezondheidszorg, wat allemaal bijdraagt aan het in standhouden van het overgewicht. Jongeren geven aan zich gestigmatiseerd te voelen bij zorgverleners. Zorgprofessionals geven ook zelf aan dat ze verschillende vooroordelen hebben over jongeren met overgewicht, maar ook dat ze zich niet competent of comfortabel voelen om over dit onderwerp te praten (5).

Verschillende zorgverleners, waaronder vooral huisartsen en artsen van het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), worden aangemoedigd om een rol te spelen in zowel de preventie, diagnose en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen. Het CLB speelt vooral een rol in de preventie en vroegdetectie hiervant. Momenteel hebben jongeren, verplicht en vastgelegd door de overheid, minstens vijf systematische contacten bij het CLB, vanaf hun 3 jaar tot 14 jaar, waarbij ze telkens gemeten en gewogen worden (6). Buiten het CLB is de huisarts hier ook een spilfiguur. Er zijn enkele richtlijnen die inzichten bieden in preventie, diagnose en behandelingsstrategieën. Er bestaat een richtlijne van Domus Medica omtrent obesitas bij kinderen, waarbij de bovengrens van 12 jaar wordt gebruikt. Deze richtlijnen bevelen aan om minstens één keer per jaar de body mass index (BMI) van elk kind te berekenen en deze op de groeicurve uit te zetten om op te volgen. Bij de evaluatie is het tevens ook belangrijk te denken aan obesitas secundair aan een endocriene oorzaak of syndroom. Verder wordt aangeraden proactief advies te geven over verandering van voeding en lichamelijke activiteit. De aanpak van overgewicht richt zich op stabilisatie of het verlagen van de BMI, steeds met oog op een normale groei of ontwikkeling. Verder omvat de aanpak ook veranderingen in levensstijl voor het hele gezin. Een follow-up van minstens twee jaar wordt aanbevolen bij kinderen met overgewicht, met aanvankelijk zelfs maandelijkse monitoring. Vroegtijdige opsporing en preventie door middel van proactief adviseren van gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging worden hierbij verwacht van de huisartsen (7). Een studie van Richardson et al. vergeleek de richtlijnen van zes

verschillende landen. Allen gaan ze vooral in op diagnose en behandeling, maar niet op communicatie. Deze richtlijnen focussen zich vooral op het gewicht of BMI zelf en het stabiliseren of verminderen hiervan (8). Eetexpert, het Vlaams Kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen, stelde wel enkele tips op voor zorgverleners om op een niet-stigmatiserende manier te communiceren over overgewicht. Ze adviseren om als zorgverlener eerst na te denken over de eigen opvattingen over eten en gewichtsproblemen en te peilen naar eventuele stigma's bij de jongeren zelf. Bovendien is het belangrijk om de persoon niet als een 'stoornis' op zich te benaderen, en om te focussen op een gezonde levensstijl en een 'gezonde geest in een gezond lichaam' in plaats van de focus op het gewicht te leggen. Eetexpert adviseert onder andere tijd en ruimte voor het consult te nemen, ook om andere oorzaken te zoeken die aan de basis van de gezondheidsklachten kunnen liggen, en om op de woordkeuze te letten (9). Hiernaast formuleerde de Association for Size Diversity And Health ook de Health At Every Size (HAES) principes. Hiermee willen ze komaf maken met gewichtsdiscriminatie en gewichtsstigma’s en streven ze naar gelijke gezondheidszorg voor elke lichaamsvorm (10)

Ondanks de bestaande richtlijnen vinden zorgverleners het vaak uitdagend om dit onderwerp aan te snijden. Auckburraly et al. tonen aan dat zorgverleners vaak aarzelen om een gesprek over het gewicht te beginnen vanwege de bezorgdheid om de arts-patiëntrelatie te schaden en een gebrek aan kennis (11). Deze drempel ontstaat door onvoldoende training en beperkt inzicht in de ervaringen van jongeren met overgewicht, waarbij de noodzaak wordt benadrukt tot een beter begrip van de jongeren om niet-stigmatiserende communicatie mogelijk te maken (12).

Daarnaast is er weinig bekend over hoe jongeren deze gesprekken over hun gewicht zelf ervaren, of dit hun welzijn beïnvloedt en of het hen helpt om tot levensstijlverandering te komen. Slechts enkele studies onderzochten de ervaringen van jongeren met betrekking tot gesprekken over hun gewicht met zorgverleners. Randall-Arell et al. interviewden acht meisjes tussen 11 en 18 jaar met overgewicht en onderzochten de ervaringen van de jongeren met overgewicht in het algemeen. Deze jongeren hadden nog geen zorgverleners bezocht specifiek voor gewichtsproblemen. In verband met gesprekken met zorgverleners gaven ze aan er geen bezwaar tegen te hebben wanneer een zorgverlener hen zou aanspreken over hun gewicht, maar enkel indien het relevant is voor het gezondheidsprobleem waar ze op dat moment mee kampen. Ze vinden het onaangenaam wanneer ze telkens gewezen worden op hun gewicht en het feit dat ze moeten vermageren wanneer dit irrelevant lijkt voor hen op dat moment (13). Een andere studie toont aan dat jongeren vaak ongevraagd advies krijgen om hun levensstijl aan te passen op basis van hun gewicht. Echter wordt hierbij niet onderzocht hoe zij dit ervaren (14). Een ander onderzoek waarin men vragenlijsten uitstuurde naar jongeren, al dan niet met overgewicht, toonde aan dat velen het niet aangenaam vinden wanneer hun zorgverlener veroordelend overkomt en vooroordelen heeft omwille van hun gewicht. Ook wordt vaak op hun gewicht gewezen door zorgverleners, maar wordt er weinig advies gegeven in verband met gewichtscontrole. De jongeren geven ook aan dat ze de voorkeur geven aan het belang van gezondheid in plaats van een eenzijdige focus op een streefgewicht (15). Yerges et al. interviewden 27 tienermeisjes over hun ervaringen met gezondheids- en gewichtsmanagement in een klinische setting. Eerst en vooral vinden zij het belangrijk dat de zorgverlener hen ziet als een uniek persoon en interesse toont in hun leefwereld. Ze willen ook meegenomen worden in het gesprek als een waardig individu. Verder vinden ze het belangrijk dat de boodschap toch op een voorzichtige manier gebracht wordt om de negatieve gevoelens die het met zich

meebrengt te verzachten. Ze ervaren dat ze vooral algemeen advies krijgen, terwijl ze aangeven eerder nood te hebben aan specifiek en persoonsgericht advies in kleine stapjes met vooral een focus op gezondheid (16)

Bovendien hebben verschillende studies het belang en de voorkeuren in verband met woordkeuze onderzocht. Over het algemeen geven jongeren de voorkeur aan neutrale of eufemistische termen (zwaar, mollig …), met soms verzachtende termen voorafgaand (een beetje, licht …). Over het gebruik van medische terminologie zoals obesitas of overgewicht bestaan verschillende meningen. Stigmatiserende termen zoals bijvoorbeeld dik of vet worden best vermeden (15,17–19). Daarenboven benadrukken studies dat de voorkeur van woordkeuze kan verschillen tussen jongeren, gevormd door verschillende factoren zoals geslacht, BMI en ervaringen in een bredere context, zoals op school en eerdere ervaringen met zorgverleners (17–20). Uit de resultaten van Puhl et al. blijkt dat jongeren niet altijd weten welke woorden ze verkiezen (17). In een ander onderzoek van Puhl et al. wordt onderzocht wat de emotionele impact is op verschillende woorden. De jongeren schamen zich en voelen zich verdrietig na het horen van bepaalde woorden, wat kan leiden tot emotionele distress (20). Jongeren vinden het vooral belangrijk dat er gepeild wordt naar hun voorkeuren qua woordkeuze en er tegelijk ook aandacht wordt geschonken aan de non-verbale communicatie (19,21). De jongeren in deze studies werden veelal gerekruteerd vanuit bestaande gezondheidsprogramma's gericht op gewichtsverlies, waardoor zij niet representatief zijn voor de doorsnee jongere met overgewicht die de huisarts consulteert. Er is amper onderzoek over de ervaring van jongeren binnen de eerstelijnszorg waardoor er een risico op bias bestaat.

Er is dus onvoldoende onderzoek en begrip over de percepties en ervaringen van jongeren met overgewicht in verband met gesprekken hierover met zorgverleners in de eerste lijn. Dit vereist dringende aandacht om ervoor te zorgen dat goedbedoelde gesprekken niet bijdragen aan gewichtsgerelateerde stigma's en/of het welzijn van jongeren ondermijnt. Daarom heeft deze studie als doel de ervaringen van jongeren met overgewicht te onderzoeken tijdens en na gesprekken met hun eerstelijnszorgverleners over gewicht.

Methode

Dit is een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews om te peilen naar hoe jongeren gesprekken over hun gewicht met zorgverleners ervaren hebben. Dit onderzoek wordt uitgevoerd binnen de context van de huisartsenopleiding van AV, MM en SV en heeft goedkeuring verkregen van de Ethische Commissie verbonden aan de Universiteit Gent en het Universitair Ziekenhuis Gent (THE-2022-0350).

Deelname en rekrutering

Jongeren die in aanmerking kwamen voor inclusie in dit onderzoek moesten aan de volgende criteria voldoen: (1) leeftijd tussen 15 en 22 jaar, (2) momenteel of in het verleden overgewicht hebben (zelfgerapporteerd), (3) in het verleden een gesprek hebben gehad met een zorgverlener over het gewicht, (4) nog niet zijn geïncludeerd in een multidisciplinair programma in verband met gewichtsverlies, en (5) voldoende Nederlands spreken en begrijpen.

Voor de rekrutering werden verschillende strategieën gebruikt. In eerste instantie werden jongeren persoonlijk aangesproken, bijvoorbeeld uit de kennissenkring of in de huisartsenpraktijk. Daarnaast werden flyers (bijlage 1) en informatiemails verstuurd naar diverse medische instellingen, waaronder het CLB, de dienst Pediatrie van AZ Jan Palfijn en verschillende huisartsenpraktijken. In tweede tijd werden ook herhaaldelijk berichten gedeeld op sociale media waarop jongeren konden reageren. Een derde methode was via het snowball effect, er werd namelijk ook gevraagd aan de reeds geïnterviewde jongeren of ze nog mensen kenden die in aanmerking kwamen voor de studie. Om de drempel tot deelname te verlagen, mochten jongeren een vertrouwenspersoon meenemen, ontvingen ze een beloning en mochten ze de locatie zelf kiezen. Er werd ook info gegeven tot wie ze zich konden wenden indien er achteraf problemen waren en ze mochten op elk moment van het interview stoppen.

Interviews

Er werden individuele semi-gestructureerde interviews afgenomen door een van de onderzoekers. De interviews volgden een op voorhand opgestelde interviewgids op basis van voorafgaande literatuur (bijlage 2). Deze gids was dynamisch en kon nieuwe elementen bevatten gedurende het proces van het voeren van de verschillende interviews. Elk interview begon met een korte inleiding, gevolgd door de inleidende vraag om het gesprek te openen: "Kan je je een moment herinneren waarop een zorgverlener je gewicht ter sprake bracht?". Verder werden er vragen gesteld over de volgende thema's: ervaringen tijdens gesprekken over gewicht, redenen voor deze gesprekken, gevoelens en opvattingen, invloed van gesprekken op mentaal en fysiek welzijn, impact op de arts-patiëntrelatie en advies voor zorgverleners. Elk interview werd opgenomen via een audio-opname, veilig opgeslagen en vervolgens gedetailleerd getranscribeerd door de interviewer zelf. De identiteit van de deelnemers werd gepseudonimiseerd in het onderzoek.

Data-analyse

De analyse van de interviews volgde de stappen volgens de QUAGOL-richtlijn voor kwalitatief onderzoek met behulp van het softwareprogramma NVivo 11 (22). Gedurende het hele proces werden de drie onderzoekers bijgestaan door twee promotoren, met regelmatige vergaderingen om de voortgang van het proces op te volgen en indien nodig aanpassingen door te voeren. De eerste stap, uitgevoerd door elke onderzoeker, bestond uit het meerdere malen lezen van elk interview om een uitgebreid inzicht te krijgen in de ideeën van de deelnemer. Vervolgens werd voor elk interview een narratief verslag gemaakt. Voor elk interview stelden twee onderzoekers een narratief verslag op, die vervolgens werden beoordeeld en samengevoegd door de derde onderzoeker. Vanuit deze narratieve verslagen werden conceptuele kaders ontwikkeld en vergeleken om een lijst van concepten te genereren. De NVivo-codes werden dan gebaseerd op deze lijst van concepten (bijlage 3). Hierna werden de interviews opnieuw bekeken om fragmenten toe te wijzen aan de juiste codes, een proces dat gezamenlijk werd uitgevoerd door alle onderzoekers. Daarna werden alle fragmenten bij elke code herlezen om te controleren of ze juist waren toegewezen, om eventueel overkoepelende thema's te vinden, om mogelijke aanpassingen van de codes te overwegen. Tot slot werd elke code samengevat in de eigen woorden van de onderzoekers om de concepten te structureren en te evalueren of ze de verhalen van de jongeren op een zinvolle manier weergaven. Het onderzoeksteam voerde te allen tijde, samen met alle onderzoekers, grondige discussies om alle onduidelijkheden uit te klaren. Na elke fase werden vergaderingen gehouden om alle aspecten van het onderzoek uitgebreid te bespreken. De laatste stap omvatte het systematisch beschrijven van de bevindingen die betrekking hadden op de onderzoeksvraag, waarbij relevante citaten werden opgenomen indien van toepassing.

Resultaten

Uit de inleiding van deze masterproef bleek dat gewicht voor jongeren een delicaat gespreksonderwerp is om te bespreken met zorgprofessionals. De jongeren die deelnamen aan deze studie wilden bijdragen aan een goede zorg voor andere jongeren in dezelfde situatie. Ze vertelden over verschillende contacten met zorgverleners in de eerste lijn: de huisarts, de CLB-arts, diëtisten en psychologen. Daaruit bleek wat ze als helpend ervoeren en wat hen eerder ontmoedigde.

"Zij heeft dat vrij vlakaf gezegd zonder eerst eens bij zichzelf te denken van, hoe voelt dat kind zich bij haar eigen gewicht of bij haar eigen zelfbeeld. Ze zei gewoon vlakaf: kijk dat is de grafiek, je zit er veel te veel boven, doe er iets aan. En dan pas gekeken naar sport of zo. Maar ze heeft het dus tamelijk cru gezegd (…) Daarna was ze wel echt heel vriendelijk. (…) En dan gevraagd welke sporten ik graag deed, welke hobby's ik deed, welke gezonde eetgewoontes ik heb …" (P6)

Onze onderzoeksvraag heeft vooral betrekking op de ervaringen met artsen, maar in de interviews kwamen ook andere zorgverleners, zoals de diëtist en de psycholoog, aan bod. We hebben ervoor gekozen om deze ervaringen ook op te nemen in de resultaten om een zo volledig mogelijk beeld weer te geven.

Rekrutering

Het rekruteren van geschikte deelnemers voor dit onderzoek bleek een uitdagend proces te zijn. Vanaf 1 februari 2023 werden verschillende strategieën ingezet om deelnemers te werven. Een jongere reageerde spontaan op de uitnodiging via sociale media. Daarnaast waren er nog twaalf jongeren die interesse toonden, waarvan er nadien vijf afzegden om verschillende redenen, zoals persoonlijke twijfels, een te hoge drempel of onverwachte omstandigheden.

Uiteindelijk voldeden er in totaal zeven jongeren, zes vrouwelijke en een mannelijke, aan alle inclusiecriteria en konden ze effectief deelnemen aan het onderzoek. De interviews werden afgenomen tussen mei 2023 en augustus 2023. Vijf interviews werden face-to-face uitgevoerd, twee vonden via videogesprek plaats. Elk interview duurde ongeveer een uur.

Aanpak van zorgverleners en de beleving van jongeren

'Over'gewicht praten

1. Timing

De jongeren kunnen zich nog goed herinneren hoe en wanneer een arts of zorgverlener hen aansprak over hun gewicht. De meeste herinneringen zijn van toen ze ergens tussen 10 en 14 jaar oud waren, meestal met een CLB-arts of huisarts. Voor sommige deelnemers kwam dit gesprek te vroeg. Enkele jongeren beseften zelf wel dat ze meer wogen dan hun leeftijdsgenoten, mede door de opmerkingen die ze van hen kregen, maar ze gaven aan geen nood te hebben aan de opmerkingen van zorgverleners hierover. Ze ervoeren dit eerder negatief omdat ze zelf geen hulpvraag hadden. Enkele jongeren vertelden dat het overgewicht in hun ogen geen beperking vormde en ze geen probleem hadden met hun lichaamsbeeld. Sommigen vinden dan ook dat de zorgverlener enkel mag beginnen over gewicht wanneer een kind medische problemen heeft die gelinkt zijn aan overgewicht of wanneer een kind zelf een hulpvraag heeft.

"Het is niet dat die volledig ergens op een wolkje zit, dus als die persoon daar echt een probleem mee heeft, dan zal die daar zelf ook wel over beginnen. Ik zou er enkel over beginnen (als arts) moest die persoon dat zelf aanhalen of als er medische problemen zijn." (P6)

De meesten vonden zichzelf te jong toen de arts gesprekken startte over hun gewicht. De meesten waren bezig met hun 'leven te leiden' en verder interesseerde het hen niet zoveel wat de arts zei over hun gewicht. De jongeren geven aan dat de zorgverleners hun aanpak moeten aanpassen in functie van de leeftijd of maturiteit van het kind. Een van de jongeren geeft ook letterlijk aan dat kinderen gevoeliger zijn en je moet opletten wanneer je iets zegt of doet.

"Ik was toen jong dus ze proberen dat wat uit te leggen, maar aan zo'n leeftijd, je snapt dat niet, hé" (P4)

"Ze hebben niet veel tijd en dat begrijp ik ook wel, maar het gaat om kinderen en ik vind dat je moet oppassen met kinderen, ja." (P2)

2. Mondelinge communicatie

De exacte woorden van de arts bleven hangen bij de meeste jongeren, hoewel ze op die jonge leeftijd niet altijd goed mee waren in de beweegredenen van de arts om hen te confronteren met hun overgewicht. Enkelen spreken over een grote negatieve wolk van woorden. Termen zoals 'overgewicht' en 'obesitas' associëren de jongeren met negatieve gevoelens. Deze woorden hebben een negatieve impact op hen en ze vinden dat zorgverleners zich hier bewust van moeten zijn. Welke woorden een positieve of negatieve bijklank hebben, is ook afhankelijk van eerdere persoonlijke ervaringen, zoals bijvoorbeeld pestgedrag of negatieve opmerkingen over hun gewicht.

"Als iemand gewoon tegen mij zegt 'ja, je bent wel zwaar, zou je er iets aan doen', dat vind ik gewoon een heel groot verschil met 'ja, je bent dik' of zo, ja dat heeft ook te maken met of je vroeger gepest werd, dat heeft wel een groot verschil, voor mij toch." (P4)

"Ik vind overgewicht direct een heel cru woord. Omdat dat direct, ja… meer als gemiddeld is aangenamer." (P6)

In tegenstelling tot leeftijdsgenoten die woorden gebruiken om te kwetsen, beseffen de jongeren wel dat de zorgverlener niet de intentie heeft om te kwetsen of te pesten. Desalniettemin kan de woordkeuze of zinsformulering bijdragen aan schaamte bij de jongeren.

"Omdat ik denk van ja, jullie hebben er verstand van en 't is wel waar, jullie zeggen dat niet om te pesten of zo dan." (P1)

Tot slot geven de jongeren aan dat ze de term 'BMI' niet goed begrepen. Dergelijke moeilijke begrippen worden best vermeden bij jonge kinderen.

"Je krijgt een volledig beeld over je lichaam en ja, ook tegen kinderen uitleggen wat een BMI is op dat moment, je begrijpt dat nog niet." (P2)

3. Non-verbale communicatie

Niet enkel de verbale manier van communiceren, maar ook de non-verbale communicatie beïnvloedt hoe de boodschap van de zorgverlener binnenkomt bij de jongeren. Hoewel de jongeren zich dit minder expliciet herinneren en benoemen, ervaren ze zorgverleners die op een strenge en volgens hen ook 'overdreven' manier het overgewicht aankaarten als negatief.

"En je gaat nooit full-time kunnen werken, want je gaat te dik zijn. Dat was echt heel cru. Ze zou dat echt veel rustiger en gewoon op een normale manier kunnen zeggen en niet overdrijven." (P6)

Sommige jongeren herinneren zich vooral een dreigende toon waarop een zorgverlener zei dat ze overgewicht hadden. Dat maakte hen en hun gezin bang voor de medische en sociale gevolgen.

"(…) toen was ik op mijn zwaarste. En toen zei hij 'ja weet je, ik zou er wel eens aan beginnen, want als je zo doorgaat, dan haal je je 30 niet' en toen kwam dat echt wel binnen." (P4)

"(…) mijn allereerste afspraak bij die diëtiste en die was heel cru en gemeen. Die heeft mijn mama direct veel schrik aangedaan. Ze zei dat er nu iets moest gebeuren of het is te laat en ze heeft suikerziekte, direct heel vergaand." (P6)

Zij vinden dat de boodschap niet op een ondersteunende of empathische manier werd gegeven. De jongeren ervoeren de uitspraken alsof de arts zich niet afvroeg hoe de jongere zich zou voelen bij zijn gewicht of bij dat gesprek. Bovendien vonden de jongeren dat er nadien ook onvoldoende werd stilgestaan bij de impact van deze boodschap op mentaal vlak.

"Zij (de arts) heeft dat vrij vlakaf gezegd zonder eerst eens bij zichzelf te denken van 'hoe voelt dat kind zich bij haar eigen gewicht of bij haar eigen zelfbeeld.' Ze zei gewoon vlakaf: 'kijk dat is de grafiek, je zit er veel te veel boven, doe er iets aan.'" (P6)

4. Gebruik van grafieken en cijfers

Verschillende jongeren vermelden dat zorgverleners grafieken en cijfers gebruikten om hun overgewicht aan te tonen. Dat ervaren de jongeren als iets negatief. De visuele weergave van een bolletje op een grafiek te zijn en zoveel standaarddeviaties hoger te zitten dan de gemiddelde leeftijdsgenoten, is confronterend. Jongeren herinneren zich dit vooral bij de CLB-arts, waarbij ze zich letterlijk vergeleken voelden met hun klasgenoten, en waardoor ze zich nadien schaamden in de klas en op school.

"Ja, dat was nooit leuk en het is vooral ook, het is niet per sé het feit dat je naar daar moet gaan, maar eerder het feit van ja, straks sta je weer op een weegschaal, al de rest gaat ook op de weegschaal en dat wordt vergeleken met elkaar." (P2)

"(…) die groeicurves ook bovenhalen en dan zo ja 'jij zit hier terwijl dat je hier zou moeten zitten'." (P5)

"(…) want dat was wel zo visueel van, jij bent dat bolletje, en normaal gezien is het veel lager, dat vooral." (P6)

Enkele jongeren halen aan dat ze de focus op cijfers en parameters zoals gewicht en BMI eerder negatief dan positief beleven. Doordat de zorgverleners, zowel artsen als diëtisten, hier de aandacht op vestigen, blijven die cijfers hen achtervolgen en zijn ze daar intensief mee bezig.

"Ik weet nog van elke keer bijna wat m'n BMI-cijfer was, gewoon omdat ik daar zo op gefocust was." (P2)

"(…) focus op hoeveel vet zit erin, hoeveel vocht en hoeveel spier. Ja, dat was echt niet leuk, dan heb ik mij hele tijd heel slecht gevoeld, puur omdat ik elke keer die cijfers zag, dat was elke dag op een weegschaal staan." (P6)

5. Ouders betrekken

Daarnaast vinden sommige jongeren dat bij jonge kinderen de ouders bij de gesprekken moeten betrokken worden, aangezien zij een belangrijke rol spelen in het bepalen van het eetgedrag thuis. Een geïnterviewde herinnert zich wel dat haar arts zich enkel richtte tot haar ouders en dus over haar hoofd aan het spreken was, waardoor ze zich 'dom' voelde. Ook hier is het dus van jongere tot jongere afhankelijk in welke mate en op welke manier ze betrokkenheid van de ouders verwachten.

"Na de diëtist gingen we nadien altijd naar de pita met oma, maar dat is ook niet goed als je wil vermageren." (P7)

"Ik denk ook soms bij huisartsen die met kinderen spreken, dat die toen veel meer via mijn moeder sprak over mij dan echt tegen mij. En als het dan tegen mij was, was dat zo, ja zo, alsof ik niet zo slim was." (P5)

Een ander aspect is de communicatie van het CLB naar de ouders toe. Er wordt een brief met de bevindingen en conclusies van het medisch onderzoek naar de ouders gestuurd. De meeste deelnemers hebben hier geen problemen mee, maar sommigen vinden deze manier van communiceren stiekem, omdat dit niet expliciet aan hen werd verteld. Ze vinden dat ze meer op de hoogte gebracht mogen worden en er respect moet zijn voor hun autonomie en privacy.

"(…) zonder dat ik dat wist eigenlijk, stuurde het CLB naar mijn ouders een doorverwijsbrief en dat vond ik ook niet zo tof." (P5)

'Over'gewicht tussen het lijnen door

De jongeren werden vaak ook op een subtielere en eerder indirecte manier geconfronteerd met hun gewicht door de zorgverlener.

1. Herhaaldelijk wegen

Op consultaties bij de arts van het CLB duikt het wegen op als een vast onderdeel van het routineonderzoek. Ook bij de huisarts werden sommige jongeren gewogen bij elke consultatie, zelfs als er een andere reden dan gewicht voor het consult was. De aanleiding om hen te wegen was niet altijd duidelijk voor de jongeren, waardoor ze veronderstellen dat de dokter hen toen woog op basis van hun fysieke voorkomen. Sommigen herinneren zich hierdoor de stress en angst om naar de arts of diëtist te gaan. Ze voelden zich gestigmatiseerd. Deze indruk wordt achteraf versterkt doordat de ongevraagde gewichtsgerelateerde confrontaties stoppen eens de jongere gewicht is verloren.

"Ik denk ook tot ik 12 jaar of zo was of tot ik naar diëtiste ben geweest, dat ik iedere keer bij de dokter moest gewogen worden, voor wat ik ook ging." (P1)

"Als ik naar de dokter ga voor iets, dan was dat vooral tijdens mijn groeiperiode, dat die zegt 'kom zet je eens op de weegschaal voor je dossier aan te vullen', maar niet om dan daar verder dieper op in te gaan." (P6)

Interviewer*: "Was er een aanleiding volgens jou voor het wegen?"* Participant*: "Nee, dat was echt gewoon hoe ik eruitzag, en de arts die dan ja, opmerkte dat ik een dikker kind was en ja, dat wou veranderen of zo? Of ja, ik weet niet. Zodra je bent afgevallen is dat niet meer echt een onderwerp of zo."* (P5)

De deelnemers ervoeren dit herhaaldelijk wegen met de daaraan gekoppelde boodschappen over overgewicht eerder als een routinegebeuren, waaraan ze zich verwachtten bij een doktersbezoek. Door de vele herhalingen luisterden sommigen niet echt meer naar wat de arts zei over hun gewicht en deed dit hen niets meer. Dit soort consultatie voelde aan als een zure appel waar ze zich telkens opnieuw moesten doorheen bijten.

"Ik had daar precies altijd een soort van stress voor om daar zo naartoe te gaan en dan ja, moet je je wegen, 'k weet niet wat ze nog allemaal deden. Euhm, ik denk dat ik zo ook niet helemaal mee was met wat er gebeurde en dat ik gewoon dacht laat het maar komen en zo snel mogelijk gedaan." (P1)

"CLB was altijd iemand anders ook, en dat was zo om de zoveel jaar, ik keek daar ook gewoon nooit naar uit, ja en dan moet je daar zo staan en dan weet je al, ja je weet ook wel dat ze dat gaan zeggen dusja." (P1)

"Ja, wel zo altijd van moet je daar nu weeral over beginnen? Dat gaat ook niet helpen van dat zo constant, allé, dat klinkt ook altijd negatief als dat zo overkomt. (…) Dus dat kwam dan niet echt binnen of zo." (P1)

"Ik had het wel zien aankomen, want iedere keer dat ik CLB-onderzoek had, had ik zoiets van ja, ze gaan er wel weer iets over zeggen. Ik kijk daar natuurlijk niet naar uit, want ik weet dat dat gaat komen en dat is niet leuk. Maar ja, je leert daar mee leven." (P6)

2. Schuldig gewicht

De jongeren vertellen over verschillende ervaringen bij de huisarts waarbij hun medische klachten worden teruggebracht tot één oorzaak: hun gewicht. Sommige jongeren gaan op consultatie vanwege een banale verkoudheid of maagpijn, maar krijgen dan te horen dat hun gewicht de oorzaak hiervan is en ze moeten afvallen. Daarnaast voerde de arts vaak geen bijkomende onderzoeken uit om andere medische aandoeningen uit te sluiten, waardoor de jongere zich niet serieus genomen voelde en gevoelens van frustratie ontstonden. Deze ervaringen zorgen ervoor dat jongeren denken dat artsen hen oppervlakkig beoordelen en een tunnelvisie hanteren waarbij ze niet verder kijken dan het gewicht van de jongere.

"Voor alles dat ik ging, ook al was het een verkoudheid, zei hij altijd 'het ligt aan je gewicht, je moet vermageren, dit dat'. Ook als ik ging voor pijn aan mijn knie of pols, 'dan is dat omdat je te zwaar weegt'." (P1)

"Ik voelde me gewoon niet goed en ik had maagproblemen of ik weet niet, ik voelde me niet goed en, euh ja, die zei dat dat ik moest gezonder eten en dit en dat, maar hij wist op dat moment ook niet hoe ik at, gewoon hij, had mij gewogen en daaraan lag het ja, dat was voldoende reden voor hem." (P2)

Het consult over gewicht: een foute balans

Tijdens de interviews met jongeren komen enkele gemeenschappelijke zaken tevoorschijn met betrekking tot de inhoud van een consultatie. Het is voor de jongeren duidelijk van belang dat een arts voldoende tijd neemt tijdens het consult, enerzijds om de boodschap te brengen en anderzijds om de jongere en zijn of haar gewoonten en context goed te verkennen. Verder hebben ze vaak het gevoel weinig of ongeschikte ondersteuning te krijgen en verdere opvolging te missen.

De jongeren geven aan dat de meeste contacten met artsen aanvoelden als haastige gesprekken. Vooral bij het CLB-onderzoek, dat een repetitief patroon volgde, ontvingen ze de boodschap dat ze te zwaar zijn en dat er iets moet gebeuren, zonder duidelijke handvatten te krijgen hoe ze dit moeten aanpakken.

"Bij het CLB is het ook maar BMI berekenen en ja, dat is voldoende voor hen om te weten waarover het gaat en ze hebben niet veel tijd." (P2)

"Dat is de hele dag kinderen zien, hé, dus dat is routine. Het ene kind is mager, het andere kind is dik, en voilà, kijk dat is het." (P6)

"CLB was altijd iemand anders ook, en dat was zo om de zoveel jaar, ik keek daar ook gewoon nooit naar uit, ja en dan moet je daar zo staan en dan weet je al, ja je weet ook wel dat ze dat gaan zeggen dusja." (P1)

Wanneer jongeren toch advies kregen, voelde dit vaak aan als oppervlakkig en voor de hand liggend. De zorgverleners benadrukten vooral dat jongeren minder moesten eten en meer moesten bewegen, zonder eerst hun levensstijl of eigen ideëen te bevragen. Deze adviezen kwamen voor sommigen binnen als irrelevant en kwetsend. Dergelijk advies draagt ook bij aan de stigmatisering, want ze hebben het gevoel dat ze niet slim ingeschat worden door de arts, terwijl ze aangeven zich bewust te zijn van het belang van gezonde voeding en beweging. Zo lijkt het dat overgewicht altijd veroorzaakt wordt door te veel te eten en te weinig te bewegen, terwijl ze vinden dat de oorzaak multifactorieel is. Deze boodschappen dragen daarom bij aan het creëren van een schuldgevoel en schaamte bij de jongeren.

"En als het dan tegen mij was, was dat zo, ja zo, alsof ik niet zo slim was of zo om het zelf door te hebben, dat hij dat zo nog moest uitleggen of zo? Of zo van die belachelijke dingen van ja, je weet dat chocolade slecht is, en zo van die dingen. (…) Dus die gaan er ook zo niet echt van uit dat jij al die dingen weet (…) Op dat moment was ik zo ja ik, ik doe al mijn best hoor, ik eet bijna niets elke dag en ik sport heel veel, dus dan praten die tegen je alsof je daar geen kennis over hebt en dat is ja, die gaan er al van uit je bent dik dus je eet waarschijnlijk veel en je sport niet." (P5)

"Ja, zo een beetje oppervlakkig advies, 'k dacht wel iedere keer van 'k ga er iets aan doen en de motivatie was er opnieuw, maar gewoon niet de middelen en de tips." (P1)

Ook de aanpak van de diëtisten wordt beschreven als een aanpak gericht op het veranderen van eetpatronen met als doel om te vermageren met de focus op cijfers. Er werd ook te weinig aandacht besteed aan het mentaal welzijn van de jongeren volgens hen. Deze consultaties werden als onaangenaam ervaren met grotendeels herinneringen waarin jongeren zich terechtgewezen voelden omdat ze iets niet goed hadden gedaan.

”Het was echt gewoon onder je voeten krijgen omdat je iets verkeerd had gegeten en toen ben ik geblokkeerd en ook niet meer gegaan en dan ben ik van die diëtiste naar een psycholoog moeten gaan.” (P2)

“Ja, dat was echt niet leuk, dan heb ik mij hele tijd heel slecht gevoeld, puur omdat ik elke keer die cijfers zag, dat was elke dag op een weegschaal staan en op de duur mama die erop in hakte. Dat was wel verschrikkelijk (…) Dat maakte hen echt niet uit hoe je je daarbij voelde. Want ik ben daar echt met een heel slecht gevoel buiten gestapt. Maar het heeft dan wel uiteindelijk geholpen, want ik ben dan wel het een en ander van gewicht verloren. Maar ja, het was een hele farce, geen leuk gesprek.” (P6)

De positieve nood

De jongeren beschrijven ook positieve ervaringen met zorgverleners. Enkele jongeren beleefden het gesprek met hun arts eerder als neutraal of positief wanneer die voldoende tijd nam en hen op een empathische manier benaderde. Wanneer een zorgverlener een luisterende houding aannam en op een open, rustige en niet-autoritaire manier communiceerde, ervaarden ze dit als positief.

“Toen heb ik een nieuwe arts gekregen en die begon daar wel redelijk vaak over, maar niet op een slechte manier, gewoon positief bijbrengen (…) Hij zei dat niet van ja weet je, je moet dit en dit, hij zei gewoon ‘t is beter voor jezelf zo. Dus hij heeft dat niet op een slechte manier gebracht dus ja, dat kwam oké binnen.” (P4)

Jongeren vonden het ook aangenaam wanneer zorgverleners de tijd namen om naar hen te luisteren en hen te onderzoeken om andere mogelijke oorzaken van hun klachten uit te sluiten. Ook het feit dat ze mee hielpen zoeken naar geschikte manieren om iets aan hun gezondheid te doen, werd gewaardeerd. Deze benadering schept ook vertrouwen in de arts.

“Ik heb een nieuwe huisarts sinds een paar jaar en daar ben ik echt op m’n gemak, die, euh, ja als je daar pijn hebt aan iets is het niet direct door je gewicht, maar is het eerst wel eens je bloed testen. (…) dan ben ik daar bij gebleven omdat ik wist dat daar wel geluisterd ging worden en nu ga ik nog steeds naar die huisarts, want die luistert.” (P2)

“Ja zij was de allereerste van alle CLB-artsen die ik toen al had gehad, dat ook echt mee zocht naar een oplossing en niet gewoon zei van ‘je bent dikker dan het gemiddelde… doe er iets mee’. Want dat was meestal ieder jaar hetzelfde gesprek: ‘je bent dikker dan het gemiddelde, hier is de grafiek’ en voila, dat was einde gesprek. En zij was wel eerste die zei van ‘kijk, zo kan je er iets aan doen en probeer dat en ja’.” (P6)

Enkele jongeren consulteerden een psycholoog vanwege alle negatief geladen emoties en hun negatief zelfbeeld. Hun ervaringen hierbij zijn doorgaans positief. Dankzij een open en niet-veroordelende houding van de psycholoog ervoeren zij daar een grote steun, omdat de focus eerder op een positieve gezondheid lag dan op vermageren. Sommige deelnemers hebben een lang traject afgelegd bij de psycholoog om over hun gevoelens, hun uiterlijk en hun gewicht te kunnen praten.

“En nu ook met mijn psycholoog ben ik al, euh, vijf jaar ga ik en dat is zo’n gevoelig onderwerp geworden voor mij dat ik nu pas in m’n vijfde jaar dat ik er ben, durf te praten over zo je uiterlijk en kijken naar je eigen lichaam.” (P2)

“Zij is wel heel positief en zij gaat ook niet over sporten zeggen dat is goed om te vermageren, maar dat is goed, want dan heb je even je hoofd op nul, en alles is oké.” (P2)

Invloed op het gedrag van de jongeren

Sommige jongeren vertellen dat ze medische consultaties gingen vermijden. Dit vermijdingsgedrag is direct gerelateerd aan de negatieve interacties die ze hebben gehad, waarbij gevoelens van schaamte, ongemak en teleurstelling over het gebrek aan ondersteuning van zorgverleners een rol spelen. Deze jongeren gaven aan het vertrouwen verloren te zijn in de gezondheidszorg.

"Ik denk dat ik dan de eerste twee jaar niet meer naar een dokter ben geweest omdat ik mij enorm schaamde als kind, of ja, ik denk dat ik 11 of 12 was, waardoor ik alles van medische zorgen enorm negeerde en ik wilde daar zo min mogelijk iets mee te maken hebben." (P3)

"Ja, en soms hield me dat ook tegen om te gaan, omdat ik dan dacht van ja, er gaat toch niet echt een oplossing uit komen of zo." (P1)

"Ik heb dan zeker een hele lange tijd ook niet, ik wou gewoon niet naar de dokter of CLB of zo. Ik vermeed dat wel meestal." (P5)

Omgekeerd tonen sommige jongeren, ondanks eerdere negatieve ervaringen, juist wel bereidheid om terug te keren, maar met een voorkeur voor een andere arts. Ze hopen op een andere benadering waarbij ze meer serieus genomen worden doordat een andere arts meer naar hen zou luisteren. Ze wensen een holistische benadering waarbij gewicht niet telkens wordt aangehaald als oorzaak van hun diverse klachten en er ruimte is voor hun mentaal welzijn.

"Ik zou daar juist meer naar luisteren en meer geïnteresseerd zijn naar wat die andere zorgverlener te zeggen heeft." (P1)

"Ik denk juist wel omdat ik dan zo het gevoel heb van 't is iemand anders, die kan weer iets nieuw zeggen, die kan me misschien wel helpen." (P1)

Sommige jongeren waren gemotiveerd om aan de slag te gaan na een gesprek met hun arts om hun overgewicht aan te pakken, maar gaven aan uiteindelijk niet te weten hoe. Omdat ze concrete handvatten misten, verloren ze na een tijdje de motivatie.

"Ja, iedere keer als je dan terugkomt dan denk je je 'k moet er iets aan doen. (…) Maar dan heb je niet echt de voorbeelden of dan weet je niet echt hoe het moet en dan ja, kom je toch weer bij het gevolg van ja het lukt niet dus ja, dan stopte het weer tot de volgende afspraak en dan dacht je weer 'k moet er iets aan doen en dan ja …" (P1)

Bij gebrek aan duidelijk advies en begeleiding van de zorgverleners, gingen jongeren soms autonoom op zoek naar andere manieren om hun overgewicht aan te pakken.

"(…) een tijdje al op een ongezonde manier gewicht verloren en uiteindelijk heb ik mezelf daarin wakker geschud en ben ik dan online beginnen opzoeken en ben ik gewoon nu de hele tijd al in een constante gebleven omdat ik nu op een gezonde manier eet en mezelf toelaat om te eten, want dat is belangrijk." (P2)

De meesten geven wel aan gewicht te zijn verloren na de gesprekken met hun zorgverlener. De manier waarop ze gewicht verloren, vonden ze echter vaak ongezond en ze wensten hier anders in begeleid te zijn. Door het oppervlakkige advies van zorgverleners en de herhaalde boodschap dat ze overgewicht hadden, werden sommige jongeren steeds strenger voor zichzelf. Dit leidde bij sommigen tot restrictief eten en/of overmatig sporten. Daarnaast gaven sommigen aan moeilijkheden met voeding te hebben, zoals stiekem te eten of 'emo-eten'.

Deze eetpatronen werden soms versterkt na de gesprekken met zorgverleners, deels omdat er niet naar werd gevraagd.

"(…) restrictief beginnen eten, in het middelbaar, en heel veel beginnen sporten en dan ben ik ook wel gewoon heel veel afgevallen op een korte tijd, euh, dus dat heeft al, dat kwam ook wel vanuit de adviezen van de dokter of zo." (P5)

"Ik heb dat wel negatief ervaren omdat dat voor mij ook wel het moment is geweest euh, dat ik begon, dat ik toch wel moeilijkheden begon te hebben met voedsel, en met mezelf. Omdat, als kind ben je nu niet zozeer bezig met het uiterlijk, met het gewicht, euh, en omdat de dokter mij erop wees van je hebt toch wat overgewicht, je zou iets minder moeten eten, begon ik daar wel enorm op te letten en ook wel minder te eten." (P3)

"Ik ben heel veel stiekem beginnen eten, omdat gewoon, ik wist dat dat iets slecht was." (P5)

"Ik begon daarin te 'emo-eten' en ik geloofde toch al dat ik zo zwaar was, dus ik at gewoon wat ik wou." (P2)

Een jongere geeft aan dat haar denkpatroon omtrent voeding en gezondheid voor de toekomst is veranderd. Omdat ze zelf later in de zorg werkzaam zal zijn, is ze vastberaden om het anders aan te pakken volgens de Health at Every Size principes. Ze hoopt zo anderen te behoeden voor de negatieve ervaringen die zij zelf heeft doorgemaakt.

"Ik weet niet, ik ben nu vanuit die, euh, geschiedenis, daarmee juist veel meer, ja, ik probeer het later als dokter daar juist helemaal anders aan te pakken denk ik dan of ik hoop daar naar te streven om meer, ja, 'Health at Every Size' approaches toe te passen, denk ik nu. Ik zit nog maar in een, ja, master, maar ja, ik ben er nu wel echt op gefocust of zo om niemand op die manier met eten en sporten te laten omgaan of zo. Dus op die manier is dat wel iets positiefs, denk ik eigenlijk. Dat ik misschien een arts wordt die dat gaat doen." (P5)

Invloed op emotionele beleving

Al deze ervaringen hebben niet alleen invloed op het gedrag van de jongeren, maar ze brengen ook verschillende emoties met zich mee, die overwegend negatief zijn. Deze psychologische gevolgen beïnvloeden op hun beurt dan weer hun gedrag, zoals bijvoorbeeld vermijdingsgedrag.

De emotie schaamte komt vaak terug in de herinneringen van de jongeren. Bij het CLB zorgde de vergelijking met hun leeftijdsgenoten ervoor dat ze zich schaamden. Dit schaamtegevoel beïnvloedt hun zelfbeeld op een negatieve manier. De zorgverleners wezen hen telkens op hun overgewicht terwijl ze hier niet telkens op aangesproken wilden worden. Ook pestervaringen door hun omgeving zorgen voor schaamte en een negatief zelfbeeld.

"Ja, achteraf moet je dan je terug omkleden in kotjes met spiegels en dan, euh, zie je iemand die veel zwaarder is dan ze was op dat moment en ja dan ga je beschaamd terug bij je klas gaan zitten." (P2)

"Die artsen hebben toch een verkeerde kijk op mijn lichaam teweeg gebracht. Want ik dacht toen in het middelbaar dacht ik dat ik, oh, ik dacht dat ik 200 kilo woog, dacht dat ik super dik was, dat ik door een deur niet zou passen. (…) Ik had zo'n verkeerd beeld over hoe ik eruit zag en dat was echt ja, gelijk ook in sommige activiteiten dat ik niet wou meedoen gewoon puur omdat ik dacht dat ik veel te zwaar was voor dingen." (P2)

"Ja ja ja, maar ik had het niet echt nodig om te horen, want ik wist dat toen eigenlijk ook wel zelf." (P6)

Deze negatieve ervaringen leidden bij sommige jongeren tot een depressief gevoel. Ze wijten dit deels ook aan de contacten met zorgverleners en de berisping over hun gewicht hierbij.

"Ja, slecht, zeker in het middelbaar was ik echt, euh, was ik heel depressief en dat was ook zeker mede daardoor." (P2)

"Ik heb daar wel moeite mee gehad, want ik was ook wel soms depressief als kind." (P5)

Sommige jongeren ervoeren een schuldgevoel, ze kregen het gevoel dat zij verantwoordelijk waren voor hun overgewicht. Vaak deden ze hun best en wilden ze iets aan hun gewicht doen, maar steeds opnieuw werden ze gewezen op het feit dat ze toch nog overgewicht hadden. Een van de jongeren kwam hierdoor in een neerwaartse spiraal terecht waarin ze steeds minder ging eten omdat ze het gevoel had dat ze niet goed bezig was.

"Ik kreeg altijd zo het idee dat ik iets fout aan het doen was of ja, dat was zo wat een afkeurende manier van spreken daarover." (P5)

Naar aanleiding van de herhaaldelijke confrontatie met hun overgewicht bij de zorgverlener en de vergelijking met leeftijdsgenoten bij het CLB, rapporteerden sommige jongeren gevoelens van stress en angst. Ze wisten op voorhand dat er bij de zorgverlener geen goed nieuws verteld zou worden.

"Ik had daar precies altijd een soort van stress voor om daar naartoe te gaan en dan ja, moet je je wegen." (P1)

"Mijn schrik voor CLB bleef wel als kind, als tiener." (P3)

De jongeren geven niet enkel negatieve gevoelens weer. Enkele jongeren geven aan dat de opmerkingen hen na de zoveelste herhaling niet meer raken en dat zij er vrij neutraal tegenover staan.

"Bij de huisarts dacht ik van ja, boeien, 't is altijd hetzelfde." (P1)

"Vroeger, dat maakte mij niet uit, ik hoorde het wel, maar de andere oor ging het weer naar buiten, dus het maakte me niet uit." (P4)

Zoals hierboven reeds vermeld, bleven sommige jongeren ondanks hun negatieve ervaringen hoop hebben dat een andere zorgverlener hen wel kon helpen. Ze beseffen dat de aanpak verschillend kan zijn van zorgverlener tot zorgverlener.

Invloed van omgevingsfactoren

De interactie tussen jongeren met overgewicht en zorgverleners uit de eerste lijn wordt niet alleen beïnvloed door individuele factoren, maar ook door de omgeving waarin zij leven.

Een opvallende omgevingsfactor die af en toe benoemd wordt, is het gewicht van de ouders. Jongeren van wie de ouders ook overgewicht hebben, ervaren vaak een verminderd gevoel van controle over hun eigen gewicht. Zij vinden dat er rekening moet gehouden worden met de genetische factor en met het feit dat zij zelf weinig invloed hebben op wat er thuis gegeten wordt.

"Nee niet echt, want als je jonger bent, je hebt daar geen controle over, maar je ouders beslissen nog wat er op tafel staat en wat er in de kasten zit dus je hebt er weinig controle over." (P4)

"Goh ja, mijn ouders waren ook allebei vrij zwaarlijvig, en zij hadden ook zoiets van ja, je bent zo, en het is moeilijk om er nog iets aan te doen als het een beetje in je genen zit, ze zeiden ook van je we zullen met jou wat vaker gaan zwemmen en gaan je wat rapper afzetten in het openbaar zwembad." (P6)

Daarnaast speelt de (di)eetcultuur binnen het gezin ook een rol. De blootstelling aan een omgeving waarin nadruk wordt gelegd op gewichtsverlies en strikt diëten, creëert een druk om aan bepaalde normen te voldoen wat bij sommigen leidde tot obsessief gedrag rondom voeding.

"Ik denk ja, dat was moeilijk, want mijn zussen, ook al waren zij niet dik, waren die ook wel altijd aan het diëten, ofzo, dat was een ding. We hebben allemaal zo wel de aanleg misschien, dus die, die aten al best weinig en sportten veel, (…) Die hielpen mij daar zo wat meer mee van oké, we zullen zien dat jij meer sport en minder eet of zo, dat was gewoon, zo je wordt daarin ondersteund. Omdat dat goed zou zijn of zo, maar ja, dus dat was wel moeilijk omdat daar zo geaccepteerd wordt om eigenlijk een ongezonde relatie met eten te ontwikkelen of zo, euh, vanuit mijn familie ook." (P5)

Bovendien ervaren jongeren met overgewicht soms de druk van hun ouders om af te vallen, voornamelijk vanwege bezorgdheid over hun gezondheid. Sommigen geven aan dat zorgverleners deze bezorgdheid versterkten door de manier waarop zij communiceerden. Enerzijds ervaren ze dit als onaangenaam gezien ze zich verplicht voelen om iets aan hun gewicht te doen, anderzijds bieden de ouders hen ook ondersteuning door bijvoorbeeld mee te gaan naar de consultaties.

"Dan is die brief toegekomen en heeft mijn mama ook wel gezegd van 'oei, wij gaan ermee moeten opletten en kijken of we dat op de een of andere manier toch wat kunnen rechttrekken'." (P6)

"Ik wou nooit naar de diëtiste vertrekken, ik zei tegen mama dat ik ziek was of ik huilde dat ik niet wou gaan en in de auto was ik dan ook heel kwaad op mama dat ik moest gaan, zeker in het vijfde middelbaar. (...) Ik denk dat ik vier/vijf keer ben geweest en dat ik toen echt blok toe zat en dat ik niet meer wou." (P2)

"Ik kon er wel makkelijk over praten, vooral met mijn vader en hij was dan ook altijd mee op de afspraak en die heeft ook alles meegemaakt." (P4)

Bijna alle deelnemers geven aan spottende opmerkingen gekregen te hebben over hun gewicht, tot zelfs pesten toe. Deze opmerkingen hadden voor sommigen een grotere negatieve impact dan de opmerkingen van zorgverleners, aangezien ze vonden dat zorgverleners dit vanuit een professioneel standpunt zeiden zonder de bedoeling hen te kwetsen. Een van de jongeren zegt dat zorgverleners rekening moeten houden met voorgaand pestgedrag bij het brengen van de boodschap gezien sommige woorden hierdoor een negatieve connotatie met zich meebrengen.

"Toen ben ik daar ook wel voor gepest geweest en ja, dat beïnvloedt je zelfbeeld heel hard." (P5)

"Omdat ik denk van ja, jullie hebben er verstand van en 't is wel waar, jullie zeggen dat niet om te pesten of zo." (P1)

"Als iemand gewoon tegen mij zegt 'ja je ben wel zwaar, zou je er iets aan doen', dat vind ik gewoon een heel groot verschil met 'je bent dik' of zo. Ja, dat heeft ook te maken met of je vroeger gepest werd, dat heeft wel een groot verschil, voor mij toch." (P4)

Bovendien vinden ze dat er in de maatschappij een algemeen negatief beeld heerst over jongeren met overgewicht, waarbij men dit vaak associeert met slechte eetgewoonten en gebrek aan lichaamsbeweging. Dit gebrek aan nuance draagt bij aan het stigma rond overgewicht en kan de ervaringen van jongeren verder compliceren.

"Ja, ik denk dat we zo ongeïnformeerd zijn allemaal en ik ook op dat moment, dat we er direct van uitgaan 'dit is slecht'." (P2)

Advies voor zorgverleners

Op basis van een letterlijke vraag binnen het interview en zaken die de jongeren benoemden als negatief of net positief, bundelden we de belangrijkste adviezen voor zorgverleners met betrekking tot het begeleiden van jongeren met overgewicht .

Eerst en vooral hebben de jongeren de wens dat zorgverleners zich richten op hun gezondheid in plaats van de focus enkel op het gewicht te leggen. Verder vinden ze het ook belangrijk hen aan te moedigen met positieve bekrachtiging in plaats van af te straffen.

"Ja, ik zou gewoon aanraden om gezonder advies te geven en niet zeggen tegen een kind 'sla eens een maaltijd over' en 'verklein je porties naar iets van een handpalm'." (P3)

"Probeer me daarin te stimuleren in plaats van gewoon af te straffen dat ik het niet genoeg doe." (P5)

Ook woordkeuze speelt hierbij een rol. Het vermijden van termen zoals 'obesitas' en 'overgewicht' wordt gewaardeerd, aangezien deze woorden vaak negatieve gevoelens oproepen bij de jongeren. Zorgverleners houden er volgens de jongeren best rekening mee dat voorkeuren qua woordkeuze verschillen van persoon tot persoon. Verder worden moeilijke begrippen zoals BMI best vermeden, gezien het jonge kind dit nog niet begrijpt.

"Ik vind overgewicht direct een heel cru woord. Omdat dat direct, ja, meer als gemiddeld is aangenamer. Ja, overgewicht is gewoon … (pauze) heel cru." (P6)

"Ja, en een betere woordkeuze voor de leeftijd ook." (P2)

Verder benadrukken de jongeren ook het belang van tijd te nemen. Jongeren willen dat wanneer zorgverleners overgewicht aanhalen, ze ook verder actieve ondersteuning en opvolging bieden. Praktische begeleiding en follow-up lijken hen cruciaal om hen te helpen hun gezondheidsdoelen te bereiken. Zorgverleners dienen af te stappen van stereotypen en moeten een op maat gemaakte aanpak bieden die voldoet aan de unieke behoeften en leefgewoonten van elke jongere. De jongeren waarderen het dan ook dat zorgverleners erkennen wanneer ze niet de juiste expertise hebben en hen doorverwijzen naar gespecialiseerde zorgverleners.

"Eerst gewoon kijken naar problemen en dan pas later euhm, die persoon aanspreken daarop en gewoon rustig in gesprek en niet zo rap rap rap er staat een volgende patiënt, ja niet zo rap op een consultatie daarover beginnen, maar echt gewoon rustig, van ja wat kan je eraan doen, wat zijn mogelijke opties voor jou, wat zijn tips dat je kan gebruiken, inderdaad sneller doorverwijzen dan naar iemand anders of zo." (P1)

Bovendien raden de jongeren aan een verkennend gesprek te voeren over eerdere ervaringen, waarbij onder andere pestgedrag op school en opvattingen over gewicht en gezondheid worden besproken. Ze vinden het belangrijk dat de zorgverleners dit bespreken alvorens ze zomaar de harde woorden laten vallen.

"Goh, misschien eerst al zo eens vragen aan het kind zelf of dat zij er moeite mee heeft, ja met het figuur dat ze hebben of het gewicht dat ze hebben." (P6)

Naast verbale communicatie speelt ook non-verbale communicatie een grote rol. Een vriendelijke lichaamstaal draagt bij aan een gevoel van comfort en vertrouwen tijdens het gesprek. Het is ook belangrijk dit aan te passen aan elk kind of jongere.

"Ja, ze kon het op een iets zachtere manier hebben aangepakt." (P6)

"(…) ook goedlachs zijn. Dan gaan meer mensen bij je willen komen denk ik. Want als je blijheid uitstraalt, dan gaat die andere ook sneller blij zijn." (P7)

"Goh, dat valt ook te zien met welke persoon je aan het praten bent. Als die persoon dat nodig heeft dat je streng bent, dan moet je streng zijn." (P6)

Vervolgens dient het gebruik van cijfers en grafieken met voorzichtigheid te gebeuren, omdat deze soms een negatieve sfeer kunnen creëren en de jongeren kunnen ontmoedigen. Bovendien uiten de jongeren de wens om niet bij elk consult gewogen te worden, omdat zij het gevoel hebben dat dit vaak zonder reden gebeurt en puur op basis van hun uiterlijk wordt besloten. Ook dienen klachten onderzocht te worden in plaats van deze steeds te wijten aan hun gewicht.

"Je kunt natuurlijk wel een kind wegen, maar misschien die minder confronteren met dat getal of zo, of daar minder belang aan hechten, sowieso al die cijfers, dat kan al snel in je hoofd kruipen." (P5)

Tot slot vinden de jongeren het van belang dat zorgverleners hun ouders betrekken bij het proces, maar ook dat zij hun privacy en autonomie respecteren. Het is voor hen essentieel dat hun stem wordt gehoord en dat hun persoonlijke grenzen worden gerespecteerd.

"Ik vind dat persoonlijk moeilijk, want ja als een kind overgewicht heeft, heeft een kind overgewicht. Maar ik zou het niet zozeer in grote lijnen bespreken met het kind, maar eerder met de ouders, want een kind begrijpt dat amper en ja." (P3)

"(…) zonder dat ik dat wist eigenlijk, naar mijn ouders gestuurd, een doorverwijsbrief of zo en dat vond ik ook niet zo tof." (P5)

Discussie

In deze studie willen we de ervaringen en perspectieven van jongeren met overgewicht tijdens en na gesprekken over gewicht met hun huisarts en andere zorgverleners uit de eerste lijn belichten. Het aantal jongeren met overgewicht neemt jaarlijks toe, wat gepaard gaat met reële gezondheidsrisico's op lange termijn. Als zorgverlener is het de taak om deze jongeren te ondersteunen op weg naar een positieve gezondheid, zowel fysiek als mentaal. Om dit effectief te doen, moet men begrijpen hoe zij gesprekken hierover ervaren en hoe dit hen beïnvloedt. Rond dit onderwerp is tot op heden weinig onderzoek uitgevoerd. De geïnterviewde jongeren zijn tussen de 15 en 22 jaar oud en blikken terug op gesprekken met zorgverleners die vooral plaatsvonden aan het einde van het lager onderwijs en het begin van het middelbaar, toen ze tussen de 10 en 14 jaar oud waren.

Communicatie en stigma

In het algemeen hebben deze jongeren weinig positieve ervaringen met deze gesprekken in een klinische omgeving. Deze ervaringen kunnen hun gedrag en emotionele beleving beïnvloeden. Verschillende jongeren geven aan dat zij zich door de zorgverlener gestigmatiseerd voelen vanwege hun gewicht. Zorgverleners doen dit vaak onbedoeld door de manier waarop zij communiceren en handelen. Jongeren gaan een zorgverlener die hen stigmatiseert moeilijker vertrouwen en minder zijn adviezen opvolgen, zoals ook de jongeren (10 - 18 jaar, N =8) uit de studie van Jachyra et al. aangeven (12). Daarnaast kunnen jongeren negatieve coping mechanismen ontwikkelen. In onze studie bevestigen de jongeren dit en wordt vermijdingsgedrag en apathie naar zorgverleners toe gemeld, maar ook sociale isolatie ten opzichte van leeftijdsgenoten en het ontwikkelen van moeilijkheden rond eten. Deze stigmatisering en zijn gevolgen vormen een obstakel om goede zorg te kunnen bieden aan deze jongeren. Dit komt overeen met resultaten van voorgaande studies (5,15). Daarnaast ondervinden de jongeren stigma op basis van hun gewicht door leeftijdsgenoten op school en in hun hobby's. Ze krijgen opmerkingen over hun gewicht en worden soms gepest. Dergelijke ervaringen hebben een groot negatief effect op de levenskwaliteit zoals aangegeven door de jongeren (14 - 24 jaar, N = 241) in de studie van Sonneville et al. (15).

Hoe de jongeren de gesprekken ervoeren, werd ook bepaald door de toon waarop en met welke woorden de zorgverlener met hen communiceerde. Enkelen herinneren zich de dreigende toon waarop zij en hun familie bang werden gemaakt over de negatieve gevolgen van overgewicht. Velen kunnen zich de exact gebruikte woorden door de zorgverlener en de daaraan gekoppelde emoties herinneren, wat de kracht van woordkeuze aantoont, wat ook aangetoond wordt in de studie van Auckburrally et al. (11). Sommige jongeren gaven aan dat de woorden overgewicht en obesitas negatieve gevoelens opwekten. Anderen herinneren zich enkel een negatieve wolk aan woorden. Ze benadrukken dat de connotatie van deze gewichtsgerelateerde termen onder andere bepaald wordt door hun ervaringen in de bredere sociale context, zoals eerdere pestervaringen. Onze studie geeft geen concrete voorkeur voor gewichtsgerelateerde terminologie weer. Ook in de studie van Stuij et al. waarin aan jongeren (8-16 jaar, N = 18) werd gevraagd welke termen ze verkiezen, werd er geen eenduidig antwoord aangetoond (19). Enkele jongeren verklaren dat ze te jong waren om sommige begrippen te begrijpen, zoals bijvoorbeeld BMI. Zorgverleners moeten hier rekening mee houden en verstaanbare taal gebruiken bij jongeren. Echter geven de jongeren (13 - 18 jaar, N = 148) uit de studie van Puhl et al. aan dat ze de term BMI verkiezen om hun gewicht te beschrijven (17).

De jongeren vonden zichzelf vaak te jong toen de arts het gesprek aanging over hun gewicht. Vaak beseften ze op jonge leeftijd al dat ze meer wogen dan hun leeftijdsgenoten, maar vormde dit geen beperking voor hen. Daarom begrepen ze niet, of het interesseerde hen niet, waarom en wat de zorgverleners probeerden duidelijk te maken over hun gewicht en de mogelijke negatieve gevolgen ervan. Sommige jongeren benoemen dit moment bij hun arts de start van het ontwikkelen van eetproblemen en een verlaagd zelfbeeld. Jonge kinderen zijn namelijk nog volop in ontwikkeling waardoor ze makkelijk kwetsbaar en beïnvloedbaar zijn. De studie van McPherson toonde aan dat er verschillende meningen zijn over de timing van de boodschap (21)Enerzijds leek het beter om het op een jonge leeftijd aan te kaarten alvorens de jongeren al hun gewoontes binnen hun levensstijl hebben ontwikkeld, maar anderzijds kan het op deze jonge leeftijd een negatieve invloed hebben op hun zelfbeeld. Het is dus belangrijk ook de timing aan te passen van jongere tot jongere, afhankelijk van hun ingeschatte maturiteit.

De aanpak van de zorgverlener

De jongeren ervaren dat de aanpak van zorgverleners vooral gericht is op het controleren van het gewicht en minder op een positieve gezondheid. Hierbij zouden ze dan ook verwachten dat er voldoende aandacht wordt besteed aan de beleving van de jongere.

De focus op gewichtscontrole wordt versterkt door het gebruik van groeicurves en cijfers. Hoofdzakelijk bij het CLB in het lager en middelbaar onderwijs, werden groeicurves gebruikt overeenstemmend met de richtlijn ‘Obesitas bij Kinderen’ van Domus Medica (7). Enkele jongeren voelden zich hierdoor rechtstreeks vergeleken met hun leeftijdsgenoten wat zorgde voor schaamtegevoelens. Sommigen vinden dat dit herhaaldelijk wegen bijdraagt aan stigmatisering op basis van gewicht. Ze vertellen bij elke consultatie gewogen te worden zonder duidelijke aanleiding of uitleg waardoor ze aanvoelen dat de zorgverlener dit enkel doet op basis van hun fysieke kenmerken. Een van de jongeren in ons onderzoek voelt dit sterk aan omdat haar gewicht geen onderwerp meer is bij de arts sinds ze afgevallen is. Gewichtsopvolging is wel een strategie in de de richtlijn van Domus Medica, die aanraadt om bij jongeren met overgewicht gedurende minstens twee jaar het gewicht frequenter op te volgen, met het oog op een stabilisatie of vermindering van hun BMI. Nadien wordt aangeraden om het gewicht jaarlijks te blijven wegen tot en met 12 jaar om hun BMI te berekenen en deze op de groeicurve uit te zetten (7). De jongeren in dit onderzoek worden vaak ook nog gewogen op het laatste CLB-contact, rond hun 14-15 jaar, wat dus in vraag gesteld kan worden. Het lijkt vooral belangrijk dat er uitleg gegeven wordt aan de jongeren waarom exact ze gewogen worden, zodat ze niet het gevoel krijgen dat dit enkel op basis van hun uiterlijk is. Ook roept onze studie de vraag op of er geen andere manier is om het gewicht op te volgen zonder dat jongeren deze als kwetsend ervaren. Er kan bijvoorbeeld eerst gevraagd worden aan de jongere zelf wat hij of zij ervan vindt om gewogen te worden, en of hij of zij het gewicht wil weten. Verder kan ook nagedacht worden of dit systematische onderzoek, indien het nodig blijkt, bij de huisarts kan gedaan worden in plaats van tijdens een CLB-contact zodat de jongeren erna niet met een schaamtegevoel terug in de klas moeten gaan zitten.

Jongeren geven aan dat wanneer zorgverleners tijdens een consultatie zeggen dat hun gewicht een probleem vormt, ze zich nadien vaak onvoldoende geholpen of geïnformeerd voelen over hoe ze dit kunnen aanpakken. Ze beschrijven dat zorgverleners onvoldoende tijd nemen om hen te leren kennen en daardoor geen geschikt advies meegeven. Sommigen zoeken nadien dan zelf manieren op om af te vallen, dewelke soms ongezond zijn. Bij de

huisarts vinden de gesprekken soms plaats in het bijzijn van hun ouders. Of de ouders betrokken worden en hoe die interactie verloopt, draagt bij aan het breder ondersteunen van de jongere. Sommigen vinden het noodzakelijk dat de ouders en de omgeving mee betrokken worden omdat zij een invloedrijke en ondersteunde rol spelen voor de jongere en het doorvoeren van levenstijlaanpassingen, zeker op een jonge leeftijd. Ook in de studie van McPherson et al. zijn zowel de jongeren (7-18 jaar, N = 18) als hun voogden het erover eens om allen betrokken te zijn bij het gesprek zodat alle neuzen dezelfde kant op gaan (21). Dit wordt ook aangetoond bij Smith et al. Deze studie toont aan dat het aanleren van positieve gezondheidsvaardigheden en eetgewoonten bij de ouders bijdraagt aan het bevorderen van de gezondheid van de jongeren (2).

Bij het CLB worden de ouders na het medisch onderzoek op de hoogte gebracht via een brief, maar voor de jongeren voelt dit aan alsof dit stiekem gebeurt, wat ze onaangenaam vinden. Het blijft steeds belangrijk de privacy en autonomie van de jongeren te bewaren, ook bij het betrekken van de ouders. Het risico en de angst om met de booschap over het overgwicht de jongere zijn of haar zelfbeeld te verlagen en problemen met eten te veroorzaken, wordt ook aangehaald door de ouders van jongeren met overgewicht in de studie van Auckburraly et al. Het grotendeel van die ouders geloven ook wel dat het brengen van de boodschap nodig is om de jongeren zich bewust te maken van het ‘probleem’, maar het is belangrijk dat dit op een sensitieve manier gebracht wordt (11)

Vervolgens geven de jongeren aan dat ze vaak weinig of oppervlakkig advies krijgen om hun overgewicht aan te pakken, waardoor sommigen hun motivatie telkens verliezen om levensstijlveranderingen door te voeren. Advies zoals ‘eet gezonder en beweeg meer’ is niet effectief omdat zo geen concrete handvatten worden meegegeven waarmee ze aan de slag kunnen gaan. Dergelijk advies voelt aan alsof sommige zorgverleners de jongeren zelf verantwoordelijk houden voor het overgewicht wat schuldgevoelens opwekt. Het illustreert ook dat zorgverleners soms oppervlakkige opvattingen hebben over de oorzaak en aanpak van overgewicht, wat ook aangetoond werd in een voorgaande studie (9). Het frequente gebrek aan geschikt advies wordt ook aangetoond door jongeren in enkele andere voorgaande studies, die beschrijven dat zorgverleners onvoldoende rekening houden met de voorkeuren qua aanpak van de jongeren zelf. De jongeren in onze studie halen daarnaast aan dat tijdgebrek in het consult een rol speelt. Overeenstemmend met de opvattingen van de jongeren (13 - 19 jaar, N = 28) in de studie van Yerges et al. en deze van Sonneville et al. (14 - 24 jaar, N = 241), waarderen zij het ook wanneer een arts de tijd neemt om de hobby’s, eetpatronen en bewegingsmogelijkheden van de jongere te verkennen om concreet en geschikt advies te geven om gezondheidsdoelen te behalen (15,16). Daarnaast vinden jongeren dat obesitas en overgewicht meer is dan het simpel beeld van te veel eten en te weinig bewegen. Het is een multifactoriële en complexe aandoening waarbij de invloed van genen en hormonen op de productie van vetten en het honger- en verzadigingsgevoel een rol spelen.

Wanneer jongeren zich presenteren met verschillende somatische klachten bij hun arts vinden ze dat deze snel overgewicht aanduidt als oorzaak. Ze vinden deze aanpak kort door de bocht en voelen zich niet serieus genomen en niet geholpen. Jongeren beschrijven deze aanpak als een ‘tunnelvisie’ en voelen zich gediscrimineerd door hun arts. Uit het DOERAK-cohort onderzoek in Nederland werd aangetoond dat jongeren met overgewicht en obesitas zich met hetzelfde type klachten presenteren bij de huisarts als jongeren zonder overgewicht. In dit cohortonderzoek wordt niet geconcludeerd dat de klachten van jongeren met overgewicht rechtstreeks veroorzaakt worden door hun gewicht (14). De jongeren in

onze studie willen voor hun lichamelijke klachten op dezelfde manier onderzocht worden als jongeren zonder overgewicht waarbij dus ook differentiaal diagnostisch andere aandoeningen worden uitgesloten, zonder meteen gewicht als oorzaak aan te duiden.

Focus op empathische zorg

Elke jongere is een individu met eigen interesses en een eigen denkbeeld over gezondheid, voeding en gewicht. Verschillende factoren spelen een rol bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht en het tijdsgebrek in een consultatie maakt het moeilijk om al deze factoren te bespreken. Het is van belang dat de zorgverlener dit beseft en toch extra tijd neemt voor dergelijke consultaties. Informatie zoals doorgemaakte pestervaringen, moeilijkheden met eten, emoties als schaamte en verdriet, een laag zelfbeeld… is essentieel om te weten als zorgverlener om op een persoongerichte en empathische manier overgewicht aan te kaarten en gezondheidsdoelen te formuleren. Een beter begrip van de ervaringen van jongeren met overgewicht is dus nodig, zoals ook aangekaart wordt in het onderzoek van Randall-Arell et al. (12). De jongeren in ons onderzoek gaven ook aan dat ze het enkel gepast vonden dat een arts over hun gewicht begon als ze dit zelf vroegen of wanneer hun gewicht reële gezondheidsrisico's tot stand bracht. De studie van Paulis et al. toont aan dat eigenlijk zeer weinig jongeren met overgewicht hun arts consulteren omwille van een gewichtsprobleem. Toch werden meer jongeren op hun levensstijl aangesproken dan dat er jongeren waren die hiervoor naar hun arts gingen. Er werd niet onderzocht op welke manier dit gedaan werd en wat de jongeren hiervan vonden (14) Ook dit wordt als stigmatiserend ervaren, gezien ze het gevoel hebben dat het advies komt vanuit de veroordeling van hun fysiek voorkomen.

Om stigmatisering tegen te gaan adviseren de jongeren aan zorgverleners om eerdere negatieve gewichtsgerelateerde ervaringen in sociale situaties bloot te leggen om onder andere te ontdekken welke terminologie hun voorkeur en vooral ook afkeur krijgt om zo geen negatieve gevoelens teweeg te brengen. Uit ons onderzoek kunnen we niet exact zeggen wat de zorgverleners wel of niet moet zeggen. Onze bevindingen bevestigen wel de conclusie van Puhl et al. dat een proactieve benadering door de zorgverlener nodig is om te weten te komen bij welk taalgebruik de jongere (gemiddelde leeftijd 17,28 jaar, N = 50) zich het meest comfortabel voelt (20). Het is betreurenswaardig dat het taalgebruik bij een interventie in de zorg de jongeren meer kan schaden en negatieve gevolgen teweegbrengt, zoals bijvoorbeeld zorgvermijding, dan kan helpen.

De jongeren mogen niet gezien worden als een stoornis op zich omwille van hun overgewicht en zij geven het signaal dat de aanpak van zorgverleners moet veranderen. Ze ervoeren dat de focus vooral op het gewicht lag, maar willen dat de focus verschuift naar een positieve gezondheid. Ook zijn ze van mening dat het motiverender werkt als ze meer positieve bekrachtiging ervaren dan afstraffing. Een jongere in onze studie haalt zelf de Health At Every Size principes aan als mogelijke benadering. Dit concept is het laatste decennium in opmars en dient om mensen hun relatie tot voeding en beweging te verbeteren, voor elke lichaamsvorm. De nadruk ligt dus op gezondheid in plaats van op gewicht. Dit model streeft naar een geïndividualiseerde aanpak en wil af van gewichtsdiscriminatie (10). Dit staat in contrast met de richtlijn van Domus Medica waar de aanpak van overgewicht bij kinderen zich richt op de stabilisatie of het verlagen van de BMI (7).

De jongeren geven aan te begrijpen dat overgewicht gekoppeld is aan reële gezondheidsrisico's en dat het de taak is van de arts om dit met hen te bespreken, doch op een niet-stigmatiserende manier. De jongeren in ons onderzoek waarderen een persoonlijke en empathische aanpak van zorgverleners die interesse in hen tonen en zich focussen op het bereiken van een gezonde levensstijl. Deze bevindingen sluiten aan bij de resultaten uit de studie van Yerges et al. (16). Op deze manier kan een vertrouwensband gesmeed worden met de zorgverlener. Door het belang van niet-stigmatiserende communicatie te benadrukken kan men de kwaliteit van zorg, het bereiken van een gezonde levensstijl en de ervaringen van jongeren met overgewicht verbeteren.

Er werden ervaringen bij verschillende zorgverleners gedeeld en het is opvallend dat de consultaties bij de CLB-arts vooral een negatieve indruk hebben achtergelaten bij de jongeren. Het CLB speelt een belangrijke rol in de preventieve gezondheidszorg, de onderwijsloopbaanbegeleiding en het psychosociaal functioneren van jongeren. Het is jammer om te horen dat de jongeren met overgewicht stress ervaren voor deze contacten. Het model van een routinematige consultatie waar slechts beperkte tijd beschikbaar is om de jongere te leren kennen en het feit dat de jongere hier alleen is, draagt hieraan bij. De CLB-arts uit ons onderzoek die wel de tijd nam om op maat gemaakte levensstijlaanpassingen te formuleren, werd dan weer enorm geapprecieerd. Het kan dus nuttig zijn de CLB-artsen hier ook bewust in te maken en te herzien op welke manier de consultaties het best zouden verlopen in de toekomst.

Eetexpert heeft een fiche ontwikkeld waarop tips staan om niet-stigmatiserende communicatie toe te passen als zorgverlener. Over het algemeen komen deze tips goed overeen met wat de jongeren zelf in ons onderzoek aangaven. Eetexpert adviseert om als zorgverlener eerst zelf na te denken over de eigen opvattingen over eten en gewichtsproblemen, en erna te peilen naar stigma's bij de jongere zelf. Men moet ook voldoende tijd en ruimte nemen tijdens het consult en op de woordkeuze letten. Het is vooral ook belangrijk de persoon te benaderen in al zijn facetten en toestemming te vragen om het gewicht te bespreken, iets wat volgens onze jongeren vaak niet gedaan werd. Ook de focus op een gezonde levensstijl in plaats dan de focus op het gewicht staat centraal (9). Deze tips vormen een goede leidraad voor zorgverleners om toe te passen in de praktijk, waar er geen 'one size fits all' aanpak bestaat.

Deze tips implementeren in een richtlijn voor de aanpak van jongeren met overgewicht zou nuttig kunnen zijn. Auckburally et al. geven namelijk aan dat artsen een drempel hebben om gewichtsgerelateerde gesprekken te voeren met jongeren, uit angst om de jongere te kwetsen en de relatie met hun patiënt te schaden. Zij voelen zich hiertoe incompetent (11). Volgens Pont et al. zou er meer aandacht besteed kunnen worden aan een niet-stigmatiserende communicatiestijl in de opleiding tot arts (5). De gedateerde richtlijn van Domus Medica 'Obesitas bij Kinderen' uit 2007 zou herzien kunnen worden in een poging om artsen en jongeren een optimale ondersteuning te bieden, aangezien de prevalentie van overgewicht en obesitas en jongeren toeneemt en we gewichtsdiscriminatie willen wegwerken. In de literatuur benoemen artsen zelf de nood aan een betere educatie om deze jongeren te kunnen begeleiden. Met de tips van Eetexpert en de HAES principes kan al een goede basis gelegd worden omtrent het communicatieluik binnen deze richtlijnen.

Implicaties voor zorgverleners

Onze bevindingen hebben belangrijke implicaties voor zorgverleners uit de eerste lijn. Het is van belang dat zij zich bewust zijn van de impact die hun communicatie en benadering kunnen hebben op jongeren met overgewicht. Het creëren van een ondersteunende en niet-stigmatiserende omgeving tijdens gesprekken over gewicht is essentieel. Dit omvat ook het tonen van empathie en het erkennen van de gevoeligheden rond dit onderwerp.

Daarnaast is het belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van de diversiteit onder jongeren met overgewicht, zoals verschillen in leeftijd, opvoeding, en andere achtergrondfactoren. Het is belangrijk om rekening te houden met deze diversiteit bij het bieden van zorg, en dus om de behoeften en perspectieven van alle jongeren te verkennen en te respecteren.

Zorgverleners moeten zich ook bewust zijn van de impact van stigmatisering op jongeren met overgewicht en actief bijdragen aan het verminderen van stigmatisering binnen de gezondheidszorg. Dit vereist dat artsen ook stilstaan bij hun eigen percepties over jongeren met overgewicht. Het adequaat scholen van zorgverleners over dit onderwerp kan helpen bij het verminderen van stigmatisering. Dit kan bijvoorbeeld door de tips van Eetexpert en de HAES principes meer aan de man te brengen en de richtlijnen te herzien.

Tot slot benadrukken onze bevindingen de behoefte aan een meer holistische benadering van de zorg voor jongeren met overgewicht. Hierbij dient niet alleen het fysieke aspect, maar ook het mentaal welzijn van de jongeren te worden meegenomen. Het is van groot belang dat zorgverleners een empathische en gevoelige benadering hanteren, waarbij ze de behoeften van de jongeren centraal stellen en samenwerken met hen om passende zorg en ondersteuning te bieden.

Sterktes en zwaktes

Onze studie biedt waardevolle inzichten in de persoonlijke ervaringen en belevingen van jongeren met overgewicht door middel van een-op-een interviews. Het feit dat deze jongeren bereid waren om openlijk te praten over een gevoelig onderwerp als overgewicht met vreemden, benadrukt de unieke kans die dit bood om dit onderwerp bespreekbaar te maken en het bewustzijn bij zorgverleners te vergroten. Dankzij onze flexibele benadering konden we met empathie en gevoeligheid te werk gaan, waarbij we rekening hielden met factoren zoals leeftijd, maturiteit en mentaal welzijn van de jongeren en we vooral de jongeren aan het woord lieten. Een belangrijke beperking van onze studie is de kleine steekproefgrootte, waarbij we oorspronkelijk van plan waren om vijftien interviews te houden, maar er slechts zeven konden uitvoeren vanwege de moeizame rekrutering. Meerdere jongeren gaven aan dat ze psychologische begeleiding nodig hadden om zichzelf te accepteren en om te gaan met hun gevoelens van schaamte en schuld. Deze kwetsbaarheid en een heersende taboesfeer over dit onderwerp kunnen mogelijke verklaringen vormen van de moeizame rekrutering.

Ook treedt hierdoor selectiebias op, aangezien de jongeren die deelnamen mogelijk meer gemotiveerd waren of een specifieke mening hadden over dit onderwerp, bijvoorbeeld dat ze sterke gevoelens van boosheid of frustratie uiten naar bepaalde ervaringen uit het verleden en deze willen delen. Verder is er ook het gebrek aan diversiteit in geslacht en etnische achtergrond binnen onze steekproef, wat kan leiden tot een gebrek aan representativiteit en het uitsluiten van belangrijke perspectieven en ervaringen, vooral vanwege verschillende

ideeën en percepties over gezondheid, voeding en gewicht. Daarnaast moeten we rekening houden met de evolutie in de perceptie van jongeren, aangezien veel van onze deelnemers nu jongeren zijn die terugkijken op hun ervaringen met zorgverleners als kinderen of pubers, wat kan resulteren in gekleurde inzichten door latere ervaringen. Verder werden de interviews gevoerd door de onderzoekers zelf, en dit was voor allen de eerste keer. Tijdens het proces van het voeren van de interviews kwamen dus ook telkens wat nieuwe componenten of vaardigheden bij in het voeren van het volgende interview.

Desalniettemin dragen onze bevindingen bij aan het benadrukken van het belang van het bespreken van overgewicht bij jongeren en het aanpakken van stigmatisering in de zorg.

Verder onderzoek

De prevalentie van overgewicht en obesitas bij jongeren is de afgelopen jaren sterk toegenomen en zal nog verder toenemen (1). Mogelijks gaan zorgverleners in de eerste lijn deze jongeren dus meer op hun raadplegingen zien verschijnen. Om aan gezondheidspreventie te doen waarbij jongeren zich niet-gestigmatiseerd maar ondersteund voelen, is het belangrijk de competentie van zorgverleners om dit thema te bespreken te versterken. Als er evenveel onderzoek naar en aandacht voor de ervaringen van jongeren met overgewicht en niet-stigmatiserende communicatie zou zijn als voor de medicamenteuze behandelingsopties van obesitas, kan een grotere doelgroep op jonge leeftijd effectiever ondersteund worden. De infofiche van Eetexpert en de HAES principes zijn ontstaan om de focus meer op de persoon en diens gezondheid te richten dan op het gewicht, met de wetenschap dat deze aanpak meer kans op slagen geeft. De stemmen van de jongeren in ons onderzoek illustreren dit. Het is belangrijk om deze ervaringen van jongeren met overgewicht op een grotere schaal te onderzoeken.

Gezien de beperkingen in ons onderzoek is het nuttig om verder onderzoek te verrichten naar de beleving van jongeren met overgewicht in verschillende settings, zowel in eerste als tweede lijn, met een diverse groep jongeren qua leeftijd, etniciteit en geslacht. Het kan ook nuttig zijn te onderzoeken wat deze ervaringen doen met jongeren met betrekking tot hun motivatie tot levensstijlveranderingen. Daarnaast is het relevant om de perspectieven en ervaringen van de zorgverleners zelf te onderzoeken, zoals bijvoorbeeld de drempels die zij ervaren bij het bespreken van gewichtsgerelateerde onderwerpen met jongeren. Ook zou het goed zijn om gewichtsgerelateerde gesprekken met zorgverleners en jongeren direct te observeren. Het samenbrengen van deze resultaten kan uiteindelijk leiden tot de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen voor het omgaan met jongeren met overgewicht, met nadruk op effectieve communicatie en het voorkomen van stigmatisering. Het is vooral cruciaal om zowel zorgverleners als de maatschappij bewuster te maken van de impact van stigmatiserende communicatie op jongeren met overgewicht.

Conclusie

Deze studie benadrukt het belang van het begrijpen van de ervaringen van jongeren met overgewicht tijdens en na gesprekken over gewicht met zorgverleners uit de eerste lijn. Onze resultaten tonen aan dat jongeren vaak negatieve ervaringen hebben met deze gesprekken, waarbij stigmatisering een centrale rol speelt. Dit kan leiden tot negatieve gevolgen zoals vermijdingsgedrag, sociale isolatie en eetproblemen, wat de kwaliteit van de gezondheidszorg kan ondermijnen.

Zorgverleners dienen zich bewust te zijn van de impact van hun communicatie en benadering op jongeren met overgewicht. Het is essentieel dat zij een ondersteunende en niet-stigmatiserende omgeving creëren tijdens gesprekken over gewicht, waarbij empathie en respect voor de individuele ervaringen van de jongeren centraal staan. Het betrekken van de omgeving van de jongeren bij dit gesprek kan nuttig zijn.

Onze bevindingen sluiten goed aan bij de infofiche van Eetexpert over niet-stigmatiserende communicatie en de HAES principes. Door deze principes in de toekomst meer te integreren in de eerstelijnszorg, kunnen zorgverleners een meer empathische omgeving creëren die beter aansluit bij de behoeften van jongeren met overgewicht. Hierbij wordt gestreefd naar niet-stigmatiserende communicatie, waarbij de focus ligt op het bevorderen van gezondheid en (mentaal) welzijn, in plaats van op gewichtscontrole.

Desalniettemin is verder onderzoek nodig naar zowel de ervaringen van jongeren met overgewicht als naar de perspectieven en ervaringen van zorgverleners bij het bespreken van gewichtsgerelateerde onderwerpen. Dit kan hopelijk verder bijdragen aan het ontwikkelen van effectieve communicatiestrategieën en het verminderen van stigmatisering door zorgverleners in de toekomst.

Referenties

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. Smith JD, Fu E, Kobayashi MA. Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. Vol. 16, Annual Review of Clinical Psychology. Annual Reviews Inc.; 2020. p. 351–78.
3. Skinner AC, Perrin EM, Moss LA, Skelton JA. Cardiometabolic Risks and Severity of Obesity in Children and Young Adults. New England Journal of Medicine. 2015 Oct;373(14):1307–17.
4. Singh AS, Mulder C, Twisk JWR, Van Mechelen W, Chinapaw MJM. Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature. Vol. 9, Obesity Reviews. 2008. p. 474–88.
5. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics [Internet]. 2017;140(6). Available from: http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/140/6/e20173034/913008/peds_20173034.pdf
6. Vrij CLB Netwerk. Systematisch contactmoment bij het CLB [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 19]. Available from: https://www.vrijclb.be/thema/systematisch-contact-met-medisch-onderzoek
7. Niesten L, Bruwier G. Aanbeveling Obesitas bij kinderen. Huisarts Nu [Internet]. 2008;37(4):189–204. Available from: www.vub.ac.be/groeicurven/groeicurven.html
8. Richardson L, Paulis WD, van Middelkoop M, Koes BW. An overview of national clinical guidelines for the management of childhood obesity in primary care. Vol. 57, Preventive Medicine. 2013. p. 448–55.
9. Eetexpert. Communicatie & Stigma [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 29]. Available from: https://eetexpert.be/info-per-thema/communicatie-stigma/#heading8
10. Association for Size Diversity And Health. Health At Every Size Principles [Internet]. 2024. Available from: https://asdah.org/haes/
11. Auckburally S, Davies E, Logue J. The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: the Challenge for Healthcare Professionals. Curr Obes Rep [Internet]. 2021;10:274–81. Available from: https://doi.org/10.1007/s13679-021-00441-1
12. Jachyra P, Anagnostou E, Knibbe TJ, Petta C, Cosgrove S, Chen L, et al. Weighty Conversations: Caregivers', Children's, and Clinicians' Perspectives and Experiences of Discussing Weight-Related Topics in Healthcare Consultations. Autism Research. 2018 Nov 1;11(11):1500–10.
13. Randall-Arell JL, Utley R. The Adolescent Female's Lived-Experience of Obesity. The Qualitative Report. 2014;19(23):1–15.
14. Paulis WD, Van Middelkoop M, Bueving HJ, Luijsterburg PAJ, Koes BW. Discussing overweight in primary care. Vol. 100, Archives of Disease in Childhood. BMJ Publishing Group; 2015. p. 899–900.
15. Kendrin R. Sonneville, Melissa A. Plegue, Lauren P. Nichols, Tammy Chang. Adolescent Perspectives on Clinical Conversations About Weight. Journal of Adolescent Health. 2018;S120.

16. Yerges AL, Snethen JA, Carrel AL. Female adolescents with overweight and obesity share their perspectives on the clinical setting and weight management. Clin Obes. 2021 Feb;11(1).
17. Puhl RM, Himmelstein MS. Adolescent preferences for weight terminology used by health care providers. Pediatr Obes. 2018 Sep 1;13(9):533–40.
18. Woo S, Song HJ, Kim YM, Lim H, Park KH. Factors associated with the perception of parents and children regarding obesity-related terminology used by healthcare professionals in a sample of Korean children and adolescents with obesity. Obes Res Clin Pract. 2022 Sep 1;16(5):421–8.
19. Stuij M, van Maarschalkerweerd PEA, Seidell JC, Halberstadt J, Dedding C. Youth perspectives on weight-related words used by healthcare professionals: A qualitative study. Child Care Health Dev. 2020 May 1;46(3):369–80.
20. Puhl RM, Himmelstein MS, Armstrong SC, Kingsford E. Adolescent preferences and reactions to language about body weight. Int J Obes. 2017 Jul 1;41(7):1062–5.
21. McPherson AC, Knibbe TJ, Oake M, Swift JA, Browne N, Ball GDC, et al. “Fat is really a four-letter word”: Exploring weight-related communication best practices in children with and without disabilities and their caregivers. Child Care Health Dev. 2018 Jul 1;44(4):636–43.
22. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012 Mar;49(3):360–71.

Bijlagen

Bijlage 1: flyer



Bijlage 2: Interviewguide

Algemeen

1. Overlopen van het ICF.
2. Meerwaarde van hun deelname aan deze studie nog eens benadrukken.
3. Grenzen stellen: onze rol nu is die van onderzoeker en niet van arts. Op vragen in verband met gezondheid mogen/kunnen wij nu niet antwoorden. De vragen dienen achteraf gesteld te worden aan de eigen arts.

Beleving

De bedoeling is dat de jongeren zo veel mogelijk aan het woord zijn. Daarom zullen we beginnen met het stellen van een open vraag, zodat de jongeren vooral uit zichzelf kunnen vertellen. Indien het toch wat stroever verloopt, hebben we enkele handvatten waarop we kunnen terugvallen. Deze helpen ervoor te zorgen dat alle thema's/topics die van belang zijn voor ons onderzoek zeker aan bod gaan komen. Dit is een dynamisch proces, het verloop kan/zal evolueren tijdens het afnemen van de verschillende interviews, door onze ervaring en input van de jongeren.

Introductie

Ten eerste gaan we proberen de jongeren wat op hun gemak te stellen/het ijs te breken door een korte introductie (van onszelf en de deelnemer).

- Startvraag
    - Kan je je een moment herinneren dat een arts een gesprek is begonnen over jouw gewicht (als kind, als jongere)?
    - Vertel eens over een moment dat een arts begon over jouw gewicht?
    - Kan je een positieve ervaring voor de geest halen die je had bij een zorgverlener?
- Reden van gesprekken
    - Waarom zou de zorgverlener hierover begonnen zijn?
    - Wat was de aanleiding?
    - Vroeg jij of je ouders hier zelf iets over of begon de arts spontaan?
    - Op welk moment van de consultaties? (Tijdens consultatie, ervoor, erna, lang geleden…?)
- Gevoel/beleving
    - Welk gevoel had je toen de arts over je gewicht begon? Wat vond je hiervan?
        - Hoe denk je dat dit kwam?
    - Had je het gevoel begrepen/ondersteund te worden door deze arts? Tijdens dit gesprek?
    - Kon je over jouw beleving praten met iemand? Was dit makkelijk of moeilijk?
        - Hoe denk je dat dit kwam?

    - Indien dit jou een slecht gevoel gaf, hoe was het om nadien dan terug te keren bij deze arts? Heb je gelijkaardige of andere ervaringen met andere artsen?
- Invloed van gesprek(ken) op jouw (zowel op mentaal als fysiek vlak)
    - Had dit een effect op jouw gedrag? Op jouw doen en laten?
    - Wat was het effect op je mentaal welzijn?
    - Positieve impact?
    - Heeft dit jouw kijk op bepaalde dingen veranderd?
    - Heeft het gesprek jouw nieuwe inzichten gegeven? Ben je wijzer geworden door dat gesprek?
- Impact op arts-patiëntrelatie
    - Hoe voelde je je wanneer je een volgende keer bij deze arts moest gaan?
    - Had jouw vorige ervaring effect op de volgende consulten bij eender welke arts?
- Andere ervaringen
    - Begon er wel is een andere zorgverlener over je gewicht? Wat was jouw gevoel hierbij?
- Advies
    - Moest je terug kunnen keren in de tijd, zou je dan tips aan die arts meegeven?
- Is er nog iets dat je wil delen over dit onderwerp?
- Wat vond je van het interview en wat betekende dit voor jou?

Afsluiten doen we door de deelnemers uitgebreid te bedanken. We benadrukken dat als de deelnemer na het interview met vragen of zorgen blijft zitten, hij daarvoor terecht kan bij diens huisarts ofwel via het jongerenplatform ‘AWEL’ (contactgegevens krijgen ze mee via een flyer).

Bijlage 3: Conceptenlijst

- Welke zorgverleners komen aan bod?
    - Huisarts
    - CLB
    - Diëtist
    - Psycholoog
    - Andere
- Advies voor de zorgverlener
- Beleving
- Emoties
    - Schaamte
    - Schuldgevoel
    - Boosheid
    - Onverschillig
    - Hoop
    - Stress
    - Andere
- Gedrag door de jongeren
    - Consultatiegedrag
    - Gewichtsgerelateerd
    - Gezondheidsgerelateerd
    - Voedingsgerelateerd
    - Andere
- Leeftijd van de jongeren
    - Lagere school
    - Lager middelbaar
    - Hoger middelbaar
- Tekst die onderzoeker triggert tot interpretatie
- Wat doet de zorgverlener
    - (Geen) oplossing zoeken
    - (Geen) tijd nemen
    - Communicatie met ouders
    - Gebruik maken van grafieken of cijfers
    - Herhaald wegen zonder aanleiding
    - Op jonge leeftijd aanspreken
    - Reden van contact met zorgverlener
    - Woordkeuze
    - Welke thema's bespreekt de zorgverlener
        - Gewicht
        - Gezondheid
        - Levensstijl
        - Andere
- Wat gebeurt er in het gezin
- Wat gebeurt er in de maatschappij
- Wat gebeurt er onder leeftijdsgenoten
- Zelfbeeld

Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Mevr. An Piessens
Vakgroep Psychologie en Pedagogische Wetenschappen
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Sophie VANDEWYNCKEL	03/02/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2022-0350		B6702022000730

Betreft:
Kwalitatief onderzoek: hoe ervaren jongeren met overgewicht het gesprek over hun gewicht met een arts uit de eerste lijn?
- Scriptie Sophie VANDEWYNCKEL

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 24/01/2023.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 31/01/2023 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

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