Samenwerking tussen huisartsen en artsen-specialisten betreffende obesitas bij jongeren: survey onderzoek bij huisartsen

Vandewiele Simon, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Goderis Geert

Master in de Huisartsgeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025-2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudstafel

Inhoudstafel 3

Abstract 5

Achtergrond 5

Doel 5

Methoden 5

Resultaten 5

Conclusie 6

Lijst met gebruikte afkortingen 6

1. Inleiding 7

2. Doelstellingen 7

3. Methoden 7

3.1. Selectieproces van deelnemers 8

3.1.1. Inclusie- en exclusiecriteria 8

3.1.2. Steekproefgrootte en populatie 8

3.1.3. Rekrutering 8

3.1.4. Verwachte duur 9

3.2. Statistische analyse 9

3.3. Dataverwerking en -management 10

3.3.1. Opslag en beheer van data 10

3.3.2. Verklaring van confidentialiteit en voorzichtig omspringen met informatie en persoonlijke data 10

4. Resultaten 12

4.1. Persoonsgebonden kenmerken van de deelnemers-huisartsen 12

4.2. Rol in diagnostiek en behandeling 13

4.3. Samenwerking en communicatie met tweedelijnszorg 15

4.4. Specifieke rol als huisarts 17

4.5. Subgroepanalyses (Likert-schaalvragen) 19
4.5.1. Stratificatie volgens geslacht 19
4.5.2. Stratificatie volgens leeftijd 20
4.5.3. Stratificatie volgens praktijkorganisatie (referentiegroep = groepspraktijk met enkel huisartsen) 20
4.5.4. Onderlinge correlatie tussen vragen 21
5. Discussie 22
5.1. Belangrijkste bevindingen 22
5.2. De rol van de huisarts bij kinderen en jongeren met obesitas 22
5.3. Toepassen van richtlijnen en kennislacunes 23
5.4. Samenwerking met de tweedelijnszorg 23
5.5. Ervaren drempels 24
5.6. Beperkingen en sterktes van de studie 25
5.7. Toekomstig onderzoek 27
6. Conclusie 28
7. Bronnen 28
8. Bijlagen 30
8.1. Informatiebrief 30
8.2. Vragenlijst 32
8.3. Bericht op sociale media/mail/brief 36
8.4. Goedkeuring Ethische Commissie 36

Abstract

Achtergrond

Overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren zijn wereldwijd frequente aandoeningen, waarbij de meest recente Belgische cijfers respectievelijk 19,4% en 4,8% bedragen (2-17 jaar, Gezondheids-enquête 2023-2024). Preventie en vroegdetectie vormen hierbij belangrijke pijlers van de behandeling, met de huisartsen als spilfiguur binnen de eerstelijnszorg. Huisartsen ondervinden echter struikelblokken van verschillende aard bij zowel preventie, detectie als verdere behandeling van deze problematiek. Voor een optimale begeleiding van kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas lijkt een goede samenwerking tussen huisartsen en de tweedelijnszorg, waaronder artsen-specialisten en gespecialiseerde multidisciplinaire teams, opportuun.

Doel

Doelstelling van dit onderzoek was om de meningen en verwachtingen van huisartsen met betrekking tot deze samenwerking in brede zin in kaart te brengen, obstakels en facilitatoren te identificeren en mogelijke oplossingen ter verbetering van deze samenwerking te exploreren.

Methoden

Voor deze cross-sectionele observationele studie werd gebruikgemaakt van een gestandaardiseerde online vragenlijst, gericht aan beroepsactieve huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) in Vlaanderen. De vragenlijst bevatte stellingen over kennis, attitudes, klinische praktijk en samenwerking met de gespecialiseerde zorg, met telkens vijf antwoordopties volgens een Likert-schaal gaande van 'Helemaal akkoord' tot 'Helemaal niet akkoord', inclusief neutrale antwoordoptie. Daarnaast maakten ook open vragen en rangschikkingsvragen deel uit van de survey. De kwantitatieve gegevens werden beschrijvend en exploratief geanalyseerd, met indien aangewezen bijkomende correlatie- en subgroepanalyses.

Resultaten

126 volledig ingevulde vragenlijsten werden geanalyseerd voor deze studie, van wie 33 mannen en 93 vrouwen (gemiddelde leeftijd: 37,5 jaar (range 26; 76)). Preventie werd door 73% als belangrijkste rol van de huisarts aangeduid, gevolgd door diagnostiek, doorverwijzing en coördinatie. Behandeling werd door 57,9% van de respondenten als minst belangrijke rol ingeschat. Zo goed als alle respondenten onderschreven het belang van het vroegtijdig bespreekbaar maken van overgewicht en obesitas (97,7%), maar 73,8% ervaarde hierbij drempels. Van deze respondenten rapporteerde 57,8% tijdsgebrek, terwijl respectievelijk 47,1% en 37,3% schroom hadden om het onderwerp met het kind/de jongere en de ouders te bespreken. Daarnaast werden kennislacunes vastgesteld met betrekking tot onder meer richtlijnen, leeftijdsspecifieke BMI-grenswaarden en het *Edmonton Obesity Staging System* (EOSS-P). Correlatie- en subgroepanalyses toonden overwegend beperkte verbanden tussen leeftijd, geslacht en praktijkorganisatie enerzijds en de onderzochte kennis- en attitude-items anderzijds.

Conclusie

Vlaamse huisartsen en HAIO's erkennen een belangrijke rol als eerstelijnszorgverlener in de preventie en vroegdetectie van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren. De implementatie van deze rol wordt echter bemoeilijkt door kennishiaten, communicatieve en organisatorische drempels en een bezorgdheid over mogelijke psychosociale gevolgen bij het kind. Gerichte opleiding, laagdrempelinge gesprekstools, duidelijke verwijscriteria en een sterke samenwerking met gespecialiseerde multidisciplinaire zorg kunnen bijdragen aan een meer consistente en kind- en gezinsgerichte aanpak binnen de eerstelijnszorg.

Lijst met gebruikte afkortingen

- 95%-BI: 95% betrouwbaarheidsinterval
- BMI: Body Mass Index
- EOSS-P: *Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics*
- HAIO: huisarts-in-opleiding
- ICE: *Ideas, Concerns & Expectations*
- IQR: interkwartielafstand
- OR: odds ratio
- SD: standaarddeviatie

1. Inleiding

Obesitas is een steeds meer voorkomende aandoening die reeds op jonge leeftijd kan ontstaan, en vormt een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van andere cardiovasculaire en metabole pathologieën op latere leeftijd. In België bedragen de cijfers voor overgewicht en obesitas bij jongeren (2-17 jaar, 2024) respectievelijk 19,4% en 4,8%.(1) De basis voor preventie en behandeling van obesitas bij jongeren is een gezonde levensstijl, bestaande uit voldoende lichaamsbeweging en een gevarieerd dieet, dit alles kaderend binnen een multidisciplinaire aanpak. De eerstelijnszorg lijkt ideaal geplaatst om zowel vroegtijdig in het ziekteproces in te grijpen, als de patiënt in kwestie gedurende langere tijd op te volgen en de doorverwijzing naar dieetkundigen en pediaters waar nodig te coördineren. Desalniettemin worden door huisartsen in de praktijk toch enkele struikelblokken ervaren in zowel het diagnosticeren als behandelen van obesitas bij jongeren, zoals het willen behouden van een vertrouwensrelatie met zowel patiënt als diens familie, alsook de kennis en beschikbaarheid van praktische tools om hier concreet mee aan de slag te gaan.(2, 3) Vanuit het perspectief van de patiënt spelen vooral een gebrek aan steun vanuit de omgeving en psychologische factoren een belemmerende rol voor het implementeren van levensstijlveranderingen, en lijkt de rol van de huisarts eerder faciliterend te zijn.(4)

Het lijkt dus opportuun voor het optimaal behandelen van jongeren met obesitas om in te zetten op goede samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg.

2. Doelstellingen

Doelstelling van dit onderzoek is om de verwachtingen en meningen van huisartsen voor vlotte samenwerking met de arts-specialist, m.b.t. obesitas bij kinderen, in kaart te brengen. Hierbij worden obstakels en facilitatoren voor samenwerking in de brede zin bedoeld en wordt getracht een beter zicht te krijgen op wat voor de huisarts belangrijk is wat betreft diagnosestelling en doorverwijzing, communicatie en verslaggeving, en opstellen en aanpassen van een behandelplan. Tegelijk wordt getracht te peilen naar eventuele oplossingen om de samenwerking vlotter te doen verlopen.

3. Methoden

Voor dit onderzoek werd gekozen voor een kwantitatief onderzoek aan de hand van een gestandaardiseerde meerkeuzevragenlijst, opgesteld door de student in samenspraak met promotor en co-promotor, waarbij aan elke deelnemer dezelfde vragen in dezelfde volgorde werden gesteld, en waarbij de elementen m.b.t. optimale samenwerking tussen huisarts en arts-specialist werden bevraagd. De rol van de huisarts in de samenwerking en communicatie met de arts-specialist was het uitgangspunt voor dit onderzoek, echter de stellingen bevatten inhoudelijk ook componenten met betrekking tot de bestaande richtlijnen rond behandeling van obesitas bij jongeren.
De vragenlijst bestond uit 23 vragen en werd onderverdeeld in 4 secties: de demografische kenmerken van de respondenten, hun rol in diagnostiek en behandeling van obesitas, de samenwerking en communicatie met de tweedelijnszorg, en de specifieke rol als huisarts bij obesitas bij jongeren.

Na goedkeuring door de Ethische Commissie op 25 november 2024 (toetsingsreferentie: *MP031897*), werd de vragenlijst functioneel gemaakt via LimeSurvey, het online bevragingsplatform dat door KU Leuven ondersteund wordt. Voor het uitsturen van de vragenlijst, werd deze getest bij de praktijkopleider en 2 collega's in de praktijk waar de student werkzaam was door een papieren versie voor te leggen op de maandelijkse algemene vergadering en hun feedback mee te nemen voor het finaliseren van de uiteindelijke vragenlijst. De volledige vragenlijst alsook de goedkeuring via de Ethische Commissie werden onderaan dit document toegevoegd als bijlagen.

3.1. Selectieproces van deelnemers

3.1.1. Inclusie- en exclusiecriteria

De vragenlijst werd opgesteld met als specifieke doelgroep de beroepsactieve huisartsen en huisartsen-in-opleiding in Vlaanderen.

3.1.2. Steekproefgrootte en populatie

De berekende steekproefgrootte voor dit onderzoek gebeurde op basis van de huidige populatie van 10.332 beroepsactieve huisartsen,(5) en bedroeg 313: uitgaande van een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een foutenmarge van 5%, met een 30% responsdistributie. (Raosoft online sample size calculator). Deze steekproef baseerde zich op de berekeningen voor representativiteit van de survey. We beseffen echter dat dit een zeer ambitieus aantal is in het kader van een masterproef. Pragmatisch mikten we toch op minstens 100, liefst 200 respondenten. We achtten dit mogelijk omdat het thema 'Obesitas bij jongeren' bij aanvang van deze masterproef een verhoogde aandacht kreeg in de gespecialiseerde pers.

3.1.3. Rekrutering

1. Hoe werd de deelnemer geïnformeerd?

De informatiebrief werd toegevoegd aan de bijlagen onderaan dit document.

2. Hoe werd de deelnemer gecontacteerd en het onderzoek ervaren?

Deelnemers werden uitgenodigd tot deelname aan de studie via partnerorganisaties die de huisartsen konden bereiken: via e-mail, nieuwsbrieven (Domus Medica, lokale huisartsen-kringen), sociale media (jaargroepen van collega-HAIO's op Facebook en WhatsApp) en QR-code via artsenkranten. Bij de start van de vragenlijst kreeg de deelnemer de informatiebrief (zie bijlage) te lezen waarin duidelijkheid gegeven werd over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; en de mogelijke externe financiering van het onderzoek. Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen had en instemde met deelname, ging de afname van de vragenlijst van start. Zowel in de informatiebrief als bij de start van de vragenlijst werd duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek waren er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kon de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten werden niet opgenomen in de data-analyse

en werden vernietigd. Op geen enkel moment werden persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres,…) verzameld door de onderzoekers of konden antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld worden aan de identiteit van de deelnemers.

Potentiële deelnemers werden gecontacteerd in de periode tussen mei 2025 en maart 2026. Zo werden 54 Vlaamse huisartsenkringen per mail gecontacteerd, waarbij van 21 huisartsenkringen de expliciete bevestiging kwam dat deze vragenlijst in hun volgende nieuwsbrieven opgenomen werd. Drie huisartsenkringen gaven aan enkel enquêtes in hun nieuwsbrief te vermelden als deze afkomstig waren van artsen werkzaam in hun respectievelijke regio. Daarnaast werd de vragenlijst ook uitgestuurd via de wekelijkse nieuwsbrief van Domus Medica en de maandelijkse nieuwsbrief van ICHO. Als laatste werd de vragenlijst ook uitgestuurd naar 1394 e-mailadressen van huisartsen en huisartsenpraktijken.

3.1.4. Verwachte duur

De verwachte duur van deze studie bedroeg maximaal 15 maanden (beginnende van datum van indiening bij Ethische Commissie ten laatste op 1 december 2024, gevolgd door functioneel maken en uitsturen van vragenlijsten, analyse van data, uitschrijven van masterproef tegen de eerste deadline voor het indienen van masterproef op 1 mei 2026).

De geschatte tijd om als deelnemer deze vragenlijst in te vullen, bedroeg 5 tot 10 minuten.

3.2. Statistische analyse

Deze vragenlijst bereikte de respondenten via verschillende kanalen. Om te trachten vermijden dat selectiebias optrad, werden de gebruikte kanalen zo gevarieerd mogelijk gehouden (zie 3.1.3. Rekrutering). Om responsbias te vermijden, werd bij de meeste stellingen gekozen voor een Likert-schaal met 5 mogelijke antwoorden waarbij ook een neutraal antwoord mogelijk was, om respondenten niet richting één kant van het antwoordenspectrum te dwingen. Daarnaast werden ook stellingen voorgesteld waarbij de respondent de aangeboden antwoorden kon rangschikken van meest naar minst geschikt.

Voor de statistische analyse van de antwoorden werd gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek waarbij de mate waarin akkoord gegaan wordt, procentueel is weergegeven, afgerond op 1 decimaal. Eveneens werd voor descriptieve doeleinden als volgt een cijfermatig gewicht toegekend aan de verschillende mogelijke antwoorden: ‘helemaal akkoord’ = +2, ‘eerder akkoord’ = +1, ‘neutraal’ = 0, ‘eerder niet akkoord’ = -1, en ‘helemaal niet akkoord’ = -2. Voor de continue variabelen (persoonsgebonden kenmerken van de respondent zoals leeftijd en aantal beroepsactieve jaren) werd een gemiddelde waarde met standaardafwijking en mediaan berekend. Indien aangewezen werd een inferentiële statistiek uitgevoerd op deze variabelen om potentiële correlaties te kunnen maken tussen specifieke antwoorden op vragen en bepaalde subgroepen van respondenten. Daar het Likert-schaaldata betreft, werd een ordinale logistische regressie-analyse toegepast. Onder strikt bepaalde voorwaarden – die voorafgaand aan de analyse geëvalueerd werden – kunnen Likert-schaaldata evenwel beschouwd worden als continue waarden.

Voor de stratificatie volgens geslacht werd een independent samples t-test toegepast met als voornaamste output p-waarden en gemiddelden. Voor de stratificatie volgens leeftijd werd een lineaire regressie toegepast met als output een Spearman correlatiecoëfficiëntenmatrix. Voor de stratificatie volgens praktijkorganisatie werd een ordinale logistische regressie toegepast met praktijkorganisatie als factor en de antwoorden per vraag als afhankelijke variabelen, met als referentiegroep de praktijkvorm 'Groepspraktijk met enkel huisartsen'. Voor de onderlinge correlatie tussen Likert-schaalvragen werd via klassieke regressie één grote correlatiematrix berekend met Spearman correlatiecoëfficiënten en p-waarden als output, per onderling paar Likert-schaalvragen. Alle statistische analyses werden uitgevoerd in JASP 0.98.1 en Microsoft Excel.

3.3. Dataverwerking en -management

3.3.1. Opslag en beheer van data

De anonieme online survey werd afgenomen via Limesurvey. Om een veilige opslag van deze data te garanderen, werd gekozen om OneDrive for Business – beschikbaar als student aan KU Leuven – als opslagmethode te gebruiken.

Alle data werden tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld. In functie van onze onderzoeksvraag werd aan de hand van een vragenlijst informatie over meningen en verwachtingen van huisartsen voor optimale samenwerking met de tweedelijnszorg m.b.t. obesitas bij jongeren verzameld. Enkel relevante informatie werd verzameld en dit beperkte zich tot wat noodzakelijk was voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. Er werden geen persoonsgegevens verzameld. De informatie die met behulp van de vragenlijst werd verkregen, werd op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld.

Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten werden toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer te allen tijde vermeden. Na afloop van het project werden de bestanden aan de promotor bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

3.3.2. Verklaring van confidentialiteit en voorzichtig omspringen met informatie en persoonlijke data

In het kader van zijn masterproef krijgt de student toegang tot allerhande gegevens, informatie, resultaten en documenten. Om de vertrouwelijkheid van deze Informatie en de privacy van betrokkenen te waarborgen, dient de student binnen het kader van zijn masterproef altijd met de grootste zorg en discretie om te gaan met informatie. De student dient te allen tijde volledige geheimhouding in acht te nemen wat betreft de informatie waarvan hij bij de uitvoering van zijn masterproef kennis heeft genomen. Bij het uitvoeren van dit onderzoek verbindt de student zich dan ook tot volgende geheimhoudingsplicht:

- Hij/zij aanvaardt, gedurende en na de beëindiging van de masterproef, **de discretieplicht zoals hen bezorgd door zijn/haar promotor strikt in acht te nemen** met betrekking tot de Informatie die hij/zij verzameld heeft en de activiteiten waaraan hij/zij heeft deelgenomen, en met betrekking tot de patiënten, gezonde vrijwilligers en de personeelsleden met wie hij/zij in contact komt.
- Hij/zij zal enkel gegevens verwerken en verzamelen die **relevant** en **noodzakelijk** zijn voor zijn/haar masterproef.
- Hij/zij zal **geen gegevens delen** met personen die niet rechtstreeks betrokken zijn bij zijn/haar onderzoek; enkel de **student**, eventuele groepsleden en zijn/haar **promotor** hebben toegang tot de gegevens.
- Hij/zij zal alle **nodige maatregelen** nemen om de vertrouwelijkheid van informatie en de privacy van betrokkenen te beschermen.
- Hij/zij zal **zorgvuldig en verantwoord** en met de **nodige voorzichtigheid** omgaan met de Informatie en met de verleende toegang tot informatiesystemen en digitale gegevensdragers.
- Hij/zij gaat met zijn docent of promotor in gesprek over de **vertrouwelijkheid**, de **opslag** en het **delen** van bestanden.
- Hij/zij zal alle nodige stappen ondernemen om **(her)identificatie van de deelnemers** te voorkomen. Zelfs wanneer er met anonieme gegevens wordt gewerkt, zal hij/zij de nodige voorzorgsmaatregelen nemen om het risico op heridentificatie tot een minimum te beperken. Op geen enkel moment zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres) verzameld worden door de onderzoekers of zullen antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld kunnen worden aan de identiteit van de deelnemers. Vermits er volledige anonimiteit is, lijkt de online veiligheid van de respondenten ons gewaarborgd.
- Hij/zij zal waar mogelijk een **project- of teamgebonden opslaglocatie** gebruiken voor het opslaan en uitwisselen van gegevens en probeert hier in eerste instantie via zijn/haar promotor beroep te doen op een interne of externe dienst van KU Leuven of UZ Leuven om de gegevens veilig te bewaren. Indien dat niet mogelijk is, zal hij/zij de verzamelde data bewaren op OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, op REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven, of op een met wachtwoord versleuteld toestel. Toepassingen zoals **Google drive, een persoonlijke OneDrive** (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of **WeTransfer** worden **te allen tijde vermeden**.
- Hij/zij zal vertrouwelijke informatie en bestanden steeds versleutelen met een **wachtwoord, tweestapsverificatie** of **gespecialiseerd programma** zoals 7-Zip of AEScrypt.
- Hij/zij zal bij het **versturen van een kopie** van strikt vertrouwelijke gegevens deze steeds **versleutelen** met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender.
- Hij/zij zal bij (vermoeden van) een **datalek** zo snel mogelijk contact opnemen met zijn/haar promotor.

Alle onderzoekers zullen de Informatie vertrouwelijk behandelen en niet delen met derden of gebruiken voor een andere doelstelling dan dit onderzoek. Aangezien in deze studie geen

persoonsgegevens werden verzameld en de AVG niet van toepassing is op anonieme gegevens diende voor dit soort studies **geen afzonderlijke privacy-aanvraag te worden ingediend**. Na goedkeuring door de Ethische Commissie werd deze aanvraag beschouwd als in overeenstemming met de AVG. Er is dan geen bezwaar tegen de start van de studie.

4. Resultaten

4.1. Persoonsgebonden kenmerken van de deelnemers-huisartsen

Tabel 1 geeft de demografische kenmerken van de deelnemende huisartsen weer. In totaal telde de vragenlijst 150 respondenten (47,9% van de beoogde steekproefgrootte van 313), echter 24 respondenten startten de vragenlijst zonder deze volledig in te vullen, en maakten bijgevolg geen deel uit van deze studie (voltooiingsgraad: 84%). Aldus werden 126 respondenten geïncludeerd in deze studie, van wie 33 (26,2%) mannen en 93 (73,8%) vrouwen. De gemiddelde leeftijd op moment van invullen van de enquête was 37,5 jaar (SD ± 11,2, range: 26-76). 78,6% procent van de respondenten was reeds minstens 5 jaar actief als huisarts/huisarts-in-opleiding (HAIO), waarvan met 41,3% de grootste groep vertegenwoordigd werd door huisartsen die tussen 5 en 10 jaar actief waren. Het grootste deel van de deelnemers was tewerkgesteld in de provincie Oost-Vlaanderen (38 deelnemers, 30,2%), gevolgd door de provincies Antwerpen (29 deelnemers, 23%) en West-Vlaanderen (26 deelnemers, 20,6%). De meeste deelnemende huisartsen waren actief in een groepspraktijk met enkel huisartsen (51 huisartsen, 40,5%) of een multidisciplinaire groepspraktijk (50 huisartsen, 39,7%).

Tabel 1: Persoonsgebonden kenmerken van deelnemende huisartsen (Vragen 1-5)

			AANTAL (PERCENTAGE)
AANTAL RESPONDENTEN			126 (100%)
GESLACHT	Man		33 (26,2%)
	Vrouw		93 (73,8%)
LEEFTIJD (jaar)	Gemiddelde	37,5	
	SD	11,2	
	Mediaan (IQR)	33 (10,75)	
	Range	(26-76)	
JAREN ACTIEF	1-3 jaar		27 (21,4%)
	5-10 jaar		52 (41,3%)
	10-20 jaar		27 (21,4%)
	20-30 jaar		8 (6,3%)
	30-40 jaar		8 (6,3%)
	40+ jaar		4 (3,2%)
PROVINCIE	West-Vlaanderen		26 (20,6%)
	Oost-Vlaanderen		38 (30,2%)
	Antwerpen		29 (23%)
	Vlaams-Brabant		19 (15,1%)
	Limburg		14 (11,1%)
PRAKTIJKORGANISATIE	Solopraktijk		8 (6,3%)
	Groepspraktijk (enkel huisartsen)		51 (40,5%)
	Multidisciplinaire groepspraktijk		50 (39,7%)
	Wijkgezondheidscentrum		14 (11,1%)
	Overige	Medisch huis	1 (0,8%)
		Forfaitaire praktijk	1 (0,8%)
		2 huisartsen 1 HAIO	1 (0,8%)

Legende:

- SD = standaarddeviatie
- IQR = interkwartielafstand

4.2. Rol in diagnostiek en behandeling

Tabel 2 geeft de resultaten weer van stellingen 6 t.e.m. 10.

Een eerste stelling (Stelling 6) peilde naar de kennis van huisartsen over de leeftijdsspecifieke BMI-grenswaarden bij kinderen en jongeren. 38,9% van de respondenten gaf aan 'eerder akkoord' (28,6%) of 'helemaal akkoord' (10,3%) te zijn met betrekking tot hun kennis over deze leeftijdsspecifieke grenswaarden. Van de overige 61,1% die op deze stelling 'neutraal', 'eerder niet akkoord' of 'helemaal niet akkoord' antwoordde, gaf 54,5% aan deze grenswaarden te weten terug te vinden. Het gemiddelde gewogen akkoord bedroeg –0,10.

De kennis over de meest recente richtlijnen voor de behandeling van obesitas bij kinderen en jongeren was een volgende stelling (Stelling 7) binnen het topic van de rol als huisarts in de diagnos-

tiek en behandeling, waarbij 36,5% 'eerder akkoord' (32,5%) of 'helemaal akkoord' (4%) was met deze stelling. Hier koos 17,5% voor de neutrale antwoordoptie. Het gemiddelde gewogen akkoord voor stelling 7 was –0,12.

Stelling 8 ging over het vermogen van de huisarts om een patiënt volgens het *Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics* (EOSS-P) in te delen in het gepaste stadium volgens metabole, mechanische, mentale en contextuele risicofactoren. 73,1% van de respondenten gaf hier aan 'eerder niet akkoord' (43,7%) of 'helemaal niet akkoord' (29,4%) te zijn, waarbij een bijkomende 8,7% de neutrale antwoordoptie verkoos en het gemiddelde van alle respondenten –0,79 bedroeg.

Bij stelling 9 gaf 53,9% van de respondenten aan 'eerder akkoord' (45,2%) of 'helemaal akkoord' (8,7%) te zijn om concrete handvaten en tools m.b.t. preventie te kunnen meegeven aan hun patiënten. 24,6% van de deelnemers bleef hier neutraal. Gemiddelde bedroeg 0,38.

Stelling 10 peilde naar het regelmatig meten van lengte en gewicht tijdens consultaties bij kinderen en jongeren tot 18 jaar. Hierbij was 46% 'eerder akkoord' (31,7%) of 'helemaal akkoord' (14,3%) met 15,1% neutrale antwoorden. Gemiddelde: 0,13.

TABEL 2: Antwoorden op stellingen 6 t.e.m. 10 (rol in diagnostiek en behandeling)

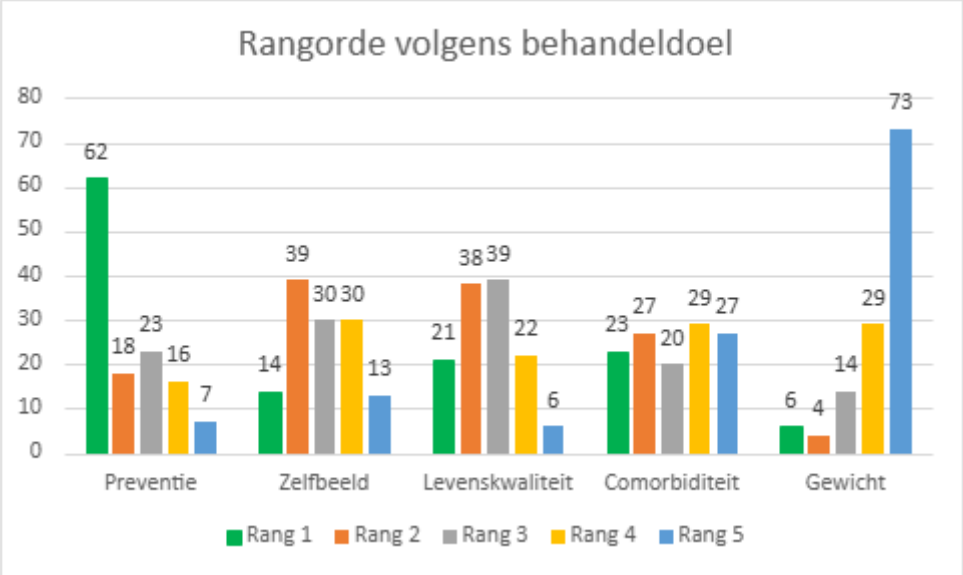
	'Helemaal akkoord'	**'Akkoord'**	**'Neutraal'**	**'Niet akkoord'**	**'Helemaal niet akkoord'**	Gemiddelde (range –2; 2)
6. Kennis BMI grenswaarden	13/126 (10,3%)	36/126 (28,6%)	12/126 (9,5%)	56/126 (44,4%)	9/126 (7,1%)	-0,10
6+. Terugvinden BMI grens-waarden	11/77 (14,3%)	31/77 (40,3%)	9/77 (11,7%)	22/77 (28,6%)	4/77 (5,2%)	0,30
7. Kennis richtlijnen	5/126 (4%)	41/126 (32,5%)	22/126 (17,5%)	50/126 (39,7%)	8/126 (6,3%)	-0,12
8. Kennis EOSS-P	7/126 (5,6%)	16/126 (12,7%)	11/126 (8,7%)	55/126 (43,7%)	37/126 (29,4%)	-0,79
9. Concrete tools en handvaten	11/126 (8,7%)	57/126 (45,2%)	31/126 (24,6%)	23/126 (18,3%)	4/126 (3,2%)	0,38
10. Lengte en gewicht meten	18/126 (14,3%)	40/126 (31,7%)	19/126 (15,1%)	39/126 (31%)	10/126 (7,9%)	0,13

Legende:

- Gemiddelde = gemiddelde antwoord van de respondenten, waarbij 'Helemaal akkoord' = 2, 'Akkoord' = 1, 'Neutraal' = 0, 'Niet akkoord' = -1 en 'Helemaal niet akkoord' = -2.
- 6+: extra vraag indien antwoord op 6 = 'Neutraal', 'Niet akkoord' of 'Helemaal niet akkoord'.

Figuur 1 geeft de antwoorden weer van stelling 11, waarbij de doelen in het behandelingstraject van meest naar minst belangrijk werden gerangschikt. 49,2% van de respondenten plaatste preventie via levensstijladviezen op 1 (meest belangrijk), waarbij 57,9% het bekomen van gewichtsreductie als minst belangrijk behandeldoel achtte (rang 5).

FIGUUR 1: Rangschikken van behandeldoelen (meest naar minst belangrijk, vraag 11)



Legende:

- 'Preventie' = 'Preventie via levensstijladviezen (gezonder eten, meer bewegen)'
- 'Zelfbeeld' = 'Impact op zelfbeeld van de patiënt'
- 'Levenskwaliteit' = 'Verbeterde levenskwaliteit'
- 'Comorbiditeit' = 'Voorkomen van comorbiditeiten op latere leeftijd'
- 'Gewicht' = 'Bekomen van gewichtsreductie'

4.3. Samenwerking en communicatie met tweedelijnszorg

Tabel 3 geeft de resultaten weer van stellingen 12 t.e.m. 18.

Stelling 12 peilde naar de kennis van de respondenten m.b.t. gespecialiseerde centra voor overgewicht en obesitas om te kunnen doorverwijzen indien nodig. Hierbij gaf 71,4% aan 'eerder akkoord' (47,6%) of 'helemaal akkoord' (23,8%) te zijn met de stelling. 19,9% was hierbij 'eerder niet akkoord' (15,9%) of 'helemaal niet akkoord' (4%). Het gemiddelde gewogen akkoord was 0,71.

De volgende stelling (stelling 13) peilde naar de kennis van de arts over de kostprijs voor de patiënt van een eventuele doorverwijzing. 73% was 'eerder niet akkoord' (31,7%) of 'helemaal niet akkoord' (41,3%), waarbij 11,1% de neutrale antwoordoptie verkoos. Het gemiddelde gewogen akkoord bedroeg -0,96.

Stelling 14 gaf antwoord op de vraag of men kennis heeft van het RIZIV zorgtraject obesitas bij kinderen, en bij uitbreiding of men hier reeds gebruik van heeft gemaakt (stelling 14+) indien het antwoord 'eerder akkoord' (33,3%) of 'helemaal akkoord' (19%) was. 42,4% van de respondenten die (helemaal) akkoord waren, gaf aan dit zorgtraject reeds te hebben gebruikt. Het gemiddelde voor stelling 14 bedroeg 0,17.

Bij een door de huisarts zelf gestelde diagnose van obesitas bij kinderen en jongeren was 56,3% 'eerder akkoord' (45,2%) of 'helemaal akkoord' (11,1%) om door te verwijzen naar de pediater (stelling 15). 23,8% koos hier de neutrale antwoordoptie, met een gemiddeld gewogen akkoord van 0,47.

Doorverwijzing naar een diëtist (stelling 16) kreeg hierbij als antwoord 'eerder akkoord' (50%) of 'helemaal akkoord' (31%) in 81% van de antwoorden, met 11,9% van de respondenten die neutraal bleven. Gemiddelde voor stelling 16 bedroeg 1,04.
Stelling 17 peilde naar het belang dat huisartsen hechten aan het ontvangen van een duidelijk beleid/behandelingsvoorstel in de ontvangen verslaggeving van artsen-specialisten. 97,6% was 'eerder akkoord' (27%) of 'helemaal akkoord' (70,6%) met deze vraagstelling, waarbij de overige 2,4% neutraal bleef. Gemiddelde was 1,68.
De laatste stelling binnen dit topic van samenwerking en communicatie met de tweedelijnszorg bevroeg de wens om verslaggeving te ontvangen van artsen-specialisten, ook zonder voorafgaande doorverwijzing vanwege de huisarts. 90,5% van de respondenten was 'helemaal akkoord' en 9,5% 'eerder akkoord'. Gemiddelde: 1,90.

TABEL 3: Antwoorden op stellingen 12 t.e.m. 18 (samenwerking en communicatie met de tweedelijnszorg)

	'Helemaal akkoord'	**'Akkoord'**	**'Neutraal'**	**'Niet akkoord'**	**'Helemaal niet akkoord'**	Gemiddelde (range –2; 2)
12. Kennis gespeciali-seerde centra	30/126 (23,8%)	60/126 (47,6%)	11/126 (8,7%)	20/126 (15,9%)	5/126 (4%)	0,71
13. Kennis kostprijs doorverwijzing	3/126 (2,4%)	17/126 (13,5%)	14/126 (11,1%)	40/126 (31,7%)	52/126 (41,3%)	-0,96
14. Kennis zorgtraject	24/126 (19%)	42/126 (33,3%)	12/126 (9,5%)	27/126 (21,4%)	21/126 (16,7%)	0,17
14+. Gebruik zorgtraject	Ja	28/66 (42,4%)				
	Neen	38/66 (57,6%)				
15. Verwijzing pediater	14/126 (11,1%)	57/126 (45,2%)	30/126 (23,8%)	24/126 (19%)	1/126 (0,8%)	0,47
16. Verwijzing diëtist	39/126 (31%)	63/126 (50%)	15/126 (11,9%)	8/126 (6,3%)	1/126 (0,8%)	1,04
17. Belang duidelijk behandelplan	89/126 (70,6%)	34/126 (27%)	3/126 (2,4%)	0/126 (0%)	0/126 (0%)	1,68
18. Verslag ook zonder eigen verwijzing	114/126 (90,5%)	12/126 (9,5%)	0/126 (0%)	0/126 (0%)	0/126 (0%)	1,90

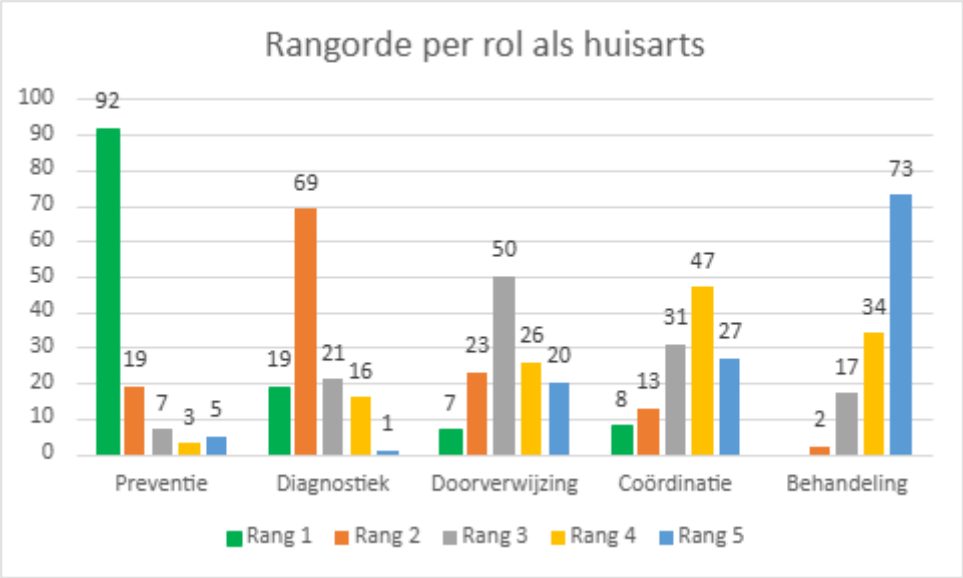
Legende:

- Gemiddelde = gemiddelde antwoord van de respondenten, waarbij 'Helemaal akkoord' = 2, 'Akkoord' = 1, 'Neutraal' = 0, 'Niet akkoord' = -1 en 'Helemaal niet akkoord' = -2.
- 14+: extra vraag indien antwoord op Vraag 14 = 'Helemaal akkoord' of 'Akkoord'.

4.4. Specifieke rol als huisarts

Figuur 2 geeft de resultaten weer voor stelling 19, waarbij de rollen die men als huisarts uitoefent bij obesitas bij kinderen en jongeren werden gerangschikt van meest naar minst belangrijk. 73% van de respondenten plaatste 'Preventie' op 1 (meest belangrijk); op rang 5 stond in 57,9% van de antwoorden de rol 'Behandeling' (minst belangrijk).

FIGUUR 2: Rangschikken van rollen als huisarts (meest naar minst belangrijk, vraag 19)



Tabel 4 geeft de resultaten weer van stellingen 20 t.e.m. 22.

Stelling 20 peilde naar de mate waarin men akkoord ging met de stelling om aan preventieve geneeskunde te doen door levensstijladviezen te geven met betrekking tot gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging. 98,4% was hier 'eerder akkoord' (19,8%) of 'helemaal akkoord' (78,6%). Gemiddeld gewogen akkoord bedroeg 1,76 voor stelling 20.

Het belang van het vroegtijdig bespreekbaar maken van overgewicht en obesitas tijdens consultaties werd bevraagd in stelling 21 van deze vragenlijst. 97,7% ging hiermee 'eerder akkoord' (30,2%) of 'helemaal akkoord' (67,5%) voor een gemiddeld gewogen akkoord van 1,65.

Stelling 22 trachtte te peilen of de deelnemende huisartsen drempels ervaren om het onderwerp van overgewicht en obesitas bespreekbaar te maken. 73,8% ging hierbij 'eerder akkoord' (42,1%) of 'helemaal akkoord' (31,7%), waarbij 7,1% neutraal bleef. Het gemiddelde voor stelling 22 bedroeg 0,85. Stelling 22+ was een extra stelling indien het antwoord op stelling 22 'helemaal akkoord', 'eerder akkoord' of 'neutraal' was, waarbij de respondenten vervolgens de optie hadden om meerdere antwoorden aan te duiden. Van deze 81,5% respondenten gaf 47,1% van de huisartsen aan schroom te hebben om over dit onderwerp te praten met de patiënt, en 37,3% bij praten met de ouders van de patiënt. 57,8% gaf aan onvoldoende tijd te hebben tijdens consultaties. 34,3% begon niet zelf over dit onderwerp als het geen aanmeldingsklacht betrof van (de ouders van) de patiënt, en 24,5% deed dit ook niet als het niet behoorde tot de *Ideas, Concerns & Expectations* (ICE) van (de ouders van) de patiënt.

TABEL 4: Antwoorden op stellingen 20 t.e.m. 22 (specifieke rol als huisarts)

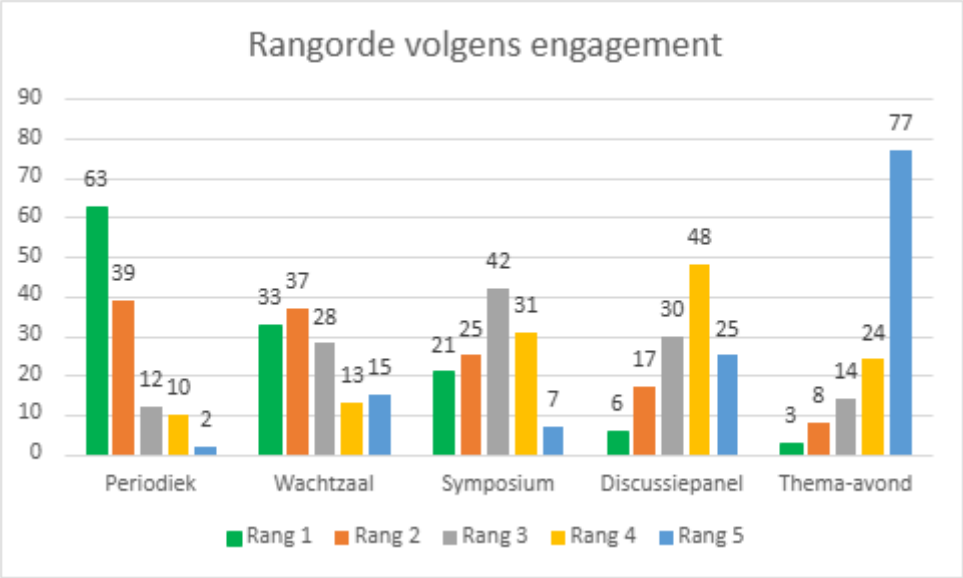
	'Helemaal akkoord'	**'Akkoord'**	**'Neutraal'**	**'Niet akkoord'**	**'Helemaal niet akkoord'**	Gemiddelde (range –2; 2)
20. Preventie a.d.h.v. levens-stijladviezen	99/126 (78,6%)	25/126 (19,8%)	1/126 (0,8%)	1/126 (0,8%)	0/126 (0%)	1,76
21. Obesitas vroeg bespreekbaar maken	85/126 (67,5%)	38/126 (30,2%)	3/126 (2,4%)	0/126 (0%)	0/126 (0%)	1,65
22. Ervaren van drempels	40/126 (31,7%)	53/126 (42,1%)	9/126 (7,1%)	22/126 (17,5%)	2/126 (1,6%)	0,85

Legende:

- Gemiddelde = gemiddelde antwoord van de respondenten, waarbij 'Helemaal akkoord' = 2, 'Akkoord' = 1, 'Neutraal' = 0, 'Niet akkoord' = -1 en 'Helemaal niet akkoord' =- 2.

Figuur 3 geeft de antwoorden weer voor stelling 23, de laatste stelling van deze enquête, waarbij werd gevraagd om de manieren waarop men zich als huisarts wil engageren te rangschikken van meest naar minst belangrijk. 50% plaatste een periodieke geaccrediteerde online vorming op 1 (meest belangrijk), waarbij een thema-avond met patiënten door 61,1% op plaats 5 werd gezet (minst belangrijk).

FIGUUR 3: Rangschikken van manieren om zich te engageren (meest naar minst geschikt, vraag 23)



Legende:

- 'Periodiek' = 'Periodieke geaccrediteerde online vorming'
- 'Wachtzaal' = 'Beschikbaar stellen van preventieposters en/of infobrochures in de wachtzaal'
- 'Symposium' = 'Symposiumdag met arts-specialisten met wie ik samenwerk'
- 'Discussiepanel' = 'Discussiepanel met collega-huisartsen'
- 'Thema-avond' = 'Thema-avond met patiënten'

Deelnemers hadden bij stelling 22+ echter ook de optie om te kiezen voor de antwoordoptie 'Overige' en zelf een open antwoord in te geven, 25,5% van deze groep maakte hier gebruik van. Enkele van deze antwoorden staan bij wijze van voorbeeld per thema gegroepeerd in Tabel 5, waarbij de overkoepelende thema's bestonden uit kindgerelateerde, gezinsgerelateerde, communicatieve en praktisch-professionele drempels. Hierbij is 'n' het aantal respondenten van wie het antwoord binnen het betreffende subthema werd gecodeerd. Inhoudelijk konden deze antwoorden echter bij meerdere subthema's tegelijk aansluiten, doch voor de overzichtelijkheid werden deze onder het meest representatieve subthema weergegeven. Deze citaten zijn illustratief.

TABEL 5: Thematisch gegroepeerde antwoorden op de open vraag naar ervaren drempels

Hoofdcategorie	**Subthema**	**n**	**Voorbeelden van antwoorden**
Kindgerelateerde drempels	Negatief zelfbeeld, stigmatisering, kwetsen van het kind	11	*"Ik wil het zelfbeeld van de jongeren niet naar beneden halen."*
	Psychologische gevolgen of eetstoornissen	4	*"Ik ben bang voor de psychische impact op een kind die het heeft als de huisarts zegt dat het te zwaar is. Ik wil geen eetstoornissen in de hand werken."*
Communicatieve drempels	Moeilijkheid om onderwerp gepast aan te brengen	8	*"Moeilijk om dit op een open niet-beoordelende manier te verwoorden, moet ik nog op oefenen/ over nadenken."*
	Timing en voorkeur van de patiënt	2	*"Patiënt wenst er niet elke consultatie over aangesproken te worden."*
Gezinsgerelateerde drempels	Motivatie van de ouders en/of gezin	7	*"Bij het aanbrengen ervaar ik weerstand van ouders en patiënt. 'Ze zullen er wel uit-groeien.'"*
	Contextuele/ culturele factoren	2	*"Obesitas is een gezinsprobleem. Er is vaak veel andere problematiek, geen inzicht, geen welwillendheid bij context."*
Praktisch-professionele drempels	Tijdsgebrek	1	*"In de rush van een vol consultatieblok, met initieel een andere aanmeldingsklacht, is hier inderdaad niet veel tijd voor."*
	Kennis/ vaardigheden	1	*"Beperkte kennis van mezelf."* [sic]

4.5. Subgroepanalyses (Likert-schaalvragen)

4.5.1. Stratificatie volgens geslacht

Stellingen 6 t.e.m. 9 vertoonden geen significant verschil wanneer de respondenten volgens geslacht in subgroepen werden onderverdeeld.

Het antwoord op stelling 10 ('Ik meet gewicht en lengte op regelmatige basis tijdens consultaties bij kinderen en jongeren tot 18 jaar.') kende een significant verschil (p=0,01) tussen mannen en vrouwen, waarbij de gemiddelden respectievelijk 0,61 en –0,03 bedroegen.

Er was geen significant verschil in de antwoorden tussen mannen en vrouwen voor stellingen 12 t.e.m. 16.
Stelling 17 (‘Ik wil een duidelijk beleid/behandelingsvoorstel zien in de verslaggeving van de arts-specialist.’) vertoonde een significant verschil (p=0,02) tussen mannen (gemiddelde: 1,49) en vrouwen (1,75). De antwoorden waren eveneens significant verschillend (p=0,01) voor stelling 18 (‘Ik vind het belangrijk om verslaggeving te ontvangen van de arts-specialist, ook als de patiënt zelf contact heeft opgenomen met de 2e lijn, zonder voorafgaande doorverwijzing.’) bij mannelijke (gemiddelde: 1,79) en vrouwelijke respondenten (1,95).

Antwoorden op stellingen 20 en 21 waren niet significant verschillend na stratificatie volgens geslacht. Stelling 22 vertoonde wel een significant verschil (p=0,01) bij mannen (gemiddelde: 0,48) en vrouwen (0.98).

4.5.2. Stratificatie volgens leeftijd

Met uitzondering van stellingen 17 en 18 vertoonden alle stellingen een zeer zwakke correlatie na stratificatie volgens leeftijd (Spearman correlatiecoëfficiënt ≤±0,19), die statistisch niet significant was (p>0,05). Stellingen 17 en 18 kenden beiden een zwakke negatieve correlatie na stratificatie volgens leeftijd (Spearman correlaticoëfficiënten respectievelijk –0,26 en –0,24) die statistisch significant was (p<0,01).

4.5.3. Stratificatie volgens praktijkorganisatie (referentiegroep = groepspraktijk met enkel huisartsen)

Stelling 6 (‘Ik ken de leeftijdsspecifieke BMI-grenswaarden voor diagnosestelling van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren.’) gaf bij huisartsen uit een solopraktijk een 76% lagere kans om een hogere score (= meer richting akkoord) op de Likert-schaal te rapporteren (OR=0,24; 95%-BI 0,06-0,94). Bij huisartsen uit een wijkgezondheidscentrum was deze kans 70% lager (OR=0,30; 95%-BI 0,10-0,89).
De antwoorden voor stellingen 7 en 8 gaven geen statistisch significante verschillen na stratificatie volgens praktijkorganisatie.
Voor stelling 9 (‘Ik kan concrete handvaten en tools meegeven aan patiënten en ouders m.b.t. preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren.’) hadden huisartsen uit een wijkgezondheidscentrum een 84% lagere kans (OR=0,16; 95%-BI 0,05-0,53) om akkoord te gaan.
Stelling 10 (‘Ik meet gewicht en lengte op regelmatige basis tijdens consultaties bij kinderen en jongeren tot 18 jaar.’) gaf bij huisartsen uit een wijkgezondheidscentrum een 77% lagere kans om akkoord te gaan (OR 0,23; 95%-BI 0,08-0,70) dan bij huisartsen in een groepspraktijk met enkel huis-artsen.

Huisartsen tewerkgesteld in een multidisciplinaire groepspraktijk kenden een 62% lagere kans (OR=0,38; 95%-BI 0,18-0,81) om akkoord te gaan op stelling 12 (‘Ik heb kennis van gespecialiseerde centra in de buurt m.b.t. overgewicht en obesitas, om indien nodig door te verwijzen naar de 2e lijn.’). Voor huisartsen in een wijkgezondheidscentrum lag de kans om akkoord te gaan op deze stelling 72% lager (OR=0,28; 95%-BI 0,09-0,89) dan de referentiegroep.

Stelling 13 (‘Ik weet wat een doorverwijzing naar de 2e lijn (inclusief eventuele opvolgconsultaties) kost voor mijn patiënt.’) had bij huisartsen uit een wijkgezondheidscentrum een 87% lagere kans op een hogere mate van akkoord (OR=0,13; 95%-BI 0,04-0,40).
Diezelfde huisartsen hadden een 72% lagere kans (OR=0,28; 95%-BI 0,09-0,84) om akkoord te zijn op stelling 14 (‘Ik heb kennis van het gepersonaliseerde RIZIV zorgtraject obesitas bij kinderen, voorzien sinds 1 december 2023.’).
De antwoorden op stellingen 15 t.e.m. 18 gaven geen significante verschillen na stratificatie volgens praktijkorganisatie.

Stellingen 20 en 21 gaven geen statistisch significante verschillen in antwoorden na stratificatie volgens praktijkorganisatie.
Artsen uit een solopraktijk hadden een 4,47 keer hogere kans (OR=4,47; 95%-BI 1,11-17,94) om akkoord te gaan op stelling 22 (‘Ik ervaar soms een drempel om tijdens de consultatie overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren bespreekbaar te maken.).

4.5.4. Onderlinge correlatie tussen vragen

Voor potentiële onderlinge correlaties tussen de antwoorden op verschillende Likert-schaalvragen werd één grote correlatiematrix gegenereerd met als output Spearman correlatiecoëfficiënten en p-waardes. In Tabel 6 worden de correlaties per paar Likert-schaalvragen weergegeven die een matige correlatie vertoonden (rho = 0,40-0,59) met telkens p-waarden onder het significantieniveau (p<0.001). Alle andere paren van Likert-schaalvragen vertoonden een zwakke of zeer zwakke correlatie, en werden om het overzicht te behouden weggelaten uit eerdergenoemde tabel. Er waren geen sterke of zeer sterke correlaties tussen antwoorden van verschillende Likert-schaalvragen onderling.

TABEL 6: Correlatiematrix voor antwoorden op Likert-schaalvragen met een matige correlatie (rho = 0,40-0,59)

Variabele 1	Variabele 2	Rho*	p-waarde
7. Kennis recente richtlijnen	6. Kennis leeftijdsspecifieke BMI-grenswaarden	0,45	<0,001
	8. Kennis EOSS-P	0,47	<0,001
	10. Regelmatig meten en wegen	0,42	<0,001
	14. Kennis RIZIV zorgtraject	0,42	<0,001
13. Kennis kostprijs doorverwijzing	9. Concrete handvaten en tools meegeven	0,45	<0,001
	12. Kennis gespecialiseerde centra in de buurt	0,50	<0,001
	14. Kennis RIZIV zorgtraject	0,41	<0,001
17. Wens tot duidelijk behandelvoorstel	18. Belang van ontvangen verslaggeving	0,40	<0,001
20. Belang van preventieve geneeskunde	21. Vroegtijdig bespreekbaar maken	0,50	<0,001

Legende:

- *Rho = Spearman correlatiecoëfficiënt

5. Discussie

5.1. Belangrijkste bevindingen

Met deze studie hadden we als doel om de kennis, attitudes en ervaringen van huisartsen in Vlaanderen met betrekking tot kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas in kaart te brengen op het vlak van preventie, diagnostiek, behandeling en multidisciplinaire samenwerking. Onze resultaten toonden aan dat binnen de pediatrische obesitaszorg in Vlaanderen, huisartsen zichzelf een duidelijke rol toekenden, waarbij preventie en vroegtijdige detectie de kroon spannen.

Tegelijkertijd toonde dit onderzoek ook verschillende knelpunten aan, zoals een beperkt vertrouwen in de kennis van leeftijdsspecifieke BMI-grenswaarden, recente richtlijnen, kennis van het RIZIV-zorgtraject voor jongeren met obesitas en de kennis van de EOSS-P (*Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics*). Tijdsgebrek, schroom om over het onderwerp te spreken en een beperkt inzicht in de organisatie van de tweede lijn waren frequent aangehaalde drempels. Als laatste was er een grote nood aan duidelijke communicatie en terugkoppeling vanuit de gespecialiseerde zorg naar actoren van de eerste lijn.

De centrale boodschap van deze studie is daarmee een discrepantie tussen de gepercipieerde rol van de huisarts en de ervaren mogelijkheden om deze rol in de praktijk op te nemen: men onderschrijft sterk het belang van preventie en vroegtijdige detectie, maar rapporteert tegelijkertijd kennislacunes en drempels van organisatorische en communicatieve aard.

5.2. De rol van de huisarts bij kinderen en jongeren met obesitas

Bijna driekwart van de respondenten duidde preventie aan als meest belangrijke behandeldoel en rol als huisarts, zoals ook weerspiegeld in de antwoorden op stellingen 11 en 19 en grafisch weergegeven in Figuur 2 en Figuur 3. Dit sluit aan bij de zeer hoge mate van akkoord met het belang van het aanbieden van preventieve leefstijladviezen (stelling 20; 98,4%) en het vroegtijdig bespreekbaar maken van overgewicht en obesitas (stelling 21; 97,7%). Daarentegen werd behandeling door de deelnemende huisartsen door niemand als meest belangrijke taak aangeduid bij vraag 19, en werd deze door meer dan de helft op de minst belangrijke plaats gerangschikt.
Een mogelijke verklaring hievoor zou kunnen zijn dat huisartsen preventie en initiële begeleiding als ‘logische’ coördinerende eerstelijnstaken zien, waarbij de daaropvolgende intensievere behandeling eerder met gespecialiseerde, multidisciplinaire centra geassocieerd wordt. Deze bevindingen lijken in lijn te liggen met de internationale literatuur: de systematic review van Soumitra et al. beschreef reeds dat de rol van de eerste lijn voornamelijk bestond uit het preventieve luik door fysieke activiteit te promoten, de patiënt te gaan adviseren op het vlak van gezonde voeding en na diagnose te gaan verwijzen naar de gespecialiseerde tweedelijnszorg.(6)
De rol als huisarts hoeft hierbij niet noodzakelijk te verschuiven naar een meer gespecialiseerde behandeling, maar kan echter wel versterkt worden d.m.v. laagdrempelige verwijsmogelijkheden, ondersteuning tijdens langdurige opvolging van gezinnen en duidelijke zorgpaden.

5.3. Toepassen van richtlijnen en kennislacunes

Enkel de kennis van de kostprijs van een (eventuele doorverwijzing) naar de tweede lijn (gemiddelde: -0.96) kende gemiddeld een slechter antwoord dan de kennis van de EOSS-P (*Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics*, gemiddelde: -0,79). Nochtans maakt deze tool integraal deel uit van het RIZIV zorgtraject (2023) alsook van de recente WOREL behandelrichtlijn voor obesitas bij jongeren (2026).(7, 8) Ook de kennis van de leeftijdsspecifieke BMI-grenswaarden (stelling 6) en de kennis van de recente behandelrichtlijnen (stelling 7) hoorden bij de vragen die gemiddeld eerder laag scoorden (gemiddelden respectievelijk -0,10 en -0,12).

Dit betekent daarom echter niet automatisch dat men als huisarts onvoldoende geïnteresseerd is in de pediatrische obesitaszorg. De systematic review van Gooey et al. rapporteerde eveneens een slechte toepassing van richtlijnen, met nood aan praktische tools om deze beter te kunnen toepassen.(9) De recente Delphi-studie van Van der Velden et al. suggereerde eveneens dat huisartsen behoefte hebben aan praktische tools die de implementatie van richtlijnen extra ondersteunen. Voorbeelden van dergelijke hulpmiddelen waren een pediatrische BMI-calculator, handleidingen om gewichtsgerelateerde gesprekken te voeren en een overzicht van beschikbare verwijsmogelijkheden.(10) Dergelijk engagement weerspiegelt zich ook in de antwoorden op vraag 23, waarbij de manieren waarop men zich als huisarts wenst te engageren werden gerankschikt van meest naar minst geschikt. Hierbij kwamen periodieke geaccrediteerde online vorming en het beschikbaar stellen van preventieposters en/of infobrochures in de wachtzaal respectievelijk meest frequent op plaatsen 1 (50%) en 2 (29,4%) terecht.

Hieruit blijkt dat de huidige uitdagingen binnen de pediatrische obesitaszorg minder het gevolg zijn van een gebrek aan motivatie, en meer kansen bieden op het vlak van implementatie van de beschikbare kennis in de huisartsenpraktijk. Een geïntegreerde beslissingshulp in het elektronisch medisch dossier en vereenvoudigde toegang tot regionale zorgpaden zijn mogelijke voorbeelden van praktische ondersteuning die deze implementatie ongetwijfeld een duwtje in de rug zouden kunnen geven.

5.4. Samenwerking met de tweedelijnszorg

Een volgend centraal thema van deze studie was de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Waar huisartsen in onze steekproef over het algemeen bereidheid vertoonden om indien nodig naar de tweede lijn door te verwijzen – hetzij naar de pediater (stelling 15, gemiddelde: 0,47), hetzij naar de diëtist (stelling 16, gemiddelde: 1.04) – bleek de kennis van het RIZIV zorgtraject, gespecialiseerde centra en vooral de kostprijs van een eventuele doorverwijzing toch op meer onzekerheid te stuiten.

Deze focus op multidisciplinariteit en samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg is niet nieuw en wordt ook in internationale richtlijnen aangehaald. Men ziet pediatrische obesitas als een chronische aandoening die in een ideale situatie binnen een geïntegreerd zorgmodel wordt opgevolgd, waarbij de huisarts niet louter de rol van verwijzer opneemt, maar patiënten en gezinnen van langdurige opvolging voorziet en de continuïteit van zorg coördineert.(3, 11, 12)

Waar deze survey louter de kennis over gespecialiseerde centra en de verwijzing naar diëtist en/of pediater bevroeg, is de multidisciplinaire samenwerking in realiteit veel ruimer. Zo beslaat het

multidisciplinaire team binnen het RIZIV zorgtraject ook contacten met gespecialiseerde psychologen, kinesitherapeuten, sociaal verpleegkundigen en administratief assistenten.(7)
Met een dergelijk aantal betrokken zorgverleners, is regelmatige onderlinge communicatie tussen eerste en tweede lijn, met een duidelijke taakverdeling en gedeelde besluitvorming, essentieel voor een succesvolle samenwerking. Deze redenering lijkt zich ook te vertalen in onze resultaten. Men hechtte opvallend veel belang aan terugkoppeling vanuit de tweede lijn, ook zonder voorafgaande doorverwijzing (stelling 18, gemiddelde: 1,90) die bij voorkeur een duidelijk behandelvoorstel bevat voor de verdere opvolging van obesitas bij kinderen en jongeren in de huisartsenpraktijk (stelling 17, gemiddelde: 1,68).
De evolutie van het Belgische zorglandschap tijdens de afgelopen jaren, met onder meer de oprichting van multidisciplinaire obesitascentra en aanpassingen van terugbetalingscriteria, verdient blijvende aandacht met systematische communicatie naar de eerstelijnszorg toe. Door een combinatie van duidelijke regionale zorgpaden met uniforme verwijscriteria, gevolgd door regelmatige terugkoppeling vanuit de tweede lijn, kan men als huisarts ook na verwijzing actief en geïntegreerd betrokken blijven bij de opvolging van de pediatrische patiënt met overgewicht of obesitas.

5.5. Ervaren drempels

Een aanzienlijk deel van de respondenten (73,8%) rapporteerde, ondanks de overwegend positieve attitude ten aanzien van pediatrische obesitaszorg, verschillende drempels bij de begeleiding van kinderen en jongeren met overgewicht of obesitas tijdens de dagelijkse consultvoering. Zoals in Tabel 5 (vraag 22+, optie 'Overige') weergegeven, konden deze antwoorden grosso modo onderverdeeld worden in een aantal overkoepelende thema's: kindgerelateerde drempels, gezinsgerelateerde drempels, communicatieve drempels, en praktisch-professionele drempels (tijdsgebrek, kennis). Deze resultaten vinden we ook terug in de internationale literatuur. Universeel terugkerende obstakels waren tijdsgebrek (57,8% bij stelling 22+), nood aan specifieke opleiding en middelen, moeizame communicatie, gevoeligheid van het onderwerp en de therapeutische relatie met zowel patiënt (47,1% bij stelling 22+) als diens ouders (37,3% bij stelling 22+).(13-16)
Naast deze thema's beschreven Brüggen et al. nog een aantal andere mogelijke drempels bij eerstelijnsactoren binnen de pediatrische obesitas, zoals het gebrek aan financiële tegemoetkoming voor de arts, lokalisatie van de praktijk (landelijk vs. stedelijk) en de proportie van patiënten met een migratieachtergrond.(17) In deze studie kwamen dergelijke drempels niet rechtstreeks tot uiting in de resultaten, maar zagen we wel een statistisch significante, hogere kans (OR: 4,47) om drempels te ervaren als artsen in een solopraktijk actief waren, dan huisartsen in een groepspraktijk. Een mogelijke hypothese zou kunnen zijn dat men als solo-arts nog meer bezorgdheid heeft om de therapeutische relatie met patiënt en ouder te schaden, als binnen de praktijk geen andere collega is bij wie de patiënt nadien terecht zou kunnen. Deze bevindingen werden echter niet teruggevonden in internationale literatuur, en kunnen mogelijks toevallig statistisch significant zijn door het beperkt aantal artsen in een solopraktijk in onze steekproef (n=8/126).
Behalve deze eerdergenoemde barrières, zijn er ook zaken die de communicatie rond overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren kunnen faciliteren. Jones et al. schreven dat zowel huisartsen als ouders van patiënten verkiezen dat de ander het gesprek initieert door als eerste dit onderwerp aan te snijden.(13) Nochtans was in ons onderzoek stelling 21 (het vroegtijdig bespreekbaar maken van

overgewicht en obesitas tijdens consultaties) één van de vragen waarop de respondenten de grootste mate van akkoord rapporteerden (gemiddelde: 1,65), suggestief voor een grote bereidheid binnen onze steekproef van huisartsen om hierover te communiceren. Ames et al. beschreven dat (ouders van) patiënten vooral bezorgd waren om onvoldoende info te verkrijgen en hierbij een grote mate van vertrouwen toeschreven aan de huisartsen binnen pediatrische obesitaszorg, waarbij een sterk vertrouwen in de eerstelijnszorg ook leidt tot een betere ervaring van de kwaliteit van zorg.(18) Binnen de pediatrische obesitaszorg zijn er verschillende uitdagingen die niet alleen van praktische aard zijn maar veelal ook een communicatieve oorsprong hebben. Hoewel de aandacht voor deze chronische aandoening een gedeelde verantwoordelijkheid is tussen arts en (ouder van) patiënt, lijkt de huisarts ideaal geplaatst om hier tijdens consultaties als eerste het gesprek over aan te gaan.

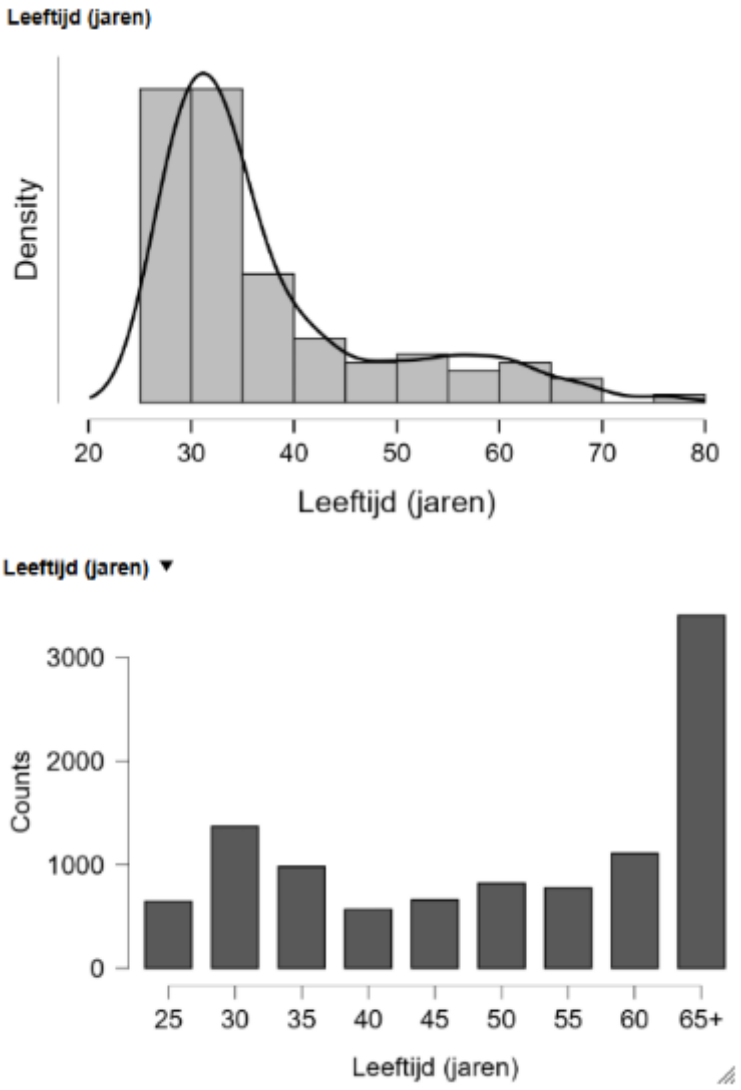
5.6. Beperkingen en sterktes van de studie

Met 126 volledig ingevulde vragenlijsten lag onze steekproefgrootte onder het vooraf berekende aantal van 313 respondenten, waardoor de precisie van de schattingen beperkt is en enige voorzichtigheid is geboden voor het extrapoleren van deze resultaten naar alle Vlaamse huisartsen. Factoren die mogelijks hebben bijgedragen aan de lagere respons waren o.a. het feit dat deze vragenlijsten via het studenten e-mailadres werden uitgestuurd en via nieuwsbrieven werden aangeboden, waarbij geen automatische reminders van LimeSurvey werden uitgestuurd in geval van non-responders. Daarnaast gebeurde de berekening van de steekproefgrootte louter op het aantal beroepsactieve huisartsen in 2023, zonder hierbij het aantal beroepsactieve huisartsen-in-opleiding bij op te tellen. Hierdoor was de eigenlijke doelpopulatie groter dan aanvankelijk aangenomen werd.

Daarnaast was onze steekproef geen ideale representatie van de populatie beroepsactieve huisartsen in Vlaanderen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten in onze steekproef bedroeg 37,5 jaar (±11,2) bij het invullen van deze survey. 81,5% van alle huisartsen in het Vlaams Gewest was in 2023 echter 35 jaar of ouder, met 32,9% ouder dan 65 jaar.(5) Onze steekproef van respondenten kende dus een duidelijke overrepresentatie van de jongere huisartsen met een onderrepresentatie van de oudere huisartsen. Het verschil in leeftijdsdistributie tussen onze steekproef en de doelpopulatie wordt weergegeven in Figuur 4.

Het aandeel mannelijke en vrouwelijke respondenten in onze steekproef bedroeg respectievelijk 26,2% en 73,8%. Vergeleken met het populatiegemiddelde van het beroepsactieve huisartsen is dit een aanzienlijk verschil, waar het percentage vrouwelijke huisartsen 46,1% betreft tegenover 53,9% mannelijke collega's. Diezelfde verhouding lag bij het aantal huisartsen-in-opleiding (HAIO) echter anders; in 2023 waren 66,8% van de HAIO's vrouwen tegenover 33,2% mannen.(5) Aangezien deze survey ook actief werd verspreid binnen de huisartsenopleiding, is het aannemelijk dat ook jongere huisartsen en HAIO's relatief vaker deelnamen aan dit onderzoek, wat een mogelijke verklaring kan zijn voor het verschil in leeftijds- en geslachtsdistributie tussen onze steekproef en de doelpopulatie.

FIGUUR 4: Leeftijdsdistributie van huisartsen in Vlaanderen (steekproef vs populatie)



Legende:

- Boven: steekproef.
- Onder: populatie

Een bijkomende methodologische beperking betreft het aantal jaren beroepsactiviteit van de respondenten. Men kreeg bij vraag 3 'Jaren actief als huisarts of huisarts in opleiding' louter de optie om 1-3 jaar of 5-10 jaar aan te duiden, waarbij er geen optie was als men 4 jaar actief was. Bijgevolg werd enkel de leeftijd gebruikt als continue variabele voor subgroepanalyses, en niet het aantal beroepsactieve jaren. Hoewel leeftijd en werkervaring sterk samenhangen, zijn deze variabelen niet volledig uitwisselbaar. In ons onderzoek werd echter voor de antwoorden op de Likert-schaalvragen geen matige of sterke correlatie aangetoond na stratificatie volgens leeftijd. Deze resultaten kunnen de mogelijkheid van leeftijdsgebonden vertekening niet volledig uitsluiten, maar suggereren dat de mogelijke invloed van selectiebias, waarbij recent afgestudeerde artsen mogelijks beter vertrouwd zijn met actuele richtlijnen of meer aandacht besteden aan obesitaszorg, beperkt is.

Een laatste beperking van deze studie was het gebrek aan objectief toetsen van zelfgerapporteerde kennis en attitudes, waarbij informatiebias kan optreden omdat niet kan uitgesloten worden dat men soms het sociaal meest wenselijke antwoord geeft, of de eigen competenties kennis onder- of overschat.

Door de combinatie van zowel gesloten vragen als open vragen en rangschikkingsvragen, werden naast kwantitatieve ook kwalitatieve data gerapporteerd en geanalyseerd. Ondanks eerdergenoemde beperkingen, zijn wij van mening dat deze resultaten zowel kwantitatief als kwalitatief een waardevol beeld kunnen schetsen van de frequentie van bepaalde beschreven opvattingen, alsook actuele noden en ervaringen binnen de Vlaamse eerstelijnszorg, met betrekking tot een maatschappelijk relevant onderwerp waarvoor tot op heden slechts beperkte Belgische gegevens beschikbaar zijn. De gebruikte subgroepanalyses trachtten na te gaan of bepaalde demografische kenmerken samenhangen met verschillen in kennis of attitude. Verschillende Likert-items vertoonden matige onderlinge correlaties, wat suggereert dat bepaalde kennis- en attitudecomponenten met elkaar samenhangen. Hoewel door het cross-sectionele en exploratieve karakter van de analyses geen causale relatie kan worden afgeleid, kan dit wel aanknopingspunten bieden voor toekomstig onderzoek.

5.7. Toekomstig onderzoek

Dit onderzoek portretteert een actueel overzicht van de kennis, attitudes en ervaringen bij Vlaamse huisartsen m.b.t. kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas. Verder kwalitatief onderzoek lijkt aangewezen, om de achterliggende oorzaken van ervaren drempels te exploreren. De antwoorden op onze open vragen kunnen hier reeds een eerste inkijk in geven, waarbij semigestructureerde interviews of focusgroepen bijkomende informatie kunnen verschaffen over hoe men als huisarts moeilijke gesprekken rond gewicht ervaart, wat hun klinische besluitvorming beïnvloedt en welke ondersteuning als meest waardevol wordt beschouwd.
Onderzoek naar strategieën om richtlijnen te implementeren lijkt eveneens bijzonder relevant te zijn, waarbij men kan nagaan of het gebruik van praktische hulpmiddelen (BMI-percentielcalculators, EOSS-P beslissingsondersteuning, digitale verwijsmodules) effectief leiden tot een betere diagnostiek, opvolging en verwijzing van kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas. Daarnaast kan het effect van gerichte initiatieven tot nascholing op de (zelfgerapporteerde) kennis van actuele richtlijnen bestudeerd worden.
Een laatste onderzoekslijn zou de organisatie van geïntegreerde obesitaszorg in Vlaanderen kunnen beslaan en hoe de ontwikkeling van multidisciplinaire zorgpaden optimaal kan worden georganiseerd, welke factoren kunnen bijdragen tot een succesvolle samenwerking en op welke manieren communicatie tussen eerste en tweede lijn geoptimaliseerd kunnen worden, waarbij naast huisartsen, kinderartsen en diëtisten ook psychologen, kinesitherapeuten en de gezinnen van de patiënten waardevolle inzichten kunnen bieden.

6. Conclusie

Huisartsen in Vlaanderen schrijven zichzelf een belangrijke rol toe in het voorkomen en opsporen van kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas, waarbij zij beperkingen ervaren door kennishiaten, organisatorische en communicatieve drempels en onduidelijkheid over zorgtrajecten. Een geïntegreerde aanpak met aandacht voor opleiding, praktische ondersteuning, duidelijke zorgpaden en multidisciplinaire samenwerking is vereist om deze rol daadwerkelijk te faciliteren.

7. Bronnen

1. Eetexpert. Cijfers België – Gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren 2023 [Available from: <td data-col-size="sm" data-end="600" data-start="590"><td data-col-size="md" data-end="679" data-start="600">https://eetexpert.be/cijfers-belgie-gewichtsproblemen-kinderen-en-jongeren/.
2. Ahmed U, Mahmood M, Parsons M, O'callaghan H, Pawlik O, Chaudhary S, et al. A Systematic Review Looking at the Current Best Practices as well as Primary Care Practitioner's Views on the Diagnosis and Treatment of Childhood Obesity - PubMed. Cureus. 01/29/2023;15(1).
3. van Gerwen M, Franc C, Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Primary care physicians' knowledge, attitudes, beliefs and practices regarding childhood obesity: a systematic review - PubMed. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity. 2009 Mar;10(2).
4. De Jong M, Jansen N, Van Middelkoop M. A systematic review of patient barriers and facilitators for implementing lifestyle interventions targeting weight loss in primary care. Obesity Reviews. 2023;24(8).
5. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid VvdVeL. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België: Aantal beoefenaars met het recht om het beroep uit te oefenen op 31/12/2023 en instroom 2023. Brussels: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 2024. Report No.: Wettelijk depot: D/2024/2196/14.
6. Bhuyan S, Chandak A, Smith P, Carlton E, Duncan K, Gentry D. Integration of public health and primary care: A systematic review of the current literature in primary care physician mediated childhood obesity interventions - PubMed. Obesity research & clinical practice. 2015 Nov-Dec;9(6).
7. (RIZIV) RvZ-eI. Zorgtraject obesitas bij kinderen: multidisciplinaire zorg voor een betere behandeling van uw jonge patiënten: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering; 2023 [Available from: <td data-col-size="sm" data-end="543" data-start="533"><td data-col-size="xl" data-end="758" data-start="543">https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/gespecialiseerde-centra/zorgtraject-obesitas-bij-kinderen-multidisciplinaire-zorg-voor-een-betere-behandeling-van-uw-jonge-patienten.
8. De Coninck L, Vanhoof E, Stukken L, Van Puyenbroeck K, Van Royen P, Vandeputte A, et al. Richtlijn: Multimodale aanpak van obesitas bij kinderen in de eerstelijnszorg. Antwerpen: WOREL (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn); 2026.
9. Gooey M, Skouteris H, Betts J, Hatzikiriakidis K, Sturgiss E, Bergmeier H, et al. Clinical practice guidelines for the prevention of childhood obesity: A systematic review of quality and content. Obesity Reviews. 2022;23(10).

10. Van Der Velden MAM, Van Tilborg-Den Boeft M, Buis S, Jansen W, Bindels PJE, Van Middelkoop M. The development of a tool for GPs to manage overweight and obesity in children: A Delphi study. European Journal of General Practice. 2024;30(1).
11. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics. 2023;151(2).
12. Ball GDC, Merdad R, Birken CS, Cohen TR, Goodman B, Hadjiyannakis S, et al. Managing obesity in children: a clinical practice guideline. Canadian Medical Association Journal. 2025;197(14):E372-E89.
13. KM J, ME D, JB D. GPs, families and children's perceptions of childhood obesity - PubMed. Obesity research & clinical practice. 2014 Mar-Apr;8(2).
14. Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. BMC Family Practice. 2007;8(1):50.
15. Ray D, Sniehotta F, Mccoll E, Ells L. Barriers and facilitators to implementing practices for prevention of childhood obesity in primary care: A mixed methods systematic review. Obesity Reviews. 2022;23(4).
16. Abdin S, Heath G, Welch RK. Health professionals' views and experiences of discussing weight with children and their families: A systematic review of qualitative research. Child: Care, Health and Development. 2021;47(4):562-74.
17. Brüggen F, Gellert P, Baer N-R, Jödicke B, Brauchmann J, Wiegand S, et al. Cooperation behaviour of primary care paediatricians: facilitators and barriers to multidisciplinary obesity management. . Eur J Public Health. 2020;30(3):484-91.
18. Ames H, Mosdøl A, Blaasvær N, Nøkleby H, Berg RC, Langøien LJ. Communication of children's weight status: what is effective and what are the children's and parents' experiences and preferences? A mixed methods systematic review. BMC Public Health. 2020;20(1).

8. Bijlagen

8.1. Informatiebrief

Titel van de studie: Samenwerking tussen huisartsen en arts-specialisten betreffende obesitas bij jongeren: survey onderzoek bij huisartsen

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Onderzoekers:

Vandewiele Simon, Master in de Huisartsgeneeskunde (e-mail:

simon.vandewiele@student.kuleuven.be)

Promotor: Prof. Dr. Goderis Geert (geert.goderis@kuleuven.be)

Co-promotor: Dr. Apr. Van de Putte Marie (marie.vandeputte@kuleuven.be)

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de rol van de huisarts als expert in de eerstelijnszorg in samenwerking met arts-specialisten betreffende de multi-disciplinaire behandeling van obesitas bij jongeren.

Doelstellingen en verloop van de studie

Obesitas bij jongeren is een frequent voorkomende aandoeningen, met reële risico's op het ontwikkelen van comorbiditeiten op latere leeftijd. De diagnostiek en behandeling van deze aandoening vergt idealiter een multidisciplinaire aanpak, waarbij de huisarts een centrale en coördinerende rol inneemt. Deze studie tracht de obstakels en facilitatoren van samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg voor obesitas bij jongeren in kaart te brengen.

Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen, omdat we het zeer waardevol vinden om te weten wat u als collega-huisarts en expert in de eerstelijnszorg belangrijk vindt inzake de samenwerking met de tweedelijnszorg betreffende obesitas bij jongeren.

Idealiter zullen aan deze studie ongeveer 313 personen deelnemen. Om te kunnen deelnemen, moet u op het moment van het beantwoorden van deze vragenlijst actief zijn als huisarts of huisarts-in-opleiding in Vlaanderen.

We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen die peilt naar de verwachtingen en meningen van huisartsen voor optimale samenwerking met de tweede lijn. Hierbij zullen stellingen en meerkeuzevragen gepresenteerd worden, waarbij de antwoorden een weergave zijn van de mate waarin u als expert akkoord gaat met eerdergenoemde stelling of vraag. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal afgenomen worden via een geanonimiseerde online vragenlijst.

Deze vragenlijst is anoniem en wordt afgenomen via Limesurvey, het online bevragingsplatform dat door KU Leuven ondersteund wordt. Er worden geen persoonsgegevens verzameld.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel risico in.

Als deelnemer aan deze studie kunt u door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan het onderzoek dat integraal deel uitmaakt van de masterproef van een student Master in de Huisartsgeneeskunde.

Deelnemen aan het onderzoek kost tijd: 5-10 minuten.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie MP031897 opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Als u bijkomende informatie wenst over hoe wij uw anonieme gegevens gebruiken, maar ook ingeval van problemen, bijkomende vragen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Vandewiele Simon via e-mail (simon.vandewiele@student.kuleuven.be) of via het telefoonnummer +32 473 27 72 42 en de hoofdonderzoeker Prof. Dr. Goderis Geert via het telefoonnummer +32 (tel KUL) +32 16 37 72 80 (werkuren) of via e-mail (geert.goderis@kuleuven.be). Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staat te uwer beschikking.
  De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt:
  DPO – KU Leuven, e-mail dpo@kuleuven.be
- Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethishe Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
- Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Alvast bedankt voor uw medewerking,
Simon Vandewiele

8.2. Vragenlijst

Vragenlijst masterproef 'Samenwerking tussen huisartsen en arts-specialisten betreffende obesitas bij jongeren: survey onderzoek bij huisartsen'.

Persoonsgebonden kenmerken van de huisarts

1. Geslacht
   a. M
   b. V
   c. X
2. Leeftijd
   a. … (vul in) jaar
3. Jaren actief als huisarts of huisarts-in-opleiding
   a. 1-3 jaar
   b. 5-10 jaar
   c. 10-20 jaar
   d. 20-30 jaar
   e. 30-40 jaar
   f. 40+ jaar
4. Provincie waarin u werkt:
   a. West-Vlaanderen
   b. Oost-Vlaanderen
   c. Antwerpen
   d. Vlaams-Brabant
   e. Limburg
5. Organisatie van de praktijk:
   a. Solopraktijk
   b. Groepspraktijk (enkel huisartsen)
   c. Multidisciplinaire groepspraktijk (psycholoog, verpleegkundige, andere…)
   d. Wijkgezondheidscentrum
   e. Andere (vul aan)

Deze vragen hebben betrekking op uw rol in de diagnostiek en behandeling van obesitas

6. Ik ken de leeftijdsspecifieke BMI-grenswaarden voor de diagnosestelling van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren.
   a. Helemaal akkoord
   b. Eerder akkoord
   c. Neutraal
   d. Eerder niet akkoord
   e. Helemaal niet akkoord

-> Extra vraag/pop-up indien antwoord op 6) = c/d/e:
Ik weet waar de leeftijdsspecifieke BMI-grenswaarden snel terug te vinden zijn voor diagnosestelling van overgewicht en obesitas bij kinderen.

a. Helemaal akkoord
b. Eerder akkoord
c. Neutraal
d. Eerder niet akkoord
e. Helemaal niet akkoord

7. Ik ken de meest recente richtlijnen i.v.m. de behandeling van obesitas bij jongeren.
   a. Helemaal akkoord
   b. Eerder akkoord
   c. Neutraal
   d. Eerder niet akkoord
   e. Helemaal niet akkoord

8. Ik kan bij vermoeden van obesitas bij kinderen en jongeren de patiënt indelen in het gepaste stadium volgens metabole, mechanische, mentale en contextuele risicofactoren, gebruikmakend van de EOSS-P tool (*Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics*)
   a. Helemaal akkoord
   b. Eerder akkoord
   c. Neutraal
   d. Eerder niet akkoord
   e. Helemaal niet akkoord

9. Ik kan concrete handvaten en tools meegeven aan patiënten en ouders m.b.t. preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren.
   a. Helemaal akkoord
   b. Eerder akkoord
   c. Neutraal
   d. Eerder niet akkoord
   e. Helemaal niet akkoord

10. Ik meet gewicht en lengte op regelmatige basis tijdens consultaties bij kinderen en jongeren tot 18 jaar.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

11. Rangschik volgende behandeldoelen in het behandelingstraject van obesitas bij jongeren van meest belangrijk naar minst belangrijk:
    - Bekomen van gewichtsreductie
    - Verbeterde levenskwaliteit
    - Voorkomen van comorbiditeit op latere leeftijd

- Impact op zelfbeeld van de patiënt
- Preventie via levensstijladviezen (gezonder eten, meer bewegen)

Deze vragen hebben betrekking op de samenwerking en communicatie met de tweedelijnszorg

12. Ik heb kennis van gespecialiseerde centra in de buurt m.b.t. overgewicht en obesitas, om indien nodig door te verwijzen naar de 2e lijn.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

13. Ik weet wat een doorverwijzing naar de 2e lijn (inclusief eventuele opvolgconsultaties) kost voor mijn patiënt.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

14. Ik heb kennis van het gepersonaliseerde RIZIV zorgtraject obesitas bij kinderen, voorzien sinds 1 december 2023.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

-> Extra vraag/pop-up indien antwoord op 14) = a/b:
Ik heb reeds gebruik gemaakt van dit gepersonaliseerde RIZIV zorgtraject obesitas bij kinderen voor één of meerdere van mijn patiënten.

i. Ja
ii. Neen

15. Bij een door mij gestelde diagnose van overgewicht en/of obesitas bij kinderen en jongeren, verwijs ik door naar de pediater.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

16. Bij een door mij gestelde diagnose van overgewicht en/of obesitas bij kinderen en jongeren, verwijs ik door naar een voedings- en dieetkundige.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

17. Ik wil een duidelijk beleid/behandelingsvoorstel zien in de verslaggeving van de arts-specialist.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

18. Ik vind het belangrijk om verslaggeving te ontvangen van de arts-specialist, ook als de patiënt zelf contact heeft opgenomen met de 2^{e} lijn, zonder voorafgaande doorverwijzing.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

Deze vragen bevragen uw specifieke rol als huisarts bij obesitas bij jongeren.

19. Rangschik de volgende rollen die u als huisarts uitoefent bij obesitas bij kinderen en jongeren van meest naar minst belangrijk:
    a. Diagnostiek
    b. Behandeling
    c. Doorverwijzing
    d. Coördinatie
    e. Preventie

20. Ik vind het belangrijk om aan preventieve geneeskunde te doen, door reeds bij kinderen en jongeren levensstijladviezen te geven m.b.t. voedingsgewoonten en lichaamsbeweging.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

21. Ik vind het belangrijk om vroeg genoeg overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren bespreekbaar te maken tijdens consultaties.

a. Helemaal akkoord
b. Eerder akkoord
c. Neutraal
d. Eerder niet akkoord
e. Helemaal niet akkoord

22. Ik ervaar soms een drempel om tijdens de consultatie overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren bespreekbaar te maken.
    a. Helemaal akkoord
    b. Eerder akkoord
    c. Neutraal
    d. Eerder niet akkoord
    e. Helemaal niet akkoord

-> Extra vraag/pop-up indien antwoord op 22) = a/b/c:
De reden(en) waarom ik dit als een drempel ervaar is/zijn: (meerdere antwoordopties mogelijk)

a. Ik heb schroom om rond dit onderwerp te praten met patiënt
b. Ik heb schroom om rond dit onderwerp te praten met ouders van patiënt
c. Ik heb hier onvoldoende tijd voor tijdens de consultaties
d. Als het geen aanmeldingsklacht is van de (ouders van de) patiënt, begin ik hier zelf ook niet over.
e. Als het niet behoort tot de ICE van de (ouders van de) patiënt, breng ik dit onderwerp niet aan.
f. Andere: vul zelf aan (…)

23. Rangschik van meest naar minst geschikt: om overgewicht/obesitas bij jongeren in de eerste lijn meer proactief aan te pakken, engageer ik me graag als volgt:
    a. Periodieke geaccrediteerde online vorming
    b. Thema-avond met patiënten
    c. Symposiumdag met arts-specialisten met wie ik samenwerk
    d. Discussiepanel met collega-huisartsen.
    e. Beschikbaar stellen van preventieposters en/of infobrochures in de wachtzaal

8.3. Bericht op sociale media/mail/brief

*'In het kader van mijn masterproef '*Samenwerking tussen huisartsen en arts-specialisten betreffende obesitas bij jongeren, survey onderzoek bij huisartsen*', ben ik op zoek naar huisartsen en huisartsen-in-opleiding die 5-10 minuten van hun tijd willen vrijmaken voor het invullen van een vragenlijst. In onderstaande informatiebrief staat kort toegelicht waarom wij u als expert in de eerstelijnszorg hebben uitgekozen.'*

8.4. Goedkeuring Ethische Commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP031897
Uw kenmerk: Masterproef studie: Samenwerking tussen huisartsen en arts-specialisten betreffende obesitas bij jongeren: survey onderzoek bij huisartsen.
Leuven, 25-11-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Professor Geert Goderis
Geachte Simon Vandewiele

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 25-11-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een prospectief onderzoek rond verwachtingen en meningen van huisartsen omtrent vlotte samenwerking met de arts-specialist, m.b.t. obesitas bij kinderen. Ongeveer 300 huisartsen krijgen een korte vragenlijst die peilt naar de verwachtingen en meningen van huisartsen voor optimale samenwerking met de tweede lijn. Meerkeuzevragen en stellingen worden bevraagd. De vragenlijst is anoniem, er worden geen persoonlijke gegevens verzameld. De huisartsen worden gerekruteerd via geijkte kanalen (huisartsenpost), maar ook via sociale media (facebook). De studie is goed ontwikkeld. Er zijn geen bezwaren.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 25-11-2024 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP031897
Your reference: Master's thesis study: Samenwerking tussen huisartsen en arts-specialisten betreffende obesitas bij jongeren: survey onderzoek bij huisartsen.
Leuven, 25-11-2024

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Professor Geert Goderis
Dear Simon Vandewiele

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby confirms that there are no objections to conducting the proposed study, as it was described in the protocol. After a thorough ethical review, the Commission found no concerns regarding the study. The study was approved on 25-11-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een prospectief onderzoek rond verwachtingen en meningen van huisartsen omtrent vlotte samenwerking met de arts-specialist, m.b.t. obesitas bij kinderen. Ongeveer 300 huisartsen krijgen een korte vragenlijst die peilt naar de verwachtingen en meningen van huisartsen voor optimale samenwerking met de tweede lijn. Meerkeuzevragen en stellingen worden bevraagd. De vragenlijst is anoniem, er worden geen persoonlijke gegevens verzameld. De huisartsen worden gerekruteerd via geijkte kanalen (huisartsenpost), maar ook via sociale media (facebook). De studie is goed ontwikkeld. Er zijn geen bezwaren.

The Committee has no objection to the project provided that the data are handled confidentially and there is compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven reminds the principal investigator/promotor of the study of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This letter of no objection concerns the submission of 25-11-2024v and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file must be submitted.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent version of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Yours sincerely,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

EC Research emphasizes that GCP-training is expected from every principal investigator. EC Research refers also to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical departmental board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

This opinion from EC Research does not imply that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.