Aandacht voor vroegtijdige opsporing van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk: Wat is de situatie bij huisartsen?

Jill Vanthienen, KU Leuven

Promotor: Bert Vaes, KU Leuven

Co-promotor: An Van Adorp, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 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

Abstract

Achtergrond: Overgewicht en obesitas bij kinderen vormen een groeiend gezondheidsprobleem met belangrijke medische en psychosociale gevolgen. Huisartsen spelen een centrale rol in preventie, vroege detectie en behandeling, maar wat is de effectieve situatie en rol van de huisarts in de huidige klinische praktijk met betrekking tot overgewicht en obesitas bij kinderen?

Methode: Deze cross-sectionele studie maakte gebruik van een zelfontwikkelde, semigestructureerde vragenlijst, gebaseerd op bestaande literatuur en aangepast aan de Belgische eerstelijnscontext. De vragenlijst werd verspreid onder Nederlandstalige huisartsen(-in-opleiding) in Vlaanderen en Brussel. De bevraging omvatte domeinen zoals prevalentie, preventie, diagnostiek, behandeling, therapeutische opties en multidisciplinaire samenwerking. De data werden descriptief geanalyseerd.

Resultaten: Huisartsen erkennen hun rol in de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen, maar beschouwen deze voornamelijk als gedeeld met ouders en andere zorgactoren. Diagnostiek gebeurt meestal via BMI en groeicurven, hoewel systematische screening beperkt blijft. Een aanzienlijk deel van de respondenten voelt zich onvoldoende bekwaam om deze problematiek te behandelen, ondanks de brede erkenning van het belang van een multidisciplinaire aanpak. De bekendheid met gespecialiseerde zorgmodellen, zoals pediatrische multidisciplinaire obesitascentra, zorgtraject obesitas bij kinderen en het EOSS-P-model, is laag en als gevolg is de doorverwijzingsgraad ook laag. Belangrijke barrières zijn tijdsdruk, beperkte kennis van het zorgaanbod en organisatorische drempels.

Conclusie: De aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartspraktijk verloopt momenteel onvoldoende systematisch en geïntegreerd. Om de eerstelijnszorg hierin te optimaliseren is er nood aan gerichte ondersteuning van huisartsen, onder meer via duidelijke richtlijnen, bijkomende opleiding en een versterking van de multidisciplinaire samenwerking.

Inhoud

Abstract 3
Inhoud 4
Inleiding 5
Methode 8
Resultaten 10
Discussie 17
Conclusie 23
Dankwoord 24
Referenties 25
Bijlagen 29

Inleiding

Kinderen met obesitas hebben, net als volwassenen, een verhoogd risico op zowel psychische als lichamelijke aandoeningen. Bij hen spelen ook andere factoren een rol die vaak zorgen voor een mindere kwaliteit van leven. Denk hierbij aan gepest worden, gewrichtsklachten en een verminderde lichamelijke conditie. Bovendien worden ze vaak obese volwassenen. Volwassenen met obesitas hebben een verminderde levensverwachting en meer kans op diverse gezondheidsproblemen. Het is daarom belangrijk om overgewicht en obesitas vroegtijdig te detecteren en aan te pakken, zodat kinderen zo gezond mogelijk ontwikkelen.[1]

Bij overgewicht en obesitas is de energiebalans verstoord. Er wordt gedurende een langere periode meer energie opgenomen dan verbruikt. Omgevingsfactoren en individuele factoren spelen hier de belangrijkste rol. [1] Daarnaast spelen ook familiale, genetische en culturele factoren een rol in ontstaan en onderhouden van een verstoorde energiebalans. [1] Het is vaak een complexe interactie tussen deze factoren die tot overgewicht en obesitas leidt. [2]

Uit een gezondheidsenquête uit 2018 van Sciensiano[3] blijkt dat 19%, dus ongeveer één op vijf, van de kinderen en adolescenten van 2 tot en met 17 jaar overgewicht heeft en 5,8% lijdt aan obesitas. Het grootste probleem van overgewicht ligt bij de peuters van 2-4 jaar met 24,4%, dus bijna één op vier. [3] Dit is een aanzienlijk percentage.

De evaluatie van zwaarlijvigheid wordt in bijna alle richtlijnen[1,4,5,6,7] bij kinderen aan de hand van het gewicht en de lengte, berekend via de Body Mass Index (BMI), beoordeeld.
De BMI is een nuttige indicator voor het inschatten van de vetmassa en het relatieve overgewicht, maar moet wel met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Tijdens de kinderjaren varieert de BMI afhankelijk van leeftijd en geslacht. De BMI-waarden moeten daarom worden weergegeven op groeicurven, waarbij de percentielen per geslacht en leeftijdsgroep een duiding geven van de evolutie van het overgewicht. [4,5] Zo kan de groei en het gewicht van een kind nauwkeuriger worden beoordeeld en opgevolgd.

Verschillende (inter)nationale richtlijnen[1,4,5,6,7] geven aan de BMI 1x/jaar te meten in functie van vroegtijdige opsporing en algemene opvolging lengte en gewicht. Indien de BMI zich binnen de normale percentielen bevindt, wordt best een jaar later opnieuw gemeten. Als de BMI boven het leeftijdsgebonden percentiel van overgewicht bevindt wordt een bewustwording en/of behandeling aangeraden.[8]

Veel van de gezondheid van het kind hangt af van de gewichtsevolutie (dalend, stijgend, stabiel), het eet- en beweeggedrag en de combinatie van het gewicht met het psychisch en lichamelijk welbevinden van het kind. Dus naast het regelmatig meten van de BMI, is ook een inschatting van bijbehorende risico's op lichamelijk vlak (comorbiditeiten) en het psychisch welzijn (aanwezigheid van een eetstoornis) van het kind belangrijk. [9]

Eetexpert.be heeft recent (augustus 2024) een stappenplan gepubliceerd waarin uitgebreide uitleg voor huisartsen te vinden is rond de verschillende stappen van obesitas bij kinderen en jongeren. Je vindt informatie over het inschatten van de gewichtsstatus en –evolutie, het bespreekbaar maken van overgewicht bij kinderen, de diagnostiek, het inschatten van de gezondheidsimpact en barrières tot een gunstige prognose, dit met behulp van het Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-

P-)stadiëringskader, het (gesubsidieerde) zorgaanbod, leefstijladvies geven bij kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas in de eerstelijn.[10,11]

Het EOSS-P model is een klinisch hulpmiddel dat de ernst van obesitas bij kinderen en adolescenten beoordeelt op basis van fysieke, mentale en sociale complicaties, in plaats van alleen de BMI. Het systeem classificeert patiënten in vier stadia (0-3), afhankelijk van de aanwezigheid en ernst van metabole, mechanische, mentale of sociale problemen die verband houden met obesitas. Het hoogste stadium waarin een van deze factoren wordt vastgesteld, bepaalt de classificatie van het kind. (Zie figuur 1 in bijlage: “Het EOSS-P model”) [11]

Het Canadese model is ontworpen om zorgverleners te ondersteunen bij het individualiseren van zorgtrajecten, waarbij rekening wordt gehouden met de volledige impact van obesitas op de gezondheid en het leven van een kind. Het biedt een gestructureerd kader voor het bepalen van de juiste interventiestrategieën en benadrukt de noodzaak van een holistische en multidisciplinaire aanpak. [10]

De huisartsenpraktijk is belangrijk bij de aanpak van obesitas aangezien er zoveel verschillende factoren hierbij een rol spelen. Er wordt niet enkel een focus op de patiënt zelf gelegd, maar het betrekken van de omgeving, met bijvoorbeeld: het gezin, de sociale ondersteuning, het leefmilieu... is minstens even belangrijk. De huisarts zit op de ideale plek voor het signaleren, diagnosticeren en behandelen hiervan. [1]

Uit beperkt internationaal onderzoek[12,14] blijkt dat huisartsen het begeleiden en behandelen van overgewicht en obesitas bij kinderen als een belangrijke, maar uitdagende taak beschouwen. Ze voelen zich verantwoordelijk voor deze problematiek, maar beseffen vooral dat er veel specifieke vaardigheden, zoals communicatieve en motiverende gesprekstechnieken, voldoende tijd, geduld en doorzettingsvermogen nodig is van zowel de huisarts, als het kind en de familie van het kind. [12]

Hoewel er wereldwijd steeds meer aandacht is voor het behandelen van overgewicht en obesitas bij kinderen, blijkt dat huisartsen vaak onvoldoende zijn uitgerust om deze complexe problematiek aan te pakken. Vaak genoemde barrières zijn tijdsgebrek en gebrek aan training in gedragsmatige interventies. Ze ervaren een gebrek aan tools voor ernst inschatting en gestructureerde opvolging. [14] Hoewel systemen zoals het EOSS-P-model veelbelovend lijken,[10,15,16,17] zijn ze nog onvoldoende geïntegreerd in de eerstelijnszorg. Een beperkte samenwerking met andere zorgverleners speelt ook een rol. [13] Er is echter zeer weinig onderzoek naar deze uitdagingen in de Vlaamse huisartsenpraktijk en welke strategieën effectief zijn in dit zorgsysteem.

In België is recent een zorgtraject voor kinderobesitas ontwikkeld via Pediatrische Multidisciplinaire Obesitascentra (PMOC). Deze centra bieden een multidisciplinaire aanpak met kinderartsen, psychologen, diëtisten en kinesitherapeuten. Dit zorgmodel biedt een gestructureerde en holistische behandeling. Echter, er worden ook enkele uitdagingen genoemd, zoals de coördinatie tussen verschillende zorgniveaus en de bekendheid van deze trajecten onder huisartsen. Bovendien vormen beperkte terugbetalingen voor diëtisten en psychologen een significante financiële drempel voor patiënten, wat de toegang tot zorg bemoeilijkt. [10,13,18]

In het stappenplan van Eetexpert.be[10] voor de huisarts wordt benadrukt dat Kind en Gezin en CLB een belangrijke rol spelen in het vroeg signaleren van gewichtsproblemen en dat een goede continuïteit van zorg en afstemming tussen enerzijds preventieve diensten, zoals Kind en Gezin en CLB, en anderzijds eerstelijnszorg belangrijk is om hiaten in opvolging na doorverwijzing te vermijden. [10]

Gezien deze uitdagingen is het cruciaal om inzicht te krijgen in hoe Vlaamse huisartsen in België momenteel omgaan met de begeleiding van kinderen met obesitas en welke barrières zij hierbij ervaren. We willen verder nagaan in welke mate huisartsen zich uitgerust voelen om obesitas aan te pakken, hun ervaringen met en behoeften aan multidisciplinaire samenwerking, de bekendheid en het gebruik van bestaande zorgmodellen zoals de PMOC's, de praktische en financiële barrières waarmee zij te maken hebben.

Het verwerven van nieuwe inzichten over de eerstelijnsaanpak in de Vlaamse huisartsenpraktijk kan hulp bieden bij het ontwikkelen van toekomstige richtlijnen, beleidsaanpassingen en betere ondersteuning van huisartsen. Met dit onderzoek, in de vorm van een semigestructureerde vragenlijst, willen we onderzoeken in welke mate de richtlijnen rond overgewicht en obesitas bij kinderen van 2 tot en met 18 jaar gekend zijn door huisartsen én hoe ze worden toegepast. We bekijken hierbij ook de bevorderende factoren, de valkuilen en we gaan na waar verbetering mogelijk is. Bovendien biedt het een waardevolle basis voor verdere interventies die afgestemd zijn op de Belgische context, met als doel de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen te optimaliseren.

Methode

Onderzoeksvraag

Wat zijn de huidige kennis, attitudes, klinisch handelen en ervaren barrières van huisartsen met betrekking tot de preventie, diagnostiek en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen?

Deelvragen:

Welke rol zien huisartsen voor zichzelf in preventie?
Hoe diagnosticeren zij overgewicht en obesitas?
Hoe ervaren zij hun bekwaamheid in behandeling?
In welke mate maken zij gebruik van richtlijnen en multidisciplinaire zorg?
Welke barrières en verbeteringsmogelijkheden ervaren zij?

Onderzoekskarakteristieken

Dit is een masterproefonderzoek voor de opleiding Master na Master Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven. We voeren een sociaalwetenschappelijk en niet medisch-interventioneel onderzoek uit, meer bepaald een kwantitatieve cross-sectionele studie met semi-gestructureerde vragenlijst. Na literatuuronderzoek werd er zelf een vragenlijst (zie bijlagen) opgesteld.

Literatuuronderzoek

Om de onderzoeksvraag en het literatuuronderzoek te structureren werd het PICO-model toegepast:

P (Population): Huisartsen (-in-opleiding) werkzaam in de eerstelijnszorg.
I (Intervention): Huidige kennis, attitudes en klinisch handelen met betrekking tot de preventie, diagnostiek en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen.
C (Comparison): Niet van toepassing in deze beschrijvende studie.
O (Outcome): Inzicht in de huidige praktijkvoering, ervaring, bekwaamheid, multidisciplinaire samenwerking en ervaren barrières binnen de huisartsenzorg rond kinderovergewicht en -obesitas.

Er werd een selectie van nationale en internationale artikels uit de databank Pubmed gemaakt (zoektermen: general practitioner, overweight, obesity children, prevention, diagnostics, treatment, experience...)

De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van thema's en vraagstellingen uit eerdere studies, richtlijnen en bestaande vragenlijsten. Ze werd aangepast aan de Belgische eerstelijnscontext.

Tijdens de ontwikkelingsfase werd de vragenlijst meermaals nagelezen door verschillende collega-huisartsen om de duidelijkheid, relevantie en begrijpelijkheid van de vragen te beoordelen, wat bijdroeg aan de validiteit en betrouwbaarheid ervan.

De uiteindelijke vragenlijst bestond voornamelijk uit meerkeuzevragen en enkele open vragen met eigen mening. Bij verschillende stellingen werd gebruikgemaakt van een 5-punt Likertschaal gaande van “sterk mee eens” tot “sterk mee oneens”.

De vragen werden opgedeeld in 7 verschillende groepen. Eerst werden er 6 populatiegerichte vragen gesteld om een demografisch beeld te kunnen schetsen van de onderzoekspopulatie. Nadien volgden er in totaal 34 vragen, soms met subvragen, onder 6 verschillende categorieën: Prevalentie, Preventie, Diagnose, Behandeling, Therapeutische opties en Verbeteringsmogelijkheden.
De vragenlijst werd verwerkt in het onlineprogramma “LimeSurvey”.

Studiepopulatie

Inclusie: Actieve Nederlandstalige huisartsen en huisartsen-in-opleiding in Vlaanderen en Brussel.
Exclusie: Gepensioneerde artsen, arts-specialisten(-in-opleiding).

Datacollectie- en rekrutering

Er werd een mail verstuurd naar huisartsen en huisartsen-in-opleiding met de vraag deel te nemen aan het onderzoek en bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Bij studie samenkomsten werd de vraag voor deelname aan de studie mondeling meegedeeld.
Er werd een mail (met herinnering) naar alle Nederlandstalige huisartsenkringen van Vlaanderen en Brussel gestuurd met vraag tot verspreiding van de vragenlijst naar al de artsen binnen hun kring. Er werd een verzoek tot invullen geplaatst op de ICHO-nieuwsbrief voor Huisartsen-in-opleiding. Er werden persoonlijke e-mailadressen en contacten aangeschreven voor deelnemen en verspreiding van de studie.
Deelname aan de studie was volledig vrijwillig en de antwoorden werden anoniem verzameld. Er werden geen identificeerbare persoonsgegevens geregistreerd.
Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst kregen de deelnemers informatie over het doel van de studie en werd hun geïnformeerde toestemming verkregen.

Data-analyse

Data van LimeSurvey werd geëxporteerd naar Microsoft Excel voor verdere verwerking. De gegevens werden geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. Resultaten worden weergegeven als absolute aantallen en percentages.

Goedkeuring Ethische Commissie

Dossiernummer: MP033141
De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven heeft op 9/12/2024 een gunstig advies gegeven. Het document van goedkeuring bevindt zich in bijlage.

Resultaten

Karakteristieken van de deelnemers

In totaal hebben 61 deelnemers de enquête ingevuld over een periode van 32 weken, waarvan 9 niet volledig. Hier werd dan ook geen rekening mee gehouden. De volgende resultaten zijn de interpretaties van de 52 volledig ingevulde vragenlijsten.

Demografie

Het merendeel van de deelnemers (78,8%) was vrouwelijk. De studiepopulatie bestond voornamelijk uit jonge huisartsen, waarbij 65,4% minder dan vijf jaar actief was. De helft van de respondenten werkte in een landelijke omgeving (50%), de andere helft in een (rand)stedelijke context. De meeste deelnemers waren werkzaam in een groepspraktijk (71,2%). Het merendeel werkte in de provincie Vlaams-Brabant (55,8%), gevolgd door Antwerpen (19,2%). De volledige lijst met karakteristieken staat in Tabel 1 in bijlage. Tabel 2 geeft een samenvatting van de karakteristieken.

Tabel 2: Karakteristieken

Geslacht	**aantal (n)**	**Percentage**
Vrouw	41	78,8%
Man	10	19,2%
Anders	1	1,9%
Deelnemers	**Leeftijd**	
Jongste	24	
Oudste	70	
Gemiddelde	33	
Mediaan	27	
Jaren ervaring:	**aantal (n)**	**Percentage**
< 5 jaar	34	65,4%
5-10 jaar	4	7,7%
10-20 jaar	4	7,7%
20-30 jaar	7	13,5%
> 30 jaar	3	5,8%
Soort praktijk	**aantal (n)**	**Percentage**
Solopraktijk	5	9,6%
Duopraktijk	7	13,5%
Groepspraktijk	37	71,2%
Wijksgezondheidscentrum	3	5,8%
Provincie	**aantal (n)**	**Percentage**
Antwerpen	10	19,2%
Brussel	3	5,8%
Limburg	1	1,9%
Oost-Vlaanderen	6	11,5%

Vlaams-Brabant	29	55,8%
West-Vlaanderen	3	5,8%
Omgeving	**aantal (n)**	**Percentage**
Landelijk	26	50,0%
Randstedelijk	15	28,8%
Stedelijk	11	21,2%

Prevalentie

De respondenten werd gevraagd een inschatting te maken van de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen in hun eigen huisartsenpraktijk. De grootste groep huisartsen (46%) schatte de prevalentie van overgewicht tussen 15% en 25%. Een kleinere, maar nog steeds substantiële groep (32,7%) gaf aan dat minder dan 15% van de kinderen in hun praktijk overgewicht heeft. Voor obesitas rapporteerde de meerderheid van de respondenten een prevalentie van minder dan 10% binnen hun pediatrische patiëntenpopulatie. Zo goed als alle artsen, op 1 arts na, denken dat de prevalentie van overgewicht en obesitas de afgelopen 10-20 jaar toegenomen is.
Tabel 3 geeft een overzicht van de door huisartsen ingeschatte prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen.
In bijlage (Figuur 3) vind je de correcte antwoorden in België van de prevalentievragen.

Tabel 3: Prevalentie

Hoeveel procent van de kinderen in uw praktijk (2-18 jaar) denkt u dat overgewicht heeft?

Antwoord	Telling	Percentage
< 15%	17	32,69%
15-25%	**24**	**46,15%**
25-35%	9	17,31%
35-45%	2	3,85%
> 45%	0	0,00%

Hoeveel procent van de kinderen in uw praktijk (2-18jaar) denkt u dat obesitas heeft?

Antwoord	Telling	Percentage
< 5%	**25**	**48,08%**
5-10%	22	42,31%
10-15%	4	7,69%
15-20%	0	0,00%
> 20%	1	1,92%

Hoe denkt u dat de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen in de afgelopen 10-20 jaar is geëvolueerd?

Antwoord	Telling	Percentage
Toegenomen	**51**	**98,08%**
Afgenomen	0	0,00%
Stabiel	1	1,92%

Preventie

De meerderheid (92,3%) erkent een belangrijke rol voor de huisarts in de preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen (Tabel 4). Bij het rangschikken van verantwoordelijkheden werd preventie echter voornamelijk toegewezen aan ouders, gevolgd door scholen, Kind en Gezin/CLB en overheidsinitiatieven. De huisarts werd meestal niet als primair verantwoordelijke aangeduid. Deze werd vaak op de derde of vierde plaats gerangschikt. Tabel 5 in bijlage geeft een overzicht van de antwoorden met betrekking tot de verantwoordelijkheidsrol van preventie.

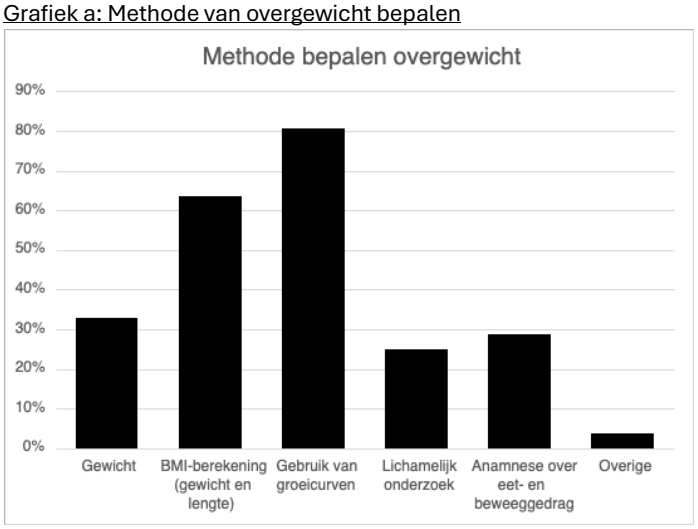
Tabel 4: Antwoorden Preventie

De huisarts speelt een belangrijke rol in preventie van overgewicht bij kinderen		
Antwoord	Telling	Percentage
Sterk mee eens	20	38,46%
Mee eens	28	53,85%
Neutraal	4	7,69%
Mee oneens	0	0,00%
Sterk mee oneens	0	0,00%

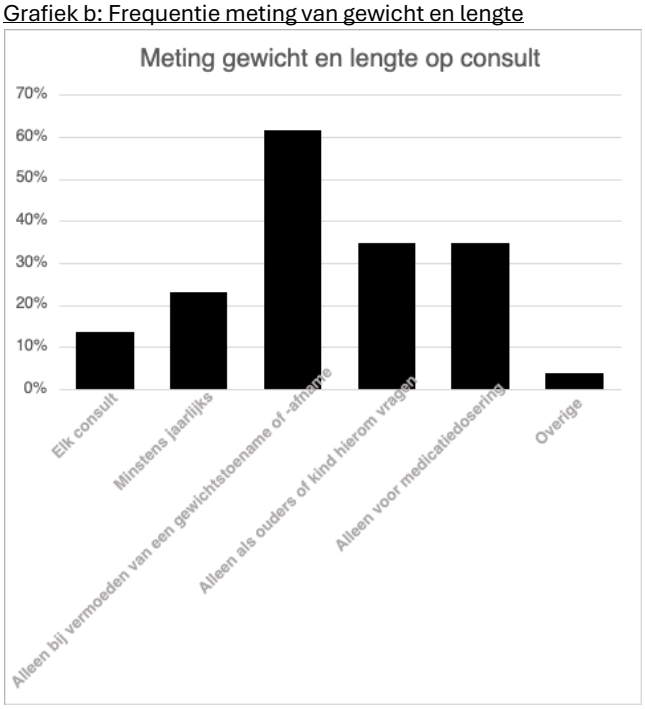
Diagnose

Wat betreft de diagnostiek van overgewicht en obesitas bij kinderen gaf de meerderheid van de respondenten aan gebruik te maken van objectieve meetinstrumenten. De meeste huisartsen bepalen overgewicht bij kinderen aan de hand van groeicurven en/of BMI-berekening. Daarnaast wordt anamnese over leefstijl en lichamelijk onderzoek aanvullend gebruikt (Grafiek a). Een groot deel (75%) beschouwt de huisarts als een belangrijke actor in de diagnostiek van overgewicht (Zie Tabel 6 in bijlage). Metingen van gewicht en lengte gebeuren echter hoofdzakelijk (61,5%) bij vermoeden van gewichtsschommelingen. Andere veelgenoemde situaties waarin metingen plaatsvinden zijn in het kader van medicatiedosering of op vraag van het kind of de ouders. Slechts een beperkte groep respondenten gaf aan systematisch, bijvoorbeeld jaarlijks (23,1%), het gewicht en de lengte van kinderen te meten (Grafiek b).
De hulpvraag rond gewicht werd in deze studie het vaakst geïnitieerd door ouders (53,8%), gevolgd door het CLB (25,0%) en de huisarts zelf (19,2%). Slechts in uitzonderlijke gevallen (1,9%) kwam de hulpvraag van het kind zelf (Grafiek c).

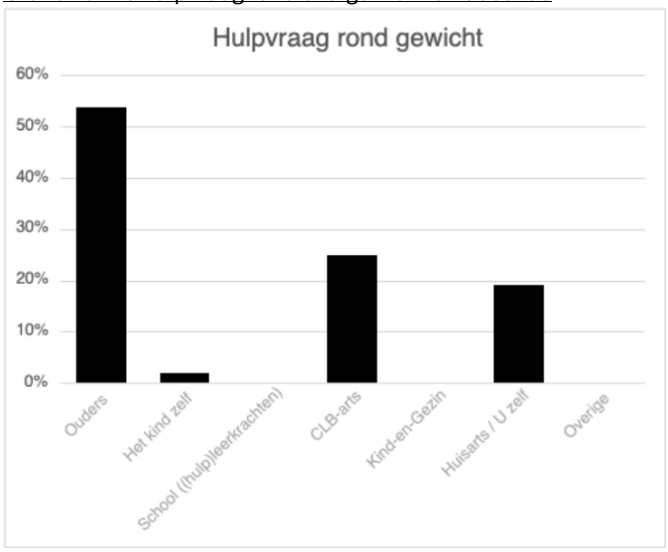
Grafiek a: Methode van overgewicht bepalen



Grafiek b: Frequentie meting van gewicht en lengte



Grafiek c: De hulpvraag rond overgewicht en obesitas



Behandeling en Therapeutische opties

Ongeveer de helft van de huisartsen voelt zich onvoldoende bekwaam om overgewicht en obesitas bij kinderen te behandelen. Tegelijkertijd vinden alle respondenten een multidisciplinaire aanpak belangrijk.

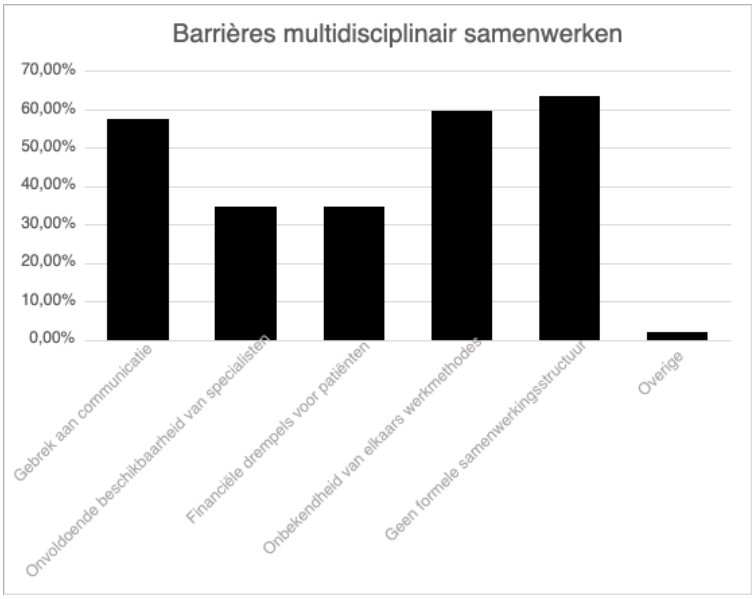
Het gebruik van richtlijnen voor obesitasmanagement varieert. Een groot deel (48%) van de huisartsen gaf aan wel toegang te hebben tot specifieke richtlijnen, maar deze slechts zelden te hanteren. Een aanzienlijke groep (40,4%) rapporteerde geen toegang te hebben hiertoe. Tabel 7 in bijlage toont deze antwoorden.

De bekendheid van het Pediatrische Multidisciplinaire Obesitascentra (PMOC's) bleek beperkt. Slechts een minderheid van de respondenten (7,7%) gaf aan goed of zeer goed bekend te zijn met dit zorgmodel. Overeenkomstig hiermee rapporteerde het merendeel (96,1%) van de huisartsen nooit of slechts zelden kinderen met overgewicht of obesitas naar een PMOC te hebben doorverwezen.

Wanneer gevraagd werd naar de kwaliteit van de samenwerking met andere disciplines binnen obesitaszorg, varieerden de beoordelingen. De voornaamste groep (57,7%) gaf een neutraal standpunt aan en slechts twee beperkte groepen beoordeelden de samenwerking als goed (21,2%) of anderzijds als slecht (17,3%).

Wat betreft doorverwijsgedrag blijkt dat huisartsen kinderen met overgewicht of obesitas het vaakst doorverwijzen naar een diëtist, waarbij meer dan de helft (57,7%) dit vaak tot altijd doet. Doorverwijzing naar een psycholoog gebeurt minder frequent, met de meerderheid die aangeeft dit slechts soms (50%) of zelden/nooit (34,6%) te doen. Ook naar kinesisten wordt relatief weinig doorverwezen. Daarnaast blijkt dat de kennis van beschikbare zorgverleners varieert, waarbij huisartsen beter vertrouwd zijn met diëtisten (53,8%) dan met psychologen (19,2%) en kinesisten (21,2%) in hun regio. Grafiek d toont de meest ervaren barrières bij het multidisciplinair samenwerken. Bovenstaande antwoorden bevinden zich in tabel 9 in bijlage.

Grafiek d: Welke barrières ervaart u bij het samenwerken met andere disciplines?



In de open vraag naar maatregelen die multidisciplinaire samenwerking kunnen vergemakkelijken, gaven respondenten vooral nood aan meer informatie en kennis over het beschikbare zorgaanbod. Veel huisartsen benadrukten het belang van duidelijke en overzichtelijke informatie over multidisciplinaire zorgmodellen, in het bijzonder over de werking, indicatiecriteria en aanmeldingsprocedures van pediatrische multidisciplinaire obesitascentra (PMOC's).

Daarnaast werd frequente en laagdrempelige communicatie met andere zorgverleners als essentieel beschouwd. Respondenten gaven aan dat een rechtstreekse contactmogelijkheid, snelle respons na doorverwijzing en digitale overlegplatformen de samenwerking aanzienlijk zouden verbeteren. Ook het ontbreken van duidelijke zorgpaden en protocollen werd herhaaldelijk genoemd, waarbij huisartsen aangeven behoefte te hebben aan vaste structuren en een overzicht van beschikbare hulpverleners in de regio.

Verder werden toegankelijkheid en financiële barrières als belangrijke aandachtspunten aangehaald, met name de beperkte beschikbaarheid van kinderpsychologen en diëtisten en lange wachttijden. Ten slotte gaven enkele respondenten aan dat ondersteunend materiaal, zoals brochures voor ouders en jongeren, en meer tijd tijdens consultaties kunnen bijdragen aan een laagdrempeliger bespreking en opvolging van overgewicht en obesitas bij kinderen. Tabel 8 in Bijlage toont de antwoorden op de open vraag.

In verband met kennis en gebruik van specifieke therapeutische zorgmodellen gaf minder dan de helft van de respondenten (44,2%) aan vertrouwd te zijn met het zorgtraject obesitas bij kinderen. Slechts een beperkt aantal huisartsen gaf aan de inhoud van dit zorgtraject daadwerkelijk te kennen (13,5%) of patiënten in de praktijk te hebben die hierin zijn opgenomen (9,6%).

Ook de bekendheid met het Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics Model bleek beperkt. Het merendeel (82,7%) van de respondenten had nog niet gehoord van dit model of gaf aan het niet te gebruiken in de dagelijkse praktijk (86,5%). Slechts een kleine groep huisartsen (9,6%) rapporteerde het EOSS-P-model soms of regelmatig toe te passen bij de behandeling van obesitas bij kinderen.

Daarnaast gaf een groot deel van de huisartsen (63,5%) aan dat obesitasmanagement bij kinderen frequent wordt beperkt door tijdsgebrek tijdens consultaties. Financiële factoren werden eveneens vaak als belemmerend ervaren, met name de beperkte terugbetaling van diëtisten en psychologen. Een aanzienlijk deel van de respondenten (42,3%) rapporteerde dat behandelingen soms of regelmatig worden stopgezet omwille van financiële beperkingen.

Huisartsen geven aan dat bijkomende opleiding, praktische tools en structurele ondersteuning nodig zijn om deze zorg beter te integreren in de praktijk (Tabel 9 in bijlage).

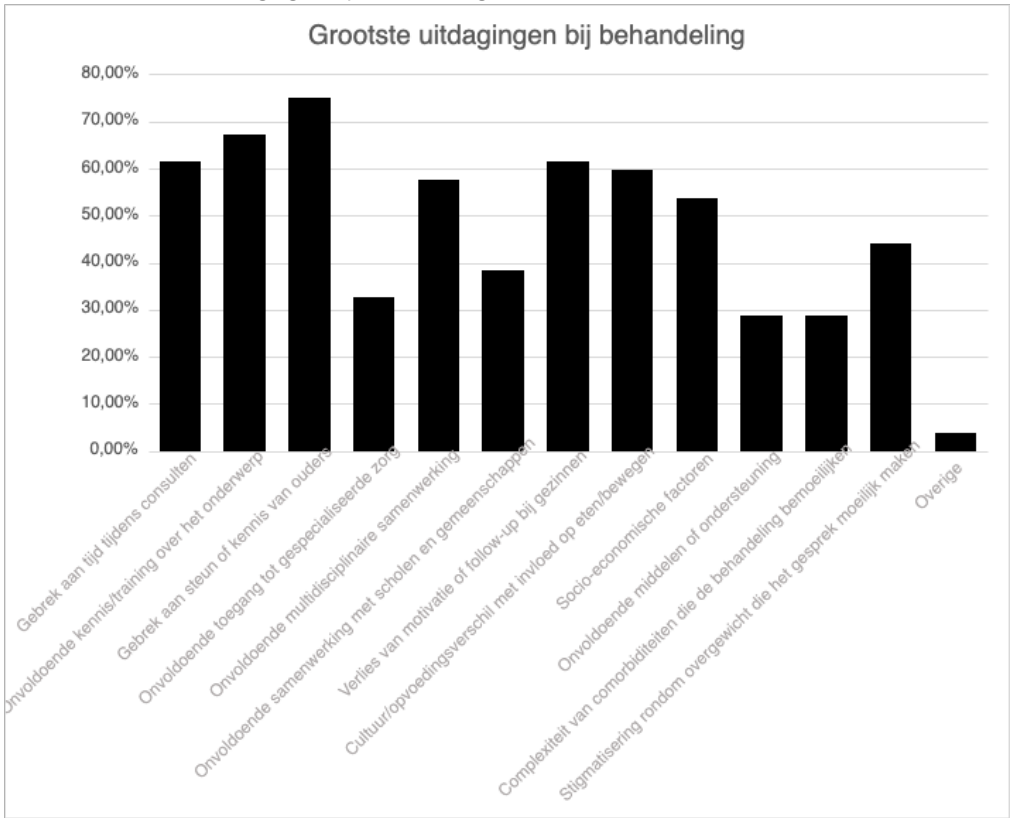
Verbeteringsmogelijkheden

Een groot deel van de huisartsen (78,8%) gaf aan zich onvoldoende geschoold te voelen in de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen tijdens de basis- en vervolgopleiding. Tegelijkertijd rapporteerde de meerderheid (90,4%) een duidelijke behoefte aan aanvullende opleiding en toonde men (84,6%) interesse in regelmatige bijscholing rond dit onderwerp.

Wat preventie betreft, waren veel respondenten (51,9%) het oneens met de stelling dat kinderen en ouders voldoende basiseducatie krijgen over gezonde leefstijl en lichaamsgewicht, zowel binnen de schoolomgeving als via overheidsinitiatieven. Een meerderheid van de huisartsen (88,5%) is van mening dat de overheid een actievere rol zou moeten opnemen in de preventie van overgewicht en obesitas.

Daarnaast ervaren huisartsen diverse uitdagingen bij de zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas. Tijdsgebrek tijdens consultaties, financiële beperkingen, onvoldoende motivatie of ondersteuning binnen het gezin en socio-economische factoren werden het vaakst als belemmerend aangeduid. Ook stigmatisering en de complexiteit van comorbiditeiten werden door een deel van de respondenten vermeld.

Grafiek e: Grootste uitdagingen bij behandeling



Uit de open vraag over suggesties voor verbetering blijkt een duidelijke nood aan meer bijscholing, kennis en praktische tools voor de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Daarnaast wordt het belang benadrukt van systematische detectie (regelmatig meten van gewicht en lengte) en een betere samenwerking met preventieve actoren zoals CLB en Kind en Gezin.

Huisartsen gaven ook aan dat doorverwijzing naar andere disciplines vaak belemmerd wordt door drempels zoals beperkte motivatie van patiënt en/of familie, tijdsinvestering en kostprijs. Tot slot blijft het bespreekbaar maken en het sensibiliseren van overgewicht een uitdaging door de gevoeligheid van het onderwerp.

Discussie

Kernbevindingen van het onderzoek

Dit onderzoek brengt de percepties, ervaringen en noden van huisartsen in kaart met betrekking tot de preventie, diagnostiek en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen. De respondenten erkennen overwegend het belang van de rol van de huisarts, zowel in preventie als in diagnostiek, maar plaatsen deze rol meestal binnen een bredere gedeelde verantwoordelijkheid met ouders, scholen en andere maatschappelijke actoren.

Wat diagnostiek betreft, maken de meeste huisartsen gebruik van groeicurven en BMI-berekening, hoewel metingen van gewicht en lengte voornamelijk plaatsvinden bij vermoeden van gewichtsschommelingen en minder vaak systematisch.

Op het vlak van behandeling voelt ongeveer de helft van de huisartsen zich onvoldoende bekwaam, ondanks de unanieme erkenning van het belang van een multidisciplinaire aanpak. De bekendheid met gespecialiseerde zorgmodellen, zoals PMOC's, het zorgtraject obesitas bij kinderen en het EOSS-P-model, blijkt beperkt en weerspiegelt zich in een lage gebruiks- en doorverwijzingsgraad.

Daarnaast ervaren huisartsen diverse structurele barrières, waaronder tijdsgebrek, financiële beperkingen en beperkte toegang tot multidisciplinaire samenwerking. De respondenten geven tot slot een duidelijke behoefte aan bijkomende opleiding, betere ondersteuning en verbeterde preventieve initiatieven aan.

Resultaten in vergelijking met bestaande literatuur

Prevalentie

De grootste groep respondenten (46,2 %) schatte de prevalentie van overgewicht in de eigen praktijk tussen 15 en 25%, terwijl de op één na grootste groep (32,7 %) deze op minder dan 15% inschatte. Deze bevinding suggereert dat huisartsen de huidige prevalentie van overgewicht over het algemeen correct inschatten. Ter vergelijking blijkt uit de Gezondheidsenquête van Sciensano (2023–2024) dat 19,4% van de Belgische kinderen en jongeren tussen 2 en 18 jaar overgewicht heeft, waarvan 4,8% obesitas. Ook de inschatting van obesitas door de meeste respondenten (minder dan 10%) ligt in lijn met deze epidemiologische gegevens. [19,20]

Wanneer echter wordt gekeken naar de evolutie van overgewicht en obesitas over de afgelopen 20 jaar in België, blijkt er een discrepantie tussen de perceptie van huisartsen en de beschikbare epidemiologische data. Bijna alle respondenten (98 %) rapporteerden een toename, terwijl cijfers aantonen dat de prevalentie van obesitas relatief stabiel is gebleven (4,9% in 2001 naar 4,8% in 2023) en de prevalentie van overgewicht slechts licht is toegenomen (16,2% in 2001 naar 19,4% in 2023). [19,20]

Deze overschatting van de evolutie kan mogelijk verklaard worden door verschillende factoren. Huisartsen voeren niet altijd systematische metingen van gewicht en lengte uit bij kinderen, waardoor veranderingen in BMI niet altijd objectief worden opgevolgd. Daarnaast kan de toenemende normalisatie van overgewicht in de samenleving ertoe leiden dat mild tot matig overgewicht minder snel als afwijkend wordt herkend, terwijl ernstigere gevallen meer opvallen in de praktijk. [19,20] Ten slotte kan ook de bredere maatschappelijke perceptie een rol spelen: overgewicht en obesitas worden in media en gezondheidscommunicatie vaak voorgesteld als een toenemend maatschappelijk probleem, wat kan bijdragen aan de verwachting dat de

prevalentie blijft stijgen. Hierbij 2 voorbeelden van zo een gepubliceerde artikels van op de website van “UZLeuven” (https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/overgewicht-bij-kinderen) en “VRT nieuws” (https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/09/10/meer-obesitas-dan-ondergewicht-rapport-unicef/). Wereldwijd is er weldegelijk een grote stijging in prevalentie van overgewicht en obesitas de afgelopen 30 jaar. [21]

Preventie

Uit de resultaten blijkt dat huisartsen het grotendeels eens zijn over het belang van hun rol in de preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen. Desondanks wordt de primaire verantwoordelijkheid voor preventie door bijna alle respondenten in de eerste plaats bij de ouders gelegd, terwijl de rol van de huisarts meestal pas op de derde of vierde plaats wordt gerangschikt. Organisaties zoals Kind en Gezin en/of het CLB, evenals door de overheid geïnitieerde preventiecampagnes, worden doorgaans op de tweede en derde plaats van verantwoordelijkheid geplaatst. Dit wijst erop dat huisartsen hun rol in preventie wel degelijk erkennen en als relevant beschouwen, maar deze voornamelijk zien als onderdeel van een gedeelde verantwoordelijkheid, eerder dan als een primaire opdracht.

Deze bevinding sluit aan bij internationale literatuur, waarin wordt beschreven dat er vaak een spanningsveld bestaat tussen de theoretisch verwachte rol van de huisarts in preventie en de praktische haalbaarheid ervan in de dagelijkse praktijk. Hoewel eerstelijnszorgverleners zich bewust zijn van hun sleutelpositie in vroege identificatie en preventie, ervaren zij in de praktijk aanzienlijke barrières, zoals tijdsgebrek, onvoldoende opleiding en beperkte middelen, wat de consistente implementatie van preventieve interventies bemoeilijkt. [22]

De preventieve rol van de huisarts kan worden versterkt door preventie structureel te integreren in bestaande contactmomenten, zoals routineconsultaties en groeicontroles. Internationale richtlijnen benadrukken dat vroegtijdige detectie en korte, herhaalde preventieve interventies in de eerstelijnszorg effectief kunnen zijn, mits ze haalbaar blijven binnen de consulttijd [5]. Daarnaast zou de taakdelegatie en nauwe samenwerking met andere eerstelijnsactoren, zoals diëtisten, CLB en Kind en Gezin, de uitvoerbaarheid van preventieve zorg kunnen verbeteren, waarbij de huisarts een coördinerende rol behoudt. Ten slotte tonen studies aan dat opleiding in motiverende gespreksvoering en het gebruik van gestandaardiseerde tools huisartsen kan ondersteunen om preventieve gesprekken efficiënter en effectiever te voeren. [5,23]

Diagnostiek

Uit deze studie blijkt dat de meerderheid van de respondenten overgewicht bij kinderen bepaalt aan de hand van BMI-berekeningen en/of het gebruik van leeftijds- en geslachtsafhankelijke groeicurven. Dit sluit aan bij verschillende richtlijnen,[24,25] die aanbevelen om bij jonge kinderen gebruik te maken van de gewichtsindex en vanaf ongeveer 9 jaar BMI-curven te hanteren tot de leeftijd van 18 jaar. Desondanks blijkt dat, hoewel een aanzienlijk aandeel van de huisartsen (75%) het diagnosticeren van overgewicht als een kernverantwoordelijkheid van de huisarts beschouwt, de uitvoering hiervan in de dagelijkse praktijk minder systematisch verloopt.

Het grootste deel van de respondenten rapporteert het gewicht en de lengte van kinderen enkel te meten bij een vermoeden van gewichtstoename of -afname, bij medicatiedosering of wanneer ouders of het kind hier expliciet om vragen. Slechts een beperkte groep huisartsen voert deze metingen minstens jaarlijks uit. Dit

staat in contrast met de richtlijn van Domus Medica,[4] die aanbeveelt om bij kinderen met een normaal gewicht minstens jaarlijks gewicht en lengte te meten, hoewel deze richtlijn dateert uit 2007. Op basis van deze bevindingen kan worden geconcludeerd dat systematische screening op overgewicht en obesitas in de huisartspraktijk beperkt is. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn tijdsdruk tijdens consultaties, terughoudendheid om het onderwerp aan te snijden uit angst voor stigmatisering, en het ontbreken van duidelijke, recente en praktisch toepasbare richtlijnen. [24,25] Gelijkaardige barrières worden ook internationaal beschreven, waarbij eerstelijnszorgverleners tijdsgebrek, onvoldoende training en bezorgdheid over negatieve reacties van patiënten of ouders rapporteren als belangrijke obstakels voor het bespreken en aanpakken van kinderobesitas. [26,27]

Er wordt aangegeven dat de hulpvraag het vaakst komt van de ouders of van een externe instantie, zoals kind en gezin of het CLB. Deze komt vaak niet spontaan van de huisarts. Voor vele artsen blijft overgewicht een gevoelig onderwerp. Huisartsen wachten soms op een expliciete vraag of aanleiding. Het blijft wel een gemiste kans op vroege detectie als het gesprek rond het thema niet wordt aangehaald.

Behandeling

Ongeveer de helft van de deelnemende huisartsen voelt zich onvoldoende bekwaam om overgewicht en obesitas bij kinderen te behandelen. Alle respondenten zijn het erover eens dat deze problematiek wel belangrijk is en een multidisciplinaire aanpak vereist. Deze discrepantie wijst op een kloof tussen het theoretisch erkende belang van multidisciplinaire zorg en de ervaren bekwaamheid in de praktijk. Mogelijke verklaringen zijn een gebrek aan vaardigheden rond gedragsverandering, beperkte vertrouwdheid met multidisciplinaire zorgmodellen en onvoldoende gebruik van bestaande richtlijnen. Dit sluit aan bij eerdere studies waarin huisartsen aangeven zich onvoldoende voorbereid te voelen op de behandeling van obesitas bij kinderen.[26,27,28]

De bekendheid met pediatrische multidisciplinaire obesitascentra blijkt beperkt, wat zich vertaalt in een zeer lage doorverwijzingsgraad. Als belangrijkste drempels worden ook onbekendheid met het zorgmodel, onduidelijke verwijzingsprocedures, beperkte regionale beschikbaarheid met lange wachttijden en financiële barrières genoemd. Het relatief jonge bestaan van deze centra kan bijdragen aan een gebrek aan ervaring en vertrouwen. Respondenten geven aan dat betere informatie en duidelijke communicatie rond het zorgmodel en de verwijzingsmogelijkheden belangrijke ondersteunende factoren zouden zijn.

Deze bevinding sluit aan bij eerdere studies waarin huisartsen aangeven dat onduidelijke verwijzingsprocedures, beperkte kennis van het beschikbare zorgaanbod en tijdsdruk belangrijke hinderpalen vormen voor effectieve multidisciplinaire samenwerking. [29,30] De vraag naar rechtstreekse communicatielijnen en digitale overlegmogelijkheden benadrukt bovendien het belang van efficiënte en toegankelijke communicatie tussen zorgverleners, en suggereert dat bestaande zorgmodellen onvoldoende zichtbaar of gebruiksvriendelijk zijn voor huisartsen.

Wat het doorverwijsgedrag betreft, worden kinderen met overgewicht of obesitas opmerkelijk vaker doorverwezen naar diëtisten dan naar psychologen, kinesisten of arts-specialisten. Dit patroon werd ook beschreven in eerdere studies en suggereert dat voedingsinterventies in de eerstelijnszorg vaak als het centrale behandelaspect worden beschouwd.[30,31] Hoewel dieetadvies een essentieel onderdeel vormt van

obesitasmanagement, kan deze focus leiden tot een onderbelichting van psychosociale en gedragsmatige factoren, die nochtans een belangrijke rol spelen in het ontstaan en het voortbestaan van overgewicht bij kinderen.

De beperkte betrokkenheid van psychologen en kinesisten kan deels verklaard worden door structurele barrières, zoals een gebrek aan formele samenwerkingsafspraken, beperkte communicatie tussen disciplines en onvoldoende kennis van het lokale zorgaanbod. Daarnaast vormt de beperkte terugbetaling van psychologische zorg een belangrijke drempel voor zowel huisartsen als gezinnen.

Deze barrières illustreren dat obesitaszorg bij kinderen een complex, chronisch en contextafhankelijk proces is, waarbij duurzame veranderingen tijd, ondersteuning en een langdurige betrokkenheid van zowel zorgverleners als gezinnen vereisen. Een effectieve aanpak vraagt daarom om een geïntegreerde en multidisciplinaire benadering, waarbij medische zorg wordt afgestemd op psychosociale, economische en maatschappelijke factoren. Dit onderzoek benadrukt het belang van structurele ondersteuning voor huisartsen om deze complexe zorg op een haalbare en toegankelijke manier te kunnen aanbieden.

Nieuwe zorgmodellen:

Recent zijn hiervoor nieuwe zorgmodellen opgesteld, zoals het zorgtraject obesitas bij kinderen en het EOSS-P model, een richtlijn voor de aanpak van overgewicht en obesitas. In dit onderzoek heeft meer dan de helft van de artsen nog nooit gehoord van het zorgtraject. Slechts 5 artsen kennen iemand of hebben een patiënt in de praktijk die zich in het zorgtraject bevindt, een bijzonder laag aantal dus. Bijna niemand is gekend met het EOSS-P-model en slechts één deelnemende arts maakt altijd gebruik van het EOSS-P-model bij de behandeling van obesitas. 45 van de 52 respondenten heeft nog nooit gebruik gemaakt van het model. Echter het EOSS-P model is veelbelovend,[15,32] maar het is nieuw en daarom bij velen nog onbekend. Er is momenteel ook nog weinig evidentie over de effectiviteit van het systematisch gebruik van het EOSS-P-model door huisartsen in termen van klinische uitkomsten. De beschikbare literatuur focust voornamelijk op validatie en klinische toepasbaarheid, terwijl studies naar implementatie en effectiviteit in de eerstelijnszorg ontbreken. [15,17,32] Dit kan mee verklaren waarom het model in de praktijk nog weinig bekend en gebruikt is. Er is nood aan extra onderzoek over de effectiviteit van het model.
Extra bijscholingen en motivatie gestuurd vanuit de overheid om dit model aan te leren zou eveneens zinvol zijn. De huisartsen staan open voor tools, maar kennen of gebruiken ze niet. Er bestaat een nood aan praktisch toepasbare, laagdrempelige instrumenten.

De resultaten suggereren dat effectieve obesitaszorg in de eerste lijn niet alleen afhankelijk is van de inzet van de huisarts, maar ook vraagt om voldoende consultatietijd, toegankelijke multidisciplinaire ondersteuning en structurele randvoorwaarden die samenwerking faciliteren. Zonder dergelijke ondersteuning blijft het voor huisartsen moeilijk om deze complexe en chronische problematiek duurzaam aan te pakken. [14]

Daarnaast wijzen de resultaten op implicaties voor opleiding en beleid. Het ervaren gebrek aan kennis en handelingszekerheid bij huisartsen benadrukt het belang van een versterking van het onderwijs rond overgewicht en obesitas bij kinderen, zowel tijdens de basisopleiding als binnen de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde. Bijkomende nascholingen, met aandacht voor gedragsveranderingstechnieken en multidisciplinaire zorg, kunnen bijdragen aan een grotere bekwaamheid en zelfvertrouwen in de praktijk.

Hierbij kan in de toekomst ingezet worden op het versterken van multidisciplinaire netwerken, het verbeteren van communicatie tussen eerste en tweede lijn en het verhogen van de zichtbaarheid en toegankelijkheid van gespecialiseerde zorg, zoals PMOC's. Duidelijke verwijzingsprocedures en laagdrempelige contactmogelijkheden werden hierboven al aangehaald als belangrijke factor.

Tot slot benadrukken de bevindingen de nood aan een bredere beleidsmatige aanpak, waarbij overheden sterker inzetten op preventieve maatregelen en educatieve campagnes gericht op kinderen en gezinnen, om zo de eerstelijnszorg te ondersteunen en de maatschappelijke impact van kinderobesitas te beperken.

Toekomst

Op basis van de resultaten van deze studie kunnen verschillende aanbevelingen geformuleerd worden voor toekomstig onderzoek. Aanvullend kwalitatief onderzoek, zoals interviews met huisartsen of andere eerstelijnszorgverleners, kan meer genuanceerd inzicht bieden in de achterliggende redenen van ervaren barrières, attitudes en doorverwijsgedrag in de obesitaszorg bij kinderen.

Daarnaast is verder onderzoek aangewezen naar de implementatie en het gebruik van bestaande zorgmodellen, zoals het EOSS-P-model, de Pediatrische Multidisciplinaire Obesitascentra (PMOC's) en het zorgtraject obesitas bij kinderen, om hun bekendheid, toegankelijkheid en effectiviteit in de eerstelijnszorg te evalueren.

Tot slot kunnen interventiestudies in de huisartspraktijk bijdragen aan het identificeren van haalbare en praktijkgerichte strategieën die huisartsen ondersteunen bij de preventie, vroeg detectie en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen.

Sterktes en beperkingen van de studie:

Deze studie kent verschillende sterktes. De vragenlijst is breed en gedetailleerd opgebouwd. Hierdoor werd een uitgebreid inzicht verkregen in de kennis, attitudes, ervaringen en noden van huisartsen met betrekking tot overgewicht en obesitas bij kinderen. De focus op de huisartspraktijk vormt een bijkomende meerwaarde, aangezien huisartsen een centrale rol innemen in de eerstelijnszorg en vaak het eerste aanspreekpunt zijn voor kinderen, gezinnen of andere organisaties. Bovendien werden praktijkgerichte thema's bevraagd, zoals preventie, diagnostiek, behandeling, doorverwijzing en multidisciplinaire samenwerking, wat de klinische relevantie van de bevindingen versterkt. Er werd gestreefd naar een zo hoog mogelijke validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek tijdens het opstellen van de vragenlijst, uitgebreid beschreven in de methode-sectie. Een aanzienlijke steekproefgrootte van 52 deelnemers werd gehaald.

Deze studie kent ook mogelijke beperkingen:

Wat betreft de representativiteit van de steekproef merken we op dat voornamelijk jonge huisartsen en huisartsen in opleiding deelnamen aan deze studie. Het merendeel van de respondenten (65,4%) was minder dan vijf jaar actief in de huisartspraktijk. Deze oververtegenwoordiging van recent afgestudeerde artsen kan een invloed hebben op de resultaten. Enerzijds beschikken jongere artsen mogelijk over meer actuele kennis van recente richtlijnen en zorgmodellen, terwijl zij anderzijds minder klinische ervaring en vertrouwen hebben dan artsen die al langer in de praktijk werkzaam zijn.

Daarnaast werkte ongeveer de helft van de respondenten in een landelijke omgeving, terwijl de andere helft actief was in een (rand)stedelijke context. Deze geografische spreiding kan eveneens een invloed hebben op factoren zoals de ervaren prevalentie van overgewicht en obesitas, de toegankelijkheid van gespecialiseerde zorg en de socio-economische problematiek binnen de patiëntenpopulatie. Bij de interpretatie van de resultaten dient daarom rekening te worden gehouden met het feit dat antwoorden mogelijk mede gekleurd zijn door demografische en contextuele kenmerken van de arts en de praktijk, waaronder leeftijd, geslacht, type praktijk en werkomgeving.

Aangezien dit onderzoek zich expliciet richt op de percepties en ervaringen van huisartsen, zijn de resultaten gebaseerd op subjectieve inschattingen. Dit vormt geen beperking op zich, maar impliceert wel dat de bevindingen geïnterpreteerd moeten worden in het licht van mogelijke overschatting of onderschatting van onder andere prevalentie en doorverwijsgedrag. Daarnaast kan selectie- en responsbias niet worden uitgesloten, aangezien huisartsen met een grotere interesse in het onderwerp mogelijk vaker deelnamen.

Verder werden geen objectieve prevalentiegegevens verzameld en laat het cross-sectionele onderzoeksdesign geen uitspraken toe over causale verbanden of evoluties in de tijd.

Conclusie

Deze studie onderzocht de kennis, attitudes, het klinisch handelen en de ervaren barrières van huisartsen met betrekking tot de preventie, diagnostiek en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen.

De resultaten tonen aan dat huisartsen hun rol erkennen, maar deze voornamelijk als gedeeld beschouwen. Diagnostiek gebeurt doorgaans aan de hand van BMI en groeicurven, maar systematische screening blijft beperkt. Een aanzienlijk deel van de huisartsen voelt zich onvoldoende bekwaam om deze problematiek te behandelen, ondanks de brede erkenning van het belang van een multidisciplinaire aanpak.

De implementatie van bestaande zorgmodellen, zoals het zorgtraject obesitas bij kinderen, pediatrische multidisciplinaire obesitascentra (PMOC's) en het EOSS-P-model, blijkt beperkt. Dit vertaalt zich in een lage bekendheid en doorverwijzingsgraad. Tijdsdruk, beperkte kennis van het zorgaanbod en organisatorische drempels bemoeilijken een effectieve aanpak in de eerstelijnszorg.

Deze bevindingen benadrukken de nood aan betere ondersteuning van huisartsen, onder meer via duidelijke richtlijnen, gerichte opleiding en een versterking van de multidisciplinaire samenwerking. Een meer geïntegreerde en toegankelijke aanpak is essentieel om de rol van de eerstelijnszorg in de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen te optimaliseren.

Dankwoord

Ik wens in de eerste plaats mijn promotor, Bert Vaes, en co-promotor, An Van Adorp, oprecht te bedanken voor hun waardevolle begeleiding, feedback en ondersteuning tijdens het tot stand komen van deze masterproef.

Daarnaast wil ik graag mijn praktijkopleiders, Sofie Vanderoost en Annick Du Rang, bedanken voor hun ideeën, advies, motivatie en blijvende ondersteuning gedurende mijn onderzoek.

Ook de steun en betrokkenheid van mijn mede-HAIO's uit de seminariegroepen en de stagecoördinatoren hebben een belangrijke bijdrage geleverd binnen dit traject.

Verder wil ik alle huisartsen die hebben deelgenomen aan mijn onderzoek hartelijk bedanken voor hun tijd en medewerking.

Tot slot ben ik heel dankbaar voor de onvoorwaardelijke steun van mijn familie, mijn mama, zussen en broer, en van mijn beste vrienden.

Referenties

1. Eshuis MS, El Hajoui M, Huls MHJ, van Kemenade JE, Oud M, Poldervaart JM, et al. **NHG-Standaard Obesitas**. Utrecht: Nederlandse Huisartsen Genootschap; 2020 Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas

2. Van den Broek N, et al. **Kinderen met obesitas**. Huisarts en Wetenschap. 2017;60(3):125–129. Beschikbaar op: https://www.henw.org/system/files/download/HW60-125.pdf

3. Drieskens S. **Gezondheidsenquête 2018: Voedingsstatus.** Sciensano 10/2019; 65:1-65. Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/ns_rapport2_his2018_nl_v3.pdf

4. Niesten L, Bruwier. **Obesitas bij kinderen** (Richtlijn). Domus Medica; 01/2007; (20)1-20 Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Obesitas%20bij%20kinderen_0.pdf

5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Obesity: identification, assessment and management**.(**CG189).** NICE; 2014 (update 2023). Beschikbaar op: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189

   Update 2025: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Overweight and obesity management**.(NG246) NICE; 2026 Jan 8. Beschikbaar op: https://www.nice.org.uk/guidance/ng246

6. Hampl S, Hassink S, Skinner A, et al. **Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity.** American Academy of Pediatrics (AAP).2023;151(2) Beschikbaar op: https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060640/190443/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Evaluation-and

7. BMJ Best Practice. **Obesity in children.** London: BMJ Publishing Group; 2018. Beschikbaar op: https://www.transformationpartners.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Obesity-in-Children-BMJ-best-practice.pdf

8. American Academy of Pediatrics. **Algorithm for the evaluation and treatment of childhood obesity**. AAP; 2017. Beschikbaar op: https://downloads.aap.org/AAP/PDF/Obesity/CPG-Obesity%20Algorithm%2011.17.pdf

9. Eetexpert vzw. **Gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren**. 2024. Beschikbaar op: https://eetexpert.be

10. Eetexpert vzw. **Stappenplan voor de huisarts: kinderen en jongeren met obesitas**. 2024. 130;1-130 Beschikbaar op: https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2024/05/Stappenplan-kinderen-en-jongeren-met-obesitas-voor-de-huisarts_Eetexpert-2024.pdf

11. Hadjiyannakis S, et al. **The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity**. Paediatr Child Health. 2016 Jan-Feb;21(1):21-6. doi: 10.1093/pch/21.1.21. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26941556/

12. Larsen, Lone M, Ledderer, Loni, Jarbøl, Dorte Ejg. **Management of Overweight during Childhood: A Focus Group Study on Health Professionals' Experiences in General Practice.** International Journal of Family Medicine, 2015;(6); Beschikbaar op: https://doi.org/10.1155/2015/248985

13. RIZIV. **Zorgtraject obesitas bij kinderen**. 2024. Beschikbaar op: https://www.riziv.fgov.be. 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

14. Schalkwijk AAH, Nijpels G, Bot SDM, Elders PJM. **Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands - a mixed methods approach.** BMC Health Serv Res. 2016; 8;16:83. doi: 10.1186/s12913-016-1324-7. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26955883/

15. De Wolf A, et al. **Optimizing Childhood Obesity Management: The Role of Edmonton Obesity Staging System in Personalized Care Pathways.** Life, 2024. 14(3), 319. https://www.mdpi.com/2075-1729/14/3/319

16. **Het EOSS-P-Model**; Beschikbaar op: https://eoss-p.com/en/content?id=17

17. "Het EOSS-P-Model aangepast aan de belgische context": Beschikbaar op https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2023/09/EOSS-P_aangepast-aan-Belgische-context_2025.pdf. Afkomstig van: Primus-de Jong Célia, Sabbe Kelly, Stordeur Sabine. **Ontwikkeling van een reeks kwaliteitsindicatoren om de kwaliteit te bewaken van de zorg die wordt verleend door pediatrische multidisciplinaire obesitascentra (PMOC)**. Health Services Research (HSR). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2023. KCE Reports 372. DOI: 10.57598/R372AS

18. Domus Medica. **Nieuwe zorgtrajecten voor kinderen en jongeren met obesitas en eetstoornissen. 2024. Beschikbaar op:** https://www.domusmedica.be/actueel/nieuwe-zorgtrajecten-voor-kinderen-en-jongeren-met-obesitas-en-eetstoornissen

19. Drieskens S, Charafeddine R, Boone C. **Gezondheidsenquête 2023: Gewichtsstatus** Sciensano; 2024; 39:1-39; Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/ns_report_nl_his2023.pdf

20. Eetexpert vzw. **Cijfers over gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren**. 2024. Beschikbaar op: https://eetexpert.be/cijfers-belgie-gewichtsproblemen-kinderen-en-jongeren

21. Kerr J, Patton G, Cini K et al. **Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global**

Burden of Disease Study 2021. The Lancet, 2025; 405, 785-812 Beschikbaar op: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00397-6/fulltext

22. van Gerwen M, et al. **Primary care physicians' knowledge, attitudes, beliefs and practices regarding childhood obesity: a systematic review.** Obes Rev. 2009 Mar;10(2):227-36. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00532.x. Bechikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19021874/

23. Resnicow K, et al. **Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT**. Pediatrics. 2015 Apr;135(4):649-57. doi: 10.1542/peds.2014-1880 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25825539/

24. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ). Richtlijn gewicht en eetgedrag. 2024. Beschikbaar op: https://www.vwvj.be/nl/kerninformatie-richtlijn-gewicht-en-eetgedrag

25. Eetexpert Vzw. **Overgewicht en obesitas**. 2024. Beschikbaar op: https://eetexpert.be/info-per-thema/overgewicht-en-obesitas/#overgewicht-en-obesitas-bij-kinderen

26. Rhee KE, et al. **Provider views on childhood obesity management in primary care settings: a mixed methods analysis**. BMC Health Serv Res. 2018 Jan 30;18(1):55. doi: 10.1186/s12913-018-2870-y Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29378579/

27. Gunasekaran V, Kapoor V, Chamarthi VS. **Childhood Obesity Prevalence and Prevention Strategies in Primary Care: A Comprehensive Review**. Cureus. 2025 Dec 4;17(12):e98456. doi: 10.7759/cureus.98456. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41487838/

28. O'Donnell JE, Foskett-Tharby R, Gill PS. **General practice views of managing childhood obesity in primary care: a qualitative analysis**. JRSM Open. 2017 Jun 5;8(6):2054270417693966. doi: 10.1177/2054270417693966. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28620503/

29. 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**. Obes Rev. 2022 Apr;23(4):e13417. doi: 10.1111/obr.13417. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35064723/

30. Gehring ND, et al. **Physician-related predictors of referral for multidisciplinary paediatric obesity management: a population-based study**. Fam Pract. 2021 Sep 25;38(5):576-581. doi: 10.1093/fampra/cmab019. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33755099/

31. Imoisili OE, et al. **Referrals and Management Strategies for Pediatric Obesity-DocStyles Survey 2017**. Front Pediatr. 2018 Dec 12;6:367. doi: 10.3389/fped.2018.00367. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30619783/

32. Southcombe F, et al. **More than just body mass index: Using the Edmonton obesity staging system for pediatrics to define obesity severity in a multi-ethnic Australian pediatric clinical cohort**. Obes Sci Pract. 2022 Dec 23;9(3):285-295. doi: 10.1002/osp4.648. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37287524/

Bijlagen

- Gunstig advies Ethisch comité
- Figuur 1: EOSS-P model
- Figuur 2: Tabel: Gezondheidsenquête Sciensano
- Vragenlijst huisartsen en referenties vragenlijst
- Figuur 3: Prevalentievragen met juiste antwoorden
- Tabel 1: Volledige lijst karakteristieken deelnemers
- Tabel 5: Wie draagt volgens u de grootste verantwoordelijkheid voor de preventie van overgewicht bij kinderen?
- Tabel 6: Diagnose
- Tabel 7: Behandeling
- Tabel 8: Open vraag: Welke maatregelen zou multidisciplinaire samenwerking voor u vergemakkelijken?
- Tabel 9: Therapeutische opties
- Tabel 10: Verbeteringsmogelijkheden
- Tabel 11: Suggesties en andere ervaringen, meningen, ideeën in de huisartsenpraktijk

Gunstig advies Ethisch Comité

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

English version below.

Ons kenmerk: MP033141
Uw kenmerk: Masterproef studie: Aandacht voor vroegtijdige opsporing van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk: Wat is de situatie bij huisartsen? **Leuven,** 09-12-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Professor Bert Vaes
Geachte Jill Vanthienen

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 09-12-2024

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.

Kwantitatieve vragenlijst-gebaseerde studie bij beroepsactive huisartsen en HAIO's naar inzicht, detectie, preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen. Doelgroep (50-100 artsen) wordt gecontacteerd via email - indien interesse. ICF en anonieme vragenlijst (zelf opgesteld na literatuuronderzoek). Enkele demografische gegevens van de deelnemers maar inderdaad anoniem. Veilige data opslag en verwerking. Er zijn geen bezwaren tegen deze studie.

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 01-12-2024 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 OnderwijsBegeleidings-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: MP033141
Your reference: Master's thesis study: Aandacht voor vroegtijdige opsporing van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk: Wat is de situatie bij huisartsen? **Leuven,** 09-12-2024

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Professor Bert Vaes
Dear Jill Vanthienen

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 09-12-2024

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.

Kwantitatieve vragenlijst-gebaseerde studie bij beroepsactieve huisartsen en HAIO's naar inzicht, detectie, preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen. Doelgroep (50-100 artsen) wordt gecontacteerd via email - indien interesse. ICF en anonieme vragenlijst (zelf opgesteld na literatuuronderzoek). Enkele demografische gegevens van de deelnemers maar inderdaad anoniem. Veilige data opslag en verwerking. Er zijn geen bezwaren tegen deze studie.

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 01-12-2024v 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

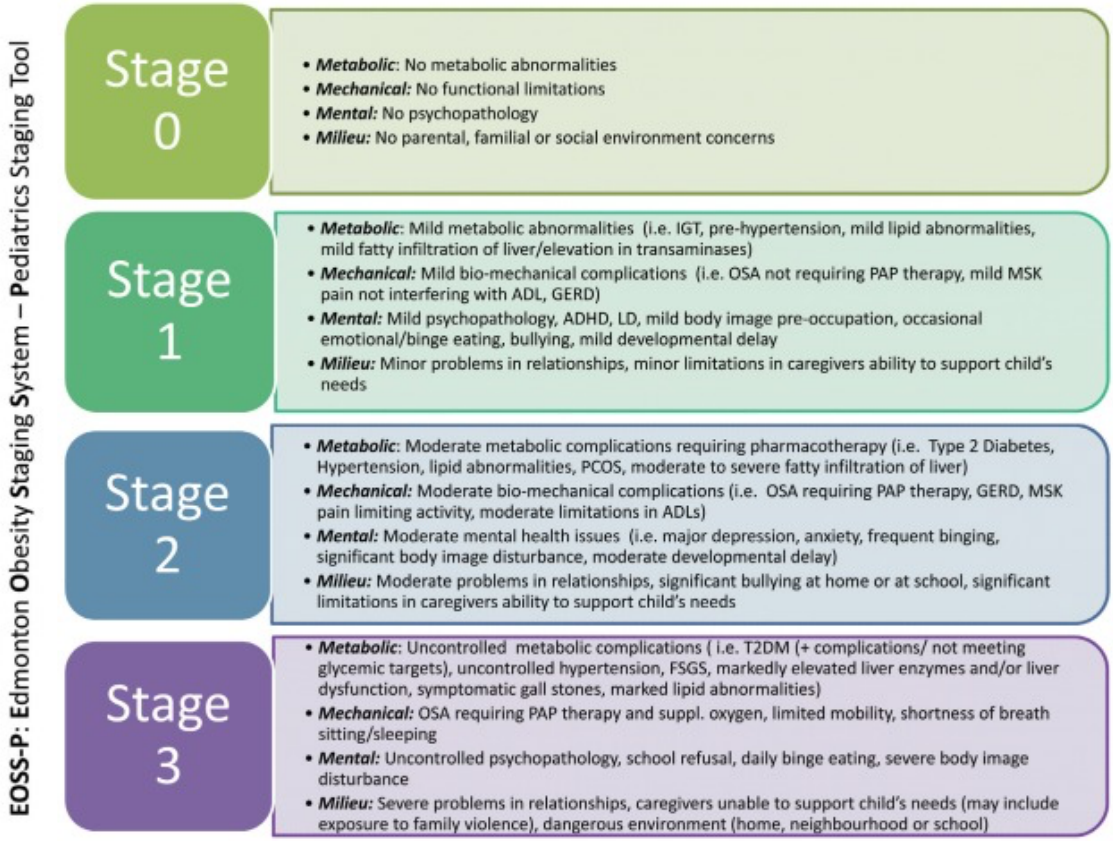
Points of Interests (if applicable)

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.

Figuur 1 : EOSS-P: Edmonton Obesity Staging System



Figuur 2: Tabel evolutie van de gewichtsstatus in België van Sciensano (3)

Tabel 2 • Evolutie van de gewichtsstatus in België van 2001 tot 2024, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Volwassen bevolking van 18 jaar en ouder						
• Gemiddelde BMI	25,0	25,1	25,2	25,4	25,6	25,8
• Percentage met overgewicht (BMI ≥ 25)	44,5	44,1	46,9	48,1	49,2	49,7
• Percentage met obesitas (BMI ≥ 30)	12,1	12,6	13,8	13,7	15,8	17,0
• Percentage met ondergewicht (BMI ≤ 18,5)	3,5	3,4	3,1	3,0	2,9	3,0
Jongeren van 2-17 jaar						
• Percentage met overgewicht	16,2	16,2	17,3	18,2	19,0	19,4
• Percentage met obesitas	4,9	5,3	4,7	6,3	5,8	4,8

Vragenlijst Huisartsen

Beste Huisarts,

Ik ben Jill Vanthienen, Huisarts In Opleiding aan de KULeuven. Ik werk momenteel aan mijn masterproef rond overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartsenpraktijk.

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de situatie bij huisartsen bij de opsporing, diagnose en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen. Uw antwoorden helpen om een beter inzicht te krijgen in de huidige situatie en mogelijke verbeterpunten binnen de huisartsgeneeskunde. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.

Er zijn 40 vragen in deze enquête.

Algemeen

Hoe oud bent u?
Vul uw antwoord hier in:

Hoelang bent u werkzaam als huisarts (in-opleiding)?
Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- <5 jaar
- 5-10 jaar
- 10-20 jaar
- 20-30 jaar
- > 30 jaar

Wat is uw geslacht?
Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Man
- Vrouw
- Anders

In welke soort praktijk bent u werkzaam?
Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Groepspraktijk
- Duopraktijk
- Solopraktijk
- Wijkgezondheidscentrum
- Overige

In welke omgeving werkt u?
Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Landelijk
- Stedelijk
- Randstedelijk
- Overige

Waar werkt u?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Antwerpen
- Brussel
- Limburg
- Oost-Vlaanderen
- Vlaams-Brabant
- West-Vlaanderen
- Wallonië

Prevalentie

Hoeveel procent van de kinderen in uw praktijk (2-18 jaar) denkt u dat overgewicht heeft?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- < 15%
- 15-25%
- 25-35%
- 35-45%
- > 45%

Hoeveel procent van de kinderen in uw praktijk (2-18jaar) denkt u dat obesitas heeft?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- < 5%
- 5-10%
- 10-15%
- 15-20%
- > 20%

Hoe denkt u dat de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen in de afgelopen 10-20 jaar is geëvolueerd?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Toegenomen
- Afgenomen
- Stabiel

Preventie

Preventie

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
De huisarts speelt een belangrijke rol in preventie van overgewicht bij kinderen.					

Wie draagt volgens u de grootste verantwoordelijkheid voor de preventie van overgewicht bij kinderen?

De antwoorden moeten verschillend zijn en moeten worden gerangschikt.
Bepaal voor elke optie het volgnummer van 1 tot 6

- Huisarts
- Ouders
- Kind zelf
- School ((hulp-)leerkrachten)
- Kind en gezin of CLB op consultatie
- Overheid (Campagnes, infosessies...)

Diagnose

Diagnose

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Sterk mee eens	**Mee eens**	**Neutraal**	**Mee oneens**	**Sterk mee oneens**
De huisarts speelt de belangrijkste rol in het diagnosticeren van overgewicht.					

Hoe vaak meet u het gewicht en de lengte bij kinderen (2-18jaar) die op consultatie komen?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Elk consult
- Minstens jaarlijks
- Alleen bij vermoeden van een gewichtstoename of -afname
- Alleen als ouders of kind hierom vragen
- Alleen voor medicatiedosering
- Overige

Op welke manier bepaalt u of een kind overgewicht heeft? (meerdere antwoorden mogelijk)

Alles selecteren wat van toepassing is
Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Gewicht
- BMI-berekening (gewicht en lengte)
- Gebruik van groeicurven
- Lichamelijk onderzoek
- Anamnese over eet- en beweeggedrag
- Overige:

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
Als huisarts meet u jaarlijks het gewicht en de lengte bij elk kind in je praktijk waarvan u GMD-houder bent					
Er komt vaak een hulpvraag over overgewicht of obesitas bij kinderen op mijn consultatie					

Van wie komt de hulpvraag rond het gewicht het vaakst?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ouders
- Het kind zelf
- School ((hulp)leerkrachten)
- CLB-arts
- Kind-en-Gezin
- Huisarts / U zelf
- Overige

Behandeling

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
Ik voel me voldoende bekwaam om overgewicht en obesitas bij kinderen te behandelen					
De behandeling van overgewicht en obesitas bij een kind is multidisciplinair					

Heeft u toegang tot richtlijnen of protocollen voor obesitasmanagement bij kinderen?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, ik gebruik ze regelmatig
- Ja, maar ik gebruik ze zelden
- Nee
- Overige

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Uitstekend	Goed	Neutraal	Slecht	Zeer slecht
Hoe beoordeelt u de kwaliteit van samenwerking met andere disciplines in obesitasmanagement?					
Hoe bekend bent u met het zorgmodel van de Pediatrische Multidisciplinaire Obesitascentra (PMOC's)?					

Heeft u ooit patiënten doorverwezen naar een PMOC?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, regelmatig
- Ja, niet vaak
- Nee, nog nooit
- Overige

Indien u nooit verwijst naar een PMOC, wat is daarvoor de belangrijkste reden?

Alles selecteren wat van toepassing is
Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Onbekendheid met het model
- Gebrek aan beschikbaarheid in de regio
- Onvoldoende informatie over verwijzingscentra
- Financiële drempels voor patiënten
- Overige:

Welke factoren zouden u helpen om vaker naar een PMOC door te verwijzen?

Alles selecteren wat van toepassing is
Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Meer informatie over het zorgmodel
- Duidelijke communicatie over verwijzingsprocedures
- Financiële ondersteuning voor patiënten
- Snellere toegankelijkheid van centra
- Overige:

Welke maatregelen zou multidisciplinaire samenwerking voor u vergemakkelijken?

Vul uw antwoord hier in:

Doorverwijzing

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Altijd	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Hoe vaak verwijst u kinderen met overgewicht door naar een (arts)specialist?					
Hoe vaak verwijst u kinderen met overgewicht of obesitas door naar een psycholoog?					
Hoe vaak verwijst u kinderen met overgewicht of obesitas door naar een diëtist?					
Hoe vaak verwijst u kinderen met overgewicht door naar een kinesist?					

Kent u artsspecialisten naar wie u een kind met overgewicht of obesitas kan doorverwijzen in uw regio?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, ik ken de gespecialiseerde zorgverleners in de buurt
- Nee, ik heb onvoldoende kennis over beschikbare zorgverleners
- Overige

Kent u een psycholoog in uw regio naar wie u een kind met overgewicht of obesitas kan doorverwijzen?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, ik ken de gespecialiseerde psychologen in de buurt
- Nee, ik heb onvoldoende kennis over beschikbare zorgverleners
- Overige

Kent u een diëtist in uw regio naar wie u een kind met overgewicht of obesitas kan doorverwijzen?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, ik ken de gespecialiseerde diëtisten in de buurt
- Nee, ik heb onvoldoende kennis over beschikbare zorgverleners
- Overige

Kent u een kinesist in uw regio naar wie u een kind met overgewicht of obesitas kan doorverwijzen?
Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, ik ken de gespecialiseerde kinesisten in de buurt
- Nee, ik heb onvoldoende kennis over beschikbare zorgverleners
- Overige

Welke barrières ervaart u bij het samenwerken met andere disciplines?

Alles selecteren wat van toepassing is
Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Gebrek aan communicatie
- Onvoldoende beschikbaarheid van specialisten
- Financiële drempels voor patiënten
- Onbekendheid van elkaars werkmethodes
- Geen formele samenwerkingsstructuur
- Overige:

Gebruikt u nog andere (buiten de hierboven genoemde) multidisciplinaire interventies in de behandeling van overgewicht en obesitas? Zo ja, welke?

Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

Therapeutische opties

Heeft u al gehoord van het "zorgtraject obesitas bij kinderen"?
Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Indien ja, weet u wat het zorgtraject obesitas bij kinderen inhoud?
Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee
- Overige

Kent u iemand of heeft u in uw praktijk een patiënt die zich in dit zorgtraject bevindt?
Kies één van de volgende antwoorden
Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

Heeft u al gehoord van het EOSS-P-model (Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P)?

Kies één van de volgende antwoorden

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee
- Overige

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Altijd	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Maakt u gebruik van het EOSS-P-Model bij de behandeling van obesitas?					
Hoe vaak wordt obesitasmanagement bij kinderen beperkt door tijdgebrek tijdens consultaties?					
In hoeverre is de terugbetaling van diëtisten en psychologen een barrière voor effectieve zorg?					
Hoe vaak worden patiëntenbehandelingen stopgezet door financiële beperkingen?					

Welke ondersteuning zou u helpen om obesitaszorg beter te integreren in uw praktijk?

Alles selecteren wat van toepassing is

Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Training in gedragsveranderingstechnieken
- Toegang tot praktische tools (bijv. ernstinschattingsmodellen zoals EOSS-P)
- Verlengde consultatieduur voor complexe gevallen
- Financiële stimulansen voor multidisciplinaire samenwerking
- Overige:

Verbeteringsmogelijkheden

Verbeteringsmogelijkheden

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
Ik ben genoeg geschoold over dit onderwerp tijdens mijn basis- en manamaopleiding					
Ik heb behoefte aan aanvullende training met betrekking tot dit onderwerp					
Ik zou een (regelmatige) bijscholing over dit onderwerp interessant vinden					
Kinderen en ouders krijgen genoeg basiseducatie in de schoolomgeving over gezonde levenstijl en lichaamsgewicht					
Er zijn genoeg vanuit de overheid georganiseerde campagnes met educatie voor (jonge) ouders over preventie van overgewicht en obesitas					
De overheid zou (nog) meer moeten inzetten op preventie van overgewicht.					

Wat zijn de grootste uitdagingen die u ervaart bij het behandelen van kinderen met overgewicht of obesitas?

Alles selecteren wat van toepassing is

Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Gebrek aan tijd tijdens consulten
- Onvoldoende kennis of training over het onderwerp
- Gebrek aan steun of kennis van ouders
- Onvoldoende toegang tot gespecialiseerde zorg
- Onvoldoende multidisciplinaire samenwerking (diëtisten, psychologen, ...)
- Onvoldoende samenwerking met scholen en gemeenschappen
- Verlies van motivatie of follow-up bij gezinnen
- Verschillen in cultuur en opvoeding die invloed hebben op eet- en beweeggewoonten
- Socio-economische factoren
- Onvoldoende middelen of ondersteuning
- Complexiteit van comorbiditeiten die de behandeling bemoeilijken
- Stigmatisering rondom overgewicht die het gesprek moeilijk maken
- Overige:

Heeft u suggesties voor verbeteringen in de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartspraktijk?

Vul alleen een opmerking in als u een antwoord kiest.
Kies alle voor u geldende mogelijkheden en geef een toelichting:

- Ja, namelijk:
- Nee

Wilt u nog iets anders toevoegen over uw ervaringen of ideeën met betrekking tot overgewicht bij kinderen?

Vul alleen een opmerking in als u een antwoord kiest.
Kies alle voor u geldende mogelijkheden en geef een toelichting:

- Ja, namelijk:
- Nee

Referentielijst ontwikkeling vragenlijst:

- Eshuis MS, El Hajoui M, Huls MHJ, van Kemenade JE, Oud M, Poldervaart JM, et al. NHG-Standaard Obesitas. Utrecht: Nederlandse Huisartsen Genootschap; 2020 Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas
- Drieskens S. Gezondheidsenquête 2018: Voedingsstatus. Sciensano 10/2019; 65:1-65. Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/ns_rapport2_his2018_nl_v3.pdf
- Niesten L, Bruwier. Obesitas bij kinderen (Richtlijn). Domus Medica; 01/2007; (20)1-20 Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Obesitas%20bij%20kinderen_0.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity: identification, assessment and management.(CG189). NICE; 2014 (update 2023). Beschikbaar op: https://www.nice.org.uk/guidance/cg189
- Update 2025: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Overweight and obesity management.(NG246) NICE; 2026 Jan 8. Beschikbaar op: https://www.nice.org.uk/guidance/ng246
- BMJ Best Practice. Obesity in children. London: BMJ Publishing Group; 2018. Beschikbaar op: https://www.transformationpartners.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Obesity-in-Children-BMJ-best-practice.pdf
- Hadjiyannakis S, et al.The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. Paediatr Child Health. 2016 Jan-Feb;21(1):21-6. doi: 10.1093/pch/21.1.21. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26941556/
- Drieskens S, Charafeddine R, Boone C. Gezondheidsenquête 2023: Gewichtsstatus Sciensano; 2024; 39:1-39; Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/ns_report_nl_his2023.pdf
- https://eoss-p.com/en/content?id=17
- https://survey.kuleuven.cloud/
- Microsoft Excell
- www.chatgpt.com

Figuur 3: Prevalentievragen en juiste antwoorden (op nationaal niveau)

Prevalentie

Hoeveel procent van de kinderen in uw praktijk (2-18 jaar) denkt u dat overgewicht heeft?

- < 15%
- 15-25%
- 25-35%
- 35-45%
- > 45%

Hoeveel procent van de kinderen in uw praktijk (2-18jaar) denkt u dat obesitas heeft?

- < 5%
- 5-10%
- 10-15%
- 15-20%
- > 20%

Hoe denkt u dat de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen in de afgelopen 10-20 jaar is geëvolueerd?

- Toegenomen
- Afgenomen
- Stabiel

Tabel 1: Karaktertistieken respondenten (volledige lijst)

Nummer	Geslacht	Leeftijd	Jaren ervaring	Soort praktijk	Provincie	Omgeving
1	Vrouw	56	> 30 jaar	Solopraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
2	Vrouw	25	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Stedelijk
3	Vrouw	25	< 5 jaar	Groepspraktijk	Antwerpen	Landelijk
4	Vrouw	25	< 5 jaar	Solopraktijk	Antwerpen	Landelijk
5	Man	25	< 5 jaar	Duopraktijk	Antwerpen	Landelijk
6	Man	27	< 5 jaar	Wijkgezondheidscentrum	West-Vlaanderen	Stedelijk
7	Man	54	20-30 jaar	Groepspraktijk	West-Vlaanderen	Landelijk
8	Vrouw	26	< 5 jaar	Groepspraktijk	Antwerpen	Landelijk
9	Man	32	5-10 jaar	Groepspraktijk	Antwerpen	Stedelijk
10	Vrouw	26	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
11	Vrouw	31	< 5 jaar	Groepspraktijk	Limburg	Landelijk
12	Vrouw	26	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
13	Vrouw	26	< 5 jaar	Wijkgezondheidscentrum	Antwerpen	Stedelijk
14	Vrouw	61	> 30 jaar	Groepspraktijk	Antwerpen	Landelijk
15	Vrouw	24	< 5 jaar	Groepspraktijk	Oost-Vlaanderen	Stedelijk
16	Vrouw	53	20-30 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
17	Vrouw	48	20-30 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
18	Vrouw	44	20-30 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
19	Vrouw	27	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
20	Vrouw	42	10-20 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
21	Vrouw	70	> 30 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
22	Vrouw	28	< 5 jaar	Groepspraktijk	Oost-Vlaanderen	Landelijk
23	Vrouw	30	5-10 jaar	Duopraktijk	Vlaams-Brabant	Stedelijk
24	Vrouw	36	< 5 jaar	Solopraktijk	Brussel	Stedelijk
25	Vrouw	27	< 5 jaar	Groepspraktijk	Antwerpen	Stedelijk
26	Vrouw	25	< 5 jaar	Duopraktijk	Brussel	Randstedelijk
27	Vrouw	42	10-20 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
28	Vrouw	34	5-10 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
29	Vrouw	50	20-30 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
30	Vrouw	38	10-20 jaar	Duopraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
31	Vrouw	28	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
32	Vrouw	27	< 5 jaar	Groepspraktijk	West-Vlaanderen	Randstedelijk
33	Vrouw	27	< 5 jaar	Wijkgezondheidscentrum	Oost-Vlaanderen	Randstedelijk
34	Vrouw	32	5-10 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
35	Vrouw	49	10-20 jaar	Solopraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
36	Vrouw	26	< 5 jaar	Groepspraktijk	Oost-Vlaanderen	Stedelijk
37	Vrouw	44	20-30 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
38	Vrouw	26	< 5 jaar	Duopraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
39	Man	28	< 5 jaar	Duopraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk

40	Vrouw	28	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
41	Vrouw	26	< 5 jaar	Groepspraktijk	Oost-Vlaanderen	Landelijk
42	Vrouw	26	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
43	Vrouw	29	< 5 jaar	Groepspraktijk	Antwerpen	Stedelijk
44	Vrouw	27	< 5 jaar	Groepspraktijk	Oost-Vlaanderen	Landelijk
45	Man	27	< 5 jaar	Duopraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
46	Man	27	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
47	Vrouw	24	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Landelijk
48	Man	28	20-30 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
49	Man	27	< 5 jaar	Groepspraktijk	Brussel	Stedelijk
50	Anders	24	< 5 jaar	Solopraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk
51	Man	27	< 5 jaar	Groepspraktijk	Antwerpen	Landelijk
52	Vrouw	27	< 5 jaar	Groepspraktijk	Vlaams-Brabant	Randstedelijk

Tabel 5: Wie draagt volgens u de grootste verantwoordelijkheid voor de preventie van overgewicht bij kinderen?(Rangschikken van 1 naar 6) 1= grootste verantwoordelijkheid, 6 = minst grootste verantwoordelijkheid

Rang 1

Antwoord	Telling	Percentage
Huisarts	1	1,92%
Ouders	**43**	**82,69%**
Kind zelf	0	0,00%
School ((hulp-)leerkrachten)	0	0,00%
Kind en gezin of CLB op consultatie	3	5,77%
Overheid (Campagnes, infosessies...)	5	9,62%

Rang 2

Antwoord	Telling	Percentage
Huisarts	6	11,54%
Ouders	7	13,46%
Kind zelf	7	13,46%
School ((hulp-)leerkrachten)	6	11,54%
Kind en gezin of CLB op consultatie	18	34,62%
Overheid (Campagnes, infosessies...)	8	15,38%

Rang 3

Antwoord	Telling	Percentage
Huisarts	23	44,23%
Ouders	2	3,85%
Kind zelf	4	7,69%
School ((hulp-)leerkrachten)	4	7,69%
Kind en gezin of CLB op consultatie	9	17,31%
Overheid (Campagnes, infosessies...)	10	19,23%

Rang 4

Antwoord	Telling	Percentage
Huisarts	15	28,85%
Ouders	0	0,00%
Kind zelf	6	11,54%
School ((hulp-)leerkrachten)	15	28,85%
Kind en gezin of CLB op consultatie	9	17,31%
Overheid (Campagnes, infosessies...)	7	13,46%

Rang 5

Antwoord	Telling	Percentage
Huisarts	7	13,46%
Ouders	0	0,00%
Kind zelf	6	11,54%
School ((hulp-)leerkrachten)	17	32,69%
Kind en gezin of CLB op consultatie	8	15,38%

Overheid (Campagnes, infosessies...)	14	26,92%

Rang 6

Antwoord	Telling	Percentage
Huisarts	0	0,00%
Ouders	0	0,00%
Kind zelf	29	55,77%
School ((hulp-)leerkrachten)	10	19,23%
Kind en gezin of CLB op consultatie	5	9,62%
Overheid (Campagnes, infosessies...)	8	15,38%

Tabel 6: Diagnose

De huisarts speelt de belangrijkste rol in het diagnosticeren van overgewicht.

Antwoord	Telling	Percentage
Sterk mee eens	16	30,77%
Mee eens	23	44,23%
Neutraal	8	15,38%
Mee oneens	5	9,62%
Sterk mee oneens	0	0,00%

Tabel 7: Behandeling

Ik voel me voldoende bekwaam om overgewicht en obesitas bij kinderen te behandelen

Antwoord	Telling	Percentage
Sterk mee eens	2	3,85%
Mee eens	14	26,92%
Neutraal	12	23,08%
Mee oneens	20	38,46%
Sterk mee oneens	4	7,69%

De behandeling van overgewicht en obesitas bij een kind is multidisciplinair

Antwoord	Telling	Percentage
Sterk mee eens	26	50,00%
Mee eens	24	46,15%
Neutraal	2	3,85%
Mee oneens	0	0,00%
Sterk mee oneens	0	0,00%

Heeft u toegang tot richtlijnen of protocollen voor obesitasmanagement bij kinderen?

Antwoord	Telling	Percentage
Ja, ik gebruik ze regelmatig	5	9,62%
Ja, maar ik gebruik ze zelden	25	48,08%
Nee	21	40,38%
Overige	1	1,92%

Hoe beoordeelt u de kwaliteit van samenwerking met andere disciplines in obesitasmanagement?

Antwoord	Telling	Percentage
Uitstekend	1	1,92%
Goed	11	21,15%
Neutraal	30	57,69%
Slecht	9	17,31%
Zeer slecht	1	1,92%

Tabel 8: Open vraag: Welke maatregelen zou multidisciplinaire samenwerking voor u vergemakkelijken?

Antwoorden:
Meer kennis
Nog geen kennis over, een snel-lijn voor huisartsen?
Zorgtraject met duidelijke communicatie.
Meer persoonlijke kennismaking met het systeem
Snelle respons
Geen idee eigenlijk
Ik heb tijdens mijn ziekenhuisstage op Pediatrie UZLeuven gestaan en heb zelf die obesitas consultaties moeten doen. Deze zijn dus zeer toegankelijk voor mij.
Meer verslagen of terugkeer van informatie vanuit 2e lijn
Duidelijk protocol en overzicht hulpverleners in de omgeving
Communicatie met verschillende disciplines.
Financiële barrières wegwerken. Meer beschikbaren kinderpsychologen en diëtisten in de buurt.
Communicatie online. Duidelijk model dat iedereen weet wat er kan en zou moeten gedaan worden
Infosessies
Organisatie van een LOK of andere bijscholing
Meer kennis over met wie we kunnen samenwerken
Rechtstreekse lijn voor huisartsen of een online afsprakensysteem om specialist/psycholoog/team te bereiken (met slots) zodanig dat de geen uren aan telefoon hangen om en wel toestemming hebben op bepaald uur te bellen
Bijscholing
Informatie en contact met de andere zorgverleners
Weten onder welke voorwaarden (BMI, comorbiditeiten) men een beroep kan doen op het PMOC. Bij overgewicht of niet-morbide obesitas vallen deze gevallen niet onder het obesitaszorgtraject van het RIZIV, waardoor er geen toegang is tot het PMOC
Sommige ouders ontkennen het probleem in eerste instantie, maar staan tijdens een tweede consult vaak meer open om erover te praten. Een brochure kan het denkproces bij ouders vergemakkelijken en hen inzicht geven in welke hulp beschikbaar is. Sommige tieners geven aan dat hun gewicht hen niet stoort, terwijl ze vaak komen voor een schoolattest. Gaat het om schoolverzuim? Psychosociale problemen? Soms geeft de patiënt geen toestemming aan de arts om het gesprek aan te gaan. In dat geval kan een brochure een zachte manier zijn om het thema toch aan te reiken, iets dat de tiener of de ouders later in alle rust kunnen lezen.
Grotere bekendheid, duidelijke en overzichtelijke info over de werking
Info
Spontane informatie aan huisartsen
Vlotte toegankelijk na doorverwijzing
Toegankelijkheid verbeteren
Duidelijke contactgegevens en manieren
Meer info
Informatie over beschikbare instanties. Vaste contactmomenten met huisartsen organiseren
Betere communicatie, een platform
Groene lijn naar die centra
Alle beschikbare paramedici met contactgegevens verzameld op 1 platform
Eerste lijn communicatie
Meer informatie omtrent PMOC, duidelijke website met hoe aan te melden, verwachtingen, wat ze precies doen,...
Vast zorgplan.
Iemand laagdrempelig kunnen doorsturen. Zorgverleners die bereikbaar zijn als je hun belt of de mogelijkheid om hen (via siilo) een bericht te sturen.
Gemakkelijk overleg, brochures,
Informatie rond de samenwerking. Bv infosessie via de LOK, ...
Toegankelijkheid/informatie
Eenvoudige bereikbaar telefonisch overleg
Infosessies, voorstelling,

Infosessies
Zorgpad
Open communicatie
Een online hub of folder waar huisartsen een opsomming zien van de beschikbare doorverwijsmogelijkheden per indicatie/pathologie.
Meer tijd als huisarts. Hier is weinig ruimte voor.
Rechtstreekse lijn, korte wachttijden voor verwijzing

Tabel 9: Therapeutische opties:

Therapeutische opties:

Hoe bekend bent u met het zorgmodel van de Pediatrische Multidisciplinaire Obesitascentra (PMOC's)?

Antwoord	Telling	Percentage
Uitstekend	1	1,92%
Goed	3	5,77%
Neutraal	9	17,31%
Slecht	18	34,62%
Zeer slecht	21	40,38%

Heeft u ooit patiënten doorverwezen naar een PMOC?

Antwoord	Telling	Percentage
Ja, regelmatig	1	1,92%
Ja, niet vaak	7	13,46%
Nee, nog nooit	42	80,77%
Overige	2	3,85%

Indien u nooit verwijst naar een PMOC, wat is daarvoor de belangrijkste reden?

Antwoord	Telling	Percentage
Onbekendheid met het model	36	69,23%
Gebrek aan beschikbaarheid in de regio	5	9,62%
Onvoldoende informatie over verwijzingscentra	16	30,77%
Financiële drempels voor patiënten	4	7,69%
Overige	6	11,54%

Welke factoren zouden u helpen om vaker naar een PMOC door te verwijzen?

Antwoord	Telling	Percentage
Meer informatie over het zorgmodel	46	88,46%
Duidelijke communicatie over verwijzingsprocedures	32	61,54%
Financiële ondersteuning voor patiënten	11	21,15%
Snellere toegankelijkheid van centra	19	36,54%
Overige	0	0,00%

Verwijzing:

Hoe vaak verwijst u kinderen met overgewicht door naar een arts-specialist?

Antwoord	Telling	Percentage
Altijd	2	3,85%
Vaak	6	11,54%
Soms	32	61,54%
Zelden	11	21,15%
Nooit	1	1,92%

Kent u arts-specialisten naar wie u een kind met overgewicht of obesitas kan doorverwijzen in uw regio?

Ja, ik ken de gespecialiseerde zorgverleners in de buurt	24	46,15%
Nee, ik heb onvoldoende kennis over beschikbare zorgverleners	28	53,85%

Hoe vaak verwijst u kinderen met overgewicht of obesitas door naar een psycholoog?

Antwoord	Telling	Percentage
Altijd	1	1,92%

Vaak	7	13,46%
Soms	26	50,00%
Zelden	10	19,23%
Nooit	8	15,38%

Kent u een psycholoog in uw regio naar wie u een kind met overgewicht of obesitas kan doorverwijzen?

Ja, ik ken de gespecialiseerde psychologen in de buurt	10	19,23%
Nee, ik heb onvoldoende kennis over beschikbare zorgverleners	40	76,92%

Hoe vaak verwijst u kinderen met overgewicht of obesitas door naar een diëtist?

Antwoord	Telling	Percentage
Altijd	9	17,31%
Vaak	21	40,38%
Soms	18	34,62%
Zelden	3	5,77%
Nooit	1	1,92%

Kent u een diëtist in uw regio naar wie u een kind met overgewicht of obesitas kan doorverwijzen?

Ja, ik ken de gespecialiseerde diëtisten in de buurt	28	53,85%
Nee, ik heb onvoldoende kennis over beschikbare zorgverleners	22	42,31%

Hoe vaak verwijst u kinderen met overgewicht door naar een kinesist?

Antwoord	Telling	Percentage
Altijd	0	0,00%
Vaak	7	13,46%
Soms	17	32,69%
Zelden	16	30,77%
Nooit	12	23,08%

Kent u een kinesist in uw regio naar wie u een kind met overgewicht of obesitas kan doorverwijzen?

Ja, ik ken de gespecialiseerde kinesisten in de buurt	11	21,15%
Nee, ik heb onvoldoende kennis over beschikbare zorgverleners	40	76,92%

Heeft u al gehoord van het “zorgtraject obesitas bij kinderen?

Antwoord	Telling	Percentage
Ja	23	44,23%
Nee	29	55,77%

Indien ja, weet u wat het zorgtraject obesitas bij kinderen inhoud?

Antwoord	Telling	Percentage
Ja	7	13,46%
Nee	42	80,77%
Overige	3	5,77%

Kent u iemand of heeft u in uw praktijk een patiënt die zich in dit zorgtraject bevindt?

Antwoord	Telling	Percentage
Ja	5	9,62%
Nee	47	90,38%

Heeft u al gehoord van het EOSS-P-model (Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P)?

Antwoord	Telling	Percentage
Ja	9	17,31%
Nee	43	82,69%

Maakt u gebruik van het EOSS-P-Model bij de behandeling van obesitas?

Antwoord	Telling	Percentage
Altijd	1	1,92%
Vaak	0	0,00%
Soms	4	7,69%
Zelden	2	3,85%
Nooit	45	86,54%

Welke ondersteuning zou u helpen om obesitaszorg beter te integreren in uw praktijk?

Antwoord	Telling	Percentage
Training in gedragsveranderingstechnieken	31	59,62%
Toegang tot praktische tools (bijv. ernstinschattingsmodellen zoals EOSS-P)	47	90,38%
Verlengde consultatieduur voor complexe gevallen	28	53,85%
Financiële stimulansen voor multidisciplinaire samenwerking	31	59,62%

Tabel 10: Verbeteringsmogelijkheden:

Ik ben genoeg geschoold over dit onderwerp tijdens mijn basis- en ManaMa-opleiding

Antwoord	Telling	Percentage
Sterk mee eens	1	1,92%
Mee eens	1	1,92%
Neutraal	9	17,31%
Mee oneens	30	57,69%
Sterk mee oneens	11	21,15%

Ik heb behoefte aan aanvullende training met betrekking tot dit onderwerp

Antwoord	Telling	Percentage
Sterk mee eens	11	21,15%
Mee eens	36	69,23%
Neutraal	3	5,77%
Mee oneens	2	3,85%

Ik zou een (regelmatige) bijscholing over dit onderwerp interessant vinden

Antwoord	Telling	Percentage
Sterk mee eens	14	26,92%
Mee eens	30	57,69%
Neutraal	6	11,54%
Mee oneens	2	3,85%
Sterk mee oneens	0	0,00%

De overheid zou (nog) meer moeten inzetten op preventie van overgewicht

Antwoord	Telling	Percentage
Sterk mee eens	23	44,23%
Mee eens	23	44,23%
Neutraal	4	7,69%
Mee oneens	2	3,85%
Sterk mee oneens	0	0,00%

Tabel 11: Suggesties en andere ervaringen, meningen, ideeën in de huisartsenpraktijk

Suggesties voor verbeteringen in de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de huisartspraktijk?

Meer bijscholing over obesitas bij kinderen
Praktische verwijstools en infosessies rond aanbod psychologen en diëtisten in omgeving die hier ervaring mee hebben
Meer kennis
Van jongs af aan inzetten op emotieregulatie
Bij elk consult wegen en meten (niet iedereen doet dit) om op zijn minst overgewicht op te sporen, en doorverwijzen als men zich niet in staat voelt om de behandeling op zich te nemen.
Beter werken met CLB. Overgewicht/ obesitas is even belangrijk als vaccinatie voor een kind.
Bijscholing hieromtrent, concretere handvaten
Contact tussen CLB en huisarts bij vaststellen obesitas op medisch onderzoek?
Zorgtraject met eenmalig consult specialist doch nadien enkel huisarts/psycholoog/kinesist vlak bij huis
Praktische tool geïntegreerd in medisch dossier zou handig zijn.

Ervaringen, ideeën of andere mening met betrekking tot overgewicht bij kinderen?

Vaak willen de jongere of de ouderen niet naar een psycholoog, diëtist of PMOC. Ik vermoed dat dit voelt als een grote stap, meer inzet vraagt en kost geld.
Betere opvolging via CLB en K&G gewenst + educatie ouders
Het onderwerp meer bespreekbaar maken. Het is geen body shaming als een arts over het gewicht praat. Het blijft gevoelig, maar sensibiliseren is belangrijk. Daar zit ik vast soms.
Vaak eetbuien waar emotionele moeilijkheden achterzitten.