Overgewicht bij kinderen
de rol van de huisarts in een multidisciplinaire aanpak

Lieselot Polfliet, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort, KU Leuven

Co-promotor: Liesbet Boone, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context:
De prevalentie van obesitas bij kinderen neemt de laatste jaren alarmerende proporties aan. Dit zorgt voor een grote bedreiging van de gezondheid van kinderen en volwassenen en de aanpak ervan is één van de belangrijkste uitdagingen in de publieke gezondheidszorg van de 21ste eeuw. Uit onderzoek blijkt dat de meest efficiënte behandeling van overgewicht bij kinderen bestaat uit een multidisciplinaire aanpak. In deze masterproef wordt onderzocht hoe de huisarts hierin een rol kan spelen.

Onderzoeksvragen:
1) Wat is de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen volgens de verschillende betrokken actoren?
2) Wat zijn volgens hen de opportuniteiten/meerwaarde van het organiseren van een multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen in eerste lijn?
3) Wat zijn volgens hen mogelijke belemmeringen/moeilijkheden bij de organisatie in eerste lijn?

Methode:
Het onderzoek gebeurde door middel van semi-gestructureerde interviews met de verschillende actoren die betrokken zijn in de aanpak van overgewicht bij kinderen in WGC Watersportbaan: de huisartsen, de zorgverstrekkers van een multidisciplinair behandelingsteam in twee ziekenhuizen in Gent en de ouders van kinderen met overgewicht of obesitas.

Resultaten:
Alle actoren geven aan dat de belangrijkste rol van de huisarts ligt in het opmerken en bespreekbaar maken van het overgewicht. De zorgverstrekkers zien de behandeling het liefst gebeuren in een gespecialiseerd, multidisciplinair programma in tweede lijn met als voornaamste argumenten de expertise en de aanwezigheid van de verschillende disciplines op één locatie. Tijdens de behandeling speelt de huisarts voornamelijk een ondersteunende rol en na afloop dient hij de patiënt en het volhouden van de aangeleerde gedragsverandering goed op te volgen.

Conclusie:
Om bij de behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen zo optimaal mogelijk gebruik te maken van de verschillende zorgmogelijkheden is het belangrijk dat de huisarts een goede ernstinschatting doet en, bij de juiste indicatie, ouders en kinderen motiveert om deel te nemen aan een georganiseerde multidisciplinaire aanpak in tweede lijn. Een goede overdracht van informatie over de context van de patiënt tussen de betrokken partijen is hierbij cruciaal. Op beleidsniveau is het nodig dat er beslissingen worden gemaakt die de (financiële) drempels wegwerken om aan een dergelijk programma deel te nemen.

Trefwoorden: obesitas, kinderen, huisarts, eerstelijnsgeneeskunde
ICPC: [T83] overgewicht, [T82] adipositas

Emailadres: lieselot.polfliet@gmail.com

Inhoudstafel

Inleiding 1

Materialen en methoden 3

Literatuurstudie 4

Wat zegt men in de literatuur over de aanpak van overgewicht bij kinderen? 4

Wat is de rol van de huisarts in de aanpak? 4

Resultaten 11

Kwalitatieve bevraging bij de huisartsen 11

Kwalitatieve bevraging bij de zorgverstrekkers in een multidisciplinair gewichtszorgprogramma 13

Kwalitatieve bevraging bij de patiënten 15

Discussie 16

Wat is de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen volgens de verschillende betrokken actoren? 16

Wat zijn volgens hen de opportuniteiten/meerwaarde van het organiseren van een multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen in eerste lijn? 17

Wat zijn volgens hen mogelijke belemmeringen/moeilijkheden bij de organisatie in eerste lijn? 17

Sterktes en zwaktes van het onderzoek 17

Algemeen besluit en toekomstperspectief 18

Dankwoord 19

Bronnen 20

Bijlagen 21

Gunstig advies Ethisch Comité 21

Goedgekeurd protocol 21

Interview huisartsen 23

Interview zorgverstrekkers in tweede lijn 23

Interview patiënten 24

Inleiding

Obesitas in de kindertijd is volgens de Wereldgezondheidsorganisatie één van de belangrijkste uitdagingen in de publieke gezondheidszorg van de 21ste eeuw. Het heeft fysieke en psychologische gevolgen op de gezondheid, kan bijdragen aan emotionele- en gedragsproblemen en verlaagt het opleidingsniveau. Bovendien is het een sterke voorspeller voor obesitas in de volwassenheid met gevolgen voor de gezondheid en economie van het individu en de samenleving. Recent verscheen in The Lancet een rapport waarin nogmaals wordt benadrukt dat het dringend tijd is voor actie. Volgens de auteurs is het de primaire verantwoordelijkheid van de overheden om ervoor te zorgen dat het beleid en de acties de obesogene samenleving aanpakken en om begeleiding en ondersteuning te bieden voor een optimale ontwikkeling in elke levensfase (1).

Obesitas bij kinderen betreft een complex en multifactorieel probleem waarvoor geen pasklare oplossing voorhanden is. Voor de behandeling raadt men een multidisciplinaire aanpak aan waarbij er aandacht gaat naar deze verschillende factoren en de huisarts een centrale, coördinerende rol kan hebben. Alle aspecten van de huisartsgeneeskunde komen hierbij aan bod: een goede vertrouwensrelatie met kind en ouders, samenwerking met andere hulpverleners, het bieden van gezondheidsvoorlichting, empowerment van de patiënt, het motiveren tot gedragsverandering, etc.

Bovengenoemde zaken hebben er dan ook voor gezorgd dat het onderwerp ‘overgewicht bij kinderen’ de interesse van zowel mezelf, als mijn mede-haio Shari Vandenbosch, heeft aangewakkerd en ons heeft doen besluiten hierover een duo-masterproef te maken.

Na een eerste praktijkonderzoek werd duidelijk dat in de beide wijkgezondheidscentra waar we onze huisartsenopleiding volgen de prevalentiecijfers niet overeenstemden met de Vlaamse/Belgische prevalentiecijfers van overgewicht bij kinderen. Bovendien gaven de artsen aan veel drempels te ervaren bij het bespreken van het overgewicht. Initieel was het dan ook de bedoeling dat we ons beiden zouden richten op het verbeteren van de detectie en registratie in onze praktijk door een protocol, ontwikkeld door de gezondheidspromotoren van WGC Brugse Poort, te implementeren en evalueren. Echter naarmate ik meer over het onderwerp begon te lezen, vond ik dat het een gemis zou zijn als we niet ook de aanpak zouden belichten. Het was voornamelijk de rol van de huisarts als motivator tot gedragsverandering die mijn aandacht wekte. In de loop van het thesisproces veranderde de insteek van mijn masterproef en aanpak van het onderzoek verschillende keren om uiteindelijk te komen tot volgende drie onderzoeksvragen:

1. Wat is de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen volgens de verschillende betrokken actoren?
2. Wat zijn volgens hen de opportuniteiten/meerwaarde van het organiseren van een multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen in eerste lijn?
3. Wat zijn volgens hen mogelijke belemmeringen/moeilijkheden bij de organisatie in eerste lijn?

In deze thesis wordt eerst beschreven wat de aanbevelingen zijn voor de aanpak van overgewicht bij kinderen. Vervolgens beschrijf ik de resultaten van de interviews die ik afnam bij de drie actoren betrokken bij de aanpak van overgewicht bij kinderen: het kind en de ouders, de huisartsen van WGC Watersportbaan en de zorgverstrekkers van twee multidisciplinaire gewichtszorgprogramma's in een perifeer ziekenhuis in Gent. Ten slotte formuleer ik, op basis van deze resultaten, de antwoorden op mijn onderzoeksvragen om uiteindelijk te komen tot enkele aanbevelingen die (hopelijk) de aanpak van overgewicht/obesitas bij kinderen in de eerste lijn voor de huisarts gemakkelijker kan maken.

Materialen en methoden

In de zoektocht naar relevante literatuur over de aanpak van overgewicht/obesitas bij kinderen werd eerst en vooral gebruik gemaakt van bestaande, Vlaamse, Nederlandse en huisarts-gerichte aanbevelingen hierrond: het draaiboek voor huisartsen van vzw Eetexpert.be, de richtlijn van Domus Medica, de BASO-richtlijn, het boek 'Kinderen met overgewicht, diagnostiek en behandeling voor de professional' van Braet et al., de CBO-richtlijn en NHG-standaard. Via de referentielijst werden andere relevante artikels opgezocht. In Pubmed werd nog gezocht naar aanvullende artikels over het onderwerp door gebruik te maken van de MeSH-termen *'Childhood obesity'*, *'treatment'* en *'mental health'*.

Het onderzoek gebeurde door middel van semi-gestructureerde interviews met de verschillende actoren die betrokken zijn in de aanpak van overgewicht bij kinderen in WGC Watersportbaan. De vragen werden door mezelf, in overleg met mijn promotor, opgesteld op basis van mijn onderzoeksvragen en wat gevonden werd in de literatuur. Ze peilen voornamelijk naar de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht en de mogelijke drempels en moeilijkheden, maar ook naar de voordelen van een multidisciplinaire aanpak georganiseerd in zowel eerste als tweede lijn. Met 'eerste lijn' wordt de huisartsensetting bedoeld en de disciplines die zich niet in een ziekenhuis bevinden. Met 'tweede lijn' wordt een multidisciplinair team bedoeld met een ambulant programma voor de behandeling van overgewicht bij kinderen in het ziekenhuis zelf. De vragen van de drie interviews zijn als bijlage aan deze studie toegevoegd.

De huisartsen die werden geïnterviewd zijn vier artsen van WGC Watersportbaan in Gent. Voor de interviews bij de zorgverstrekkers in tweede lijn werden de teams aangesproken van twee perifere ziekenhuizen in Gent, namelijk AZ Jan Palfijn en AZ Sint-Lucas. Zij bieden beiden een multidisciplinair programma aan voor de behandeling van overgewicht bij kinderen. Het team bestaat telkens uit een pediater, een diëtist, een kinderpsycholoog en een kinesist of bewegingsdeskundige. Na een voorstelling van mijn MaNaMa-proef op een teamvergadering waren zij allen bereid hieraan deel te nemen en heb ik in totaal acht zorgverstrekkers in tweede lijn geïnterviewd.
Een eerste selectie van patiënten werd gemaakt op basis van de zorgelementen overgewicht (ICPC-code T83) en obesitas (ICPC-code T82). Er werd vervolgens een planning aangemaakt om de patiënten tijdens een consultatie aan te spreken en te vragen of ze bereid waren deel te nemen aan een onderzoek rond de aanpak van overgewicht bij kinderen. Na een mondelinge en schriftelijke uitleg over het onderzoek werd hen gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen. Er waren uiteindelijk drie patiënten die bereid waren deel te nemen. Het interview vond plaats bij de patiënten thuis.

De verwerking van de resultaten gebeurde door op te tellen hoe vaak een welbepaalde opinie terugkwam en deze vervolgens beschrijvend te analyseren. Uit deze analyses werden tenslotte enkele conclusies en antwoorden op mijn onderzoeksvragen geformuleerd.

Literatuurstudie

Wat zegt men in de literatuur over de aanpak van overgewicht bij kinderen?

Het behandelingsdoel, kaderend in een biopsychosociaal model

Eet- en gewichtsproblemen bij kinderen worden beïnvloed door zowel genetische, als biologische -, ontwikkelings- en psychosociale factoren. Dit maakt van overgewicht of obesitas een complex gegeven en vergt van de hulpverlener een ruimere kijk dan alleen maar aandacht voor de specifieke klacht, gedrag of symptoom. Zowel bij de diagnose als bij de aanpak dient men dan ook rekening te houden met dit biopsychosociale model. (2, 3)

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat werkzame behandelingen gewichtscontrole (in plaats van gewichtsverlies) nastreven. Bij de behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas moet men dus gericht zijn op het aanleren van een gezondere levensstijl en het ontwikkelen van een evenwichtige eet- en beweegstructuur, in plaats van op gewichtsverlies en een eenzijdige accentuering van dieet. Een multidisciplinaire interventie waarin voedingsadvies, beweging en een gedragsverandering parallel worden nagestreefd is de gouden standaard. (2, 4) Bovendien is ouderlijke betrokkenheid een belangrijke factor bij gedragstherapeutische programma's, voornamelijk in de pre-adolescentie (5).

Bij problemen met gewicht, eten en voeding bij kinderen pleit men ervoor een goede inschatting en begeleiding steeds te situeren tegen de achtergrond van het algemeen welzijn en welbevinden van het kind. Zoals eerder gezegd kan een te eenzijdige focus op eetgedrag, voeding en gewicht juist problematiserend werken. (2)

Wat is de rol van de huisarts in de aanpak?

De brede kijk van de huisartspraktijk zorgt ervoor dat de huisarts de aangewezen persoon is om zowel diagnostiek als behandeling te organiseren in een multidisciplinaire context. (2) Afhankelijk van deze ernstinschatting kan de huisarts vervolgens beslissen welke verdere stappen er in de behandeling worden genomen.

In het volgende deel zullen eerst verschillende stadiëringssystemen besproken worden die de huisarts kan gebruiken om de ernst van het probleem in te schatten. Vervolgens zullen verschillende behandelingsopties kort worden toegelicht. Voor de stappen die voorafgaan aan de ernstinschatting en behandeling, zoals de detectie, anamnese en klinisch onderzoek, verwijs ik naar de masterproef *'Overgewicht bij kinderen: implementatie en evaluatie van een protocol in twee Gentse wijkgezondheidscentra'* van Shari Vandenbosch.

Diagnose en ernstinschatting

Bij de evaluatie van overgewicht bekijkt men wat de ernst van het probleem is. De zorgverlener dient hierbij gebruik te maken van zijn/haar klinische blik en de voorgeschiedenis van het kind.

De verschillende richtlijnen zijn het erover eens dat men gewichtsproblemen niet alleen mag definiëren volgens de BMI (body mass index). Aanvullend moet obesitas-gerelateerde co- en multimorbiditeit in kaart worden gebracht en moet een analyse plaatsvinden van mogelijke barrières voor een goede gewichtscontrole (zoals bvb. persoonsgegevens en gezinssituatie). Op basis daarvan kan de ernst worden ingeschat en zal bepaald worden welke verdere stappen moeten ondernomen worden. (2, 3, 6) Om de ernst van het gewichtsprobleem op een systematische manier te beoordelen, worden verschillende modellen voorgesteld.

Volgens Eetexpert zijn volgende factoren indicaties voor opvolging en verdere behandeling: obesitas of overgewicht met een gestoord welbevinden, alsook twee of meer risicofactoren uit onderstaande tabel of een afwijkende voeding of eetgedrag waarbij opvoedingsadvies niet volstaat. (2)

Risicofactoren	*Beschermende factoren*
	Kindfactoren
Geboortecomplicaties (prematuriteit, dysmaturiteit, langdurige sondevoeding,..) Temperament Negatief zelfbeeld, gebrek aan zelfvertrouwen, faalangst Negatief lichaamsbeeld / sterke focus op het uiterlijk Perfectionisme Afhankelijk van goedkeuring van anderen Kan moeilijk gevoelens uiten Lijngedrag Aanleg voor overgewicht Aanleg voor depressie of verslaving Ontwikkelingsstoornis (vb. autisme spectrum stoornis)	Voldoende sociale vaardigheden Bestendig tegen sociale druk Goed welbevinden Meer aandacht voor welbevinden dan uiterlijk
	Ouderfactoren
De opvoedingsstijl van de ouders (autoritair, permissief, nalatig) Sterke focus op het uiterlijk Prestatiegerichtheid Lijngedrag Psychische problemen bij ouders (depressie, verslaving, eetstoornis)	Goede gezondheid Stabiele persoonlijkheid Opvoedingscompetentie
	Gezinsfactoren
Echtscheiding & conflicten Geweld, verwaarlozing, mishandeling partner Ingrijpende gebeurtenissen bij gezinsleden Problematische communicatie, weinig uiting van gevoelens	Stabiele, evenwichtige gezinsrelaties
	Omgevings- en sociale factoren
Isolement, gepest worden Gebrekkige sociale bindingen Conflicten Competitiesport en ballet	Aanwezigheid van vertrouwensfiguur Aanwezigheid van vriendjes Sociale steun Goede sociale bindingen

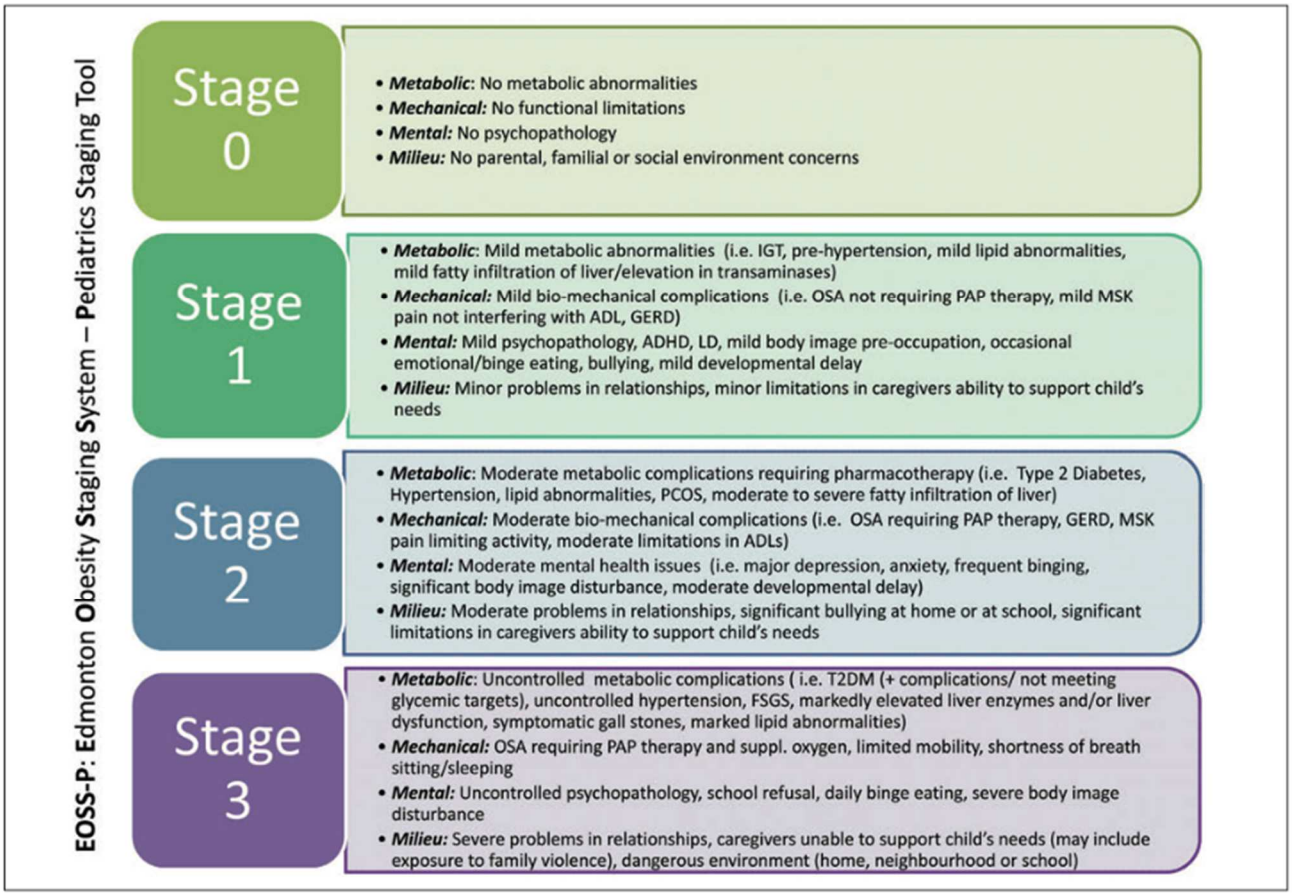
Tabel 1: Risicofactoren en beschermende factoren bij ontwikkeling van eetproblemen (overgenomen van vzw Eetexpert.be) (2)

In de CBO-richtlijn spreekt men over het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) om de ernst in te schatten. Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is en wordt bepaald door de BMI in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren en comorbiditeit. Bij kinderen verstaat men hieronder de aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren of (een hoog risico op) diabetes mellitus. De ernstgraad van het GGR wordt uitgedrukt in vier niveaus: geel (licht verhoogd GGR), oranje (matig verhoogd GGR), rood (sterk verhoogd GGR) en donkerrood (extreem verhoogd GGR). Andere somatische of psychische comorbiditeit, alsook aanvullende persoonsgegevens en gezinssituatie, maken geen deel uit van het GGR maar moeten ook in kaart gebracht worden om de zorgbehoefte vast te stellen. (6)

BMI kg/m²	Geen risicofactoren of comorbiditeit	Risicofactoren of comorbiditeit
Overgewicht	Licht verhoogd	Matig verhoogd
Obesitas graad I	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
Obesitas graad II	Sterk verhoogd	Extreem verhoogd
Obesitas graad III	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd

Tabel 2: Niveaus van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico bij kinderen. De afkappunten van BMI in de tabel aangeduid als overgewichts of obesitas graad I, II of III zijn gebaseerd op internationale percentielen van BMI gebaseerd op leeftijd en geslacht. (zie bijlage …) (overgenomen uit de addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn) (6)

Een ander model voor diagnose en ernstinschatting is het ‘Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics’, EOSS-P (zie bijlage 2). Het biedt de mogelijkheid om zorgverstrekkers prognostische informatie te geven omtrent de aanpak en om de behandeling van overgewicht bij kinderen te helpen evalueren. De EOSS-P kan gebruikt worden om patiënten in te delen in 4 categorieën (0 tot en met 3) en houdt rekening met de vier voornaamste gezondheidsdomeinen: metabole, mechanische en mentale gezondheid en sociaal milieu (de 4 M’s). Het model werd opgesteld door zorgverstrekkers die gewichtsproblemen behandelen bij kinderen in tweede en derde lijn. Dit zou mogelijks een belemmering kunnen zijn voor de toepasbaarheid ervan in eerste lijn. Bovendien heeft het stadiërings-systeem nog enkele andere beperkingen. Zo kunnen zowel mentale gezondheid en sociaal milieu beïnvloed worden door het klinisch oordeel, kunnen de metabole grenswaarden wijzigen op basis van nieuwe inzichten en wordt er in het scoringssysteem geen rekening gehouden met de mate van motivatie en bereidheid tot gedragsverandering. (3)



Figuur 1. Edmonton Obesity Staging System – Pediatrics staging tool. (afkortingen worden in bijlage toegelicht) (3)

Behandeling

Op basis van de ernstinschatting en in samenspraak met ouder en kind wordt een individueel behandelplan opgesteld. Bij een minder ernstig probleem kan, volgens vzw Eetexpert.be, medische opvolging en psycho-educatie volstaan. Naarmate een bepaald overgewicht langer is vastgesteld of ernstiger wordt, dringt zich sterker een deskundige behandeling op. De algemene aanbeveling is een behandeling bestaande uit verschillende interventies, gericht op 3 pijlers: voedingsadvies, lichamelijke activiteit en ondersteuning van gedragsverandering. De adviezen die de huisarts reeds kan geven, worden in het volgende gedeelte kort toegelicht. Het wordt aanbevolen om ouders van kinderen met gewichtsproblemen actief te betrekken bij de behandeling. Voor kinderen jonger dan 6 jaar wordt het behandelplan opgesteld met de ouders en moet de begeleiding gericht zijn op het kind. Voor kinderen ouder dan 6 jaar wordt het behandelplan opgesteld met het kind en is de begeleiding gericht op de ouders. Het is belangrijk steeds duidelijk de behandeldoelen en planning uit te leggen. (2, 6-9)

Psycho-educatie

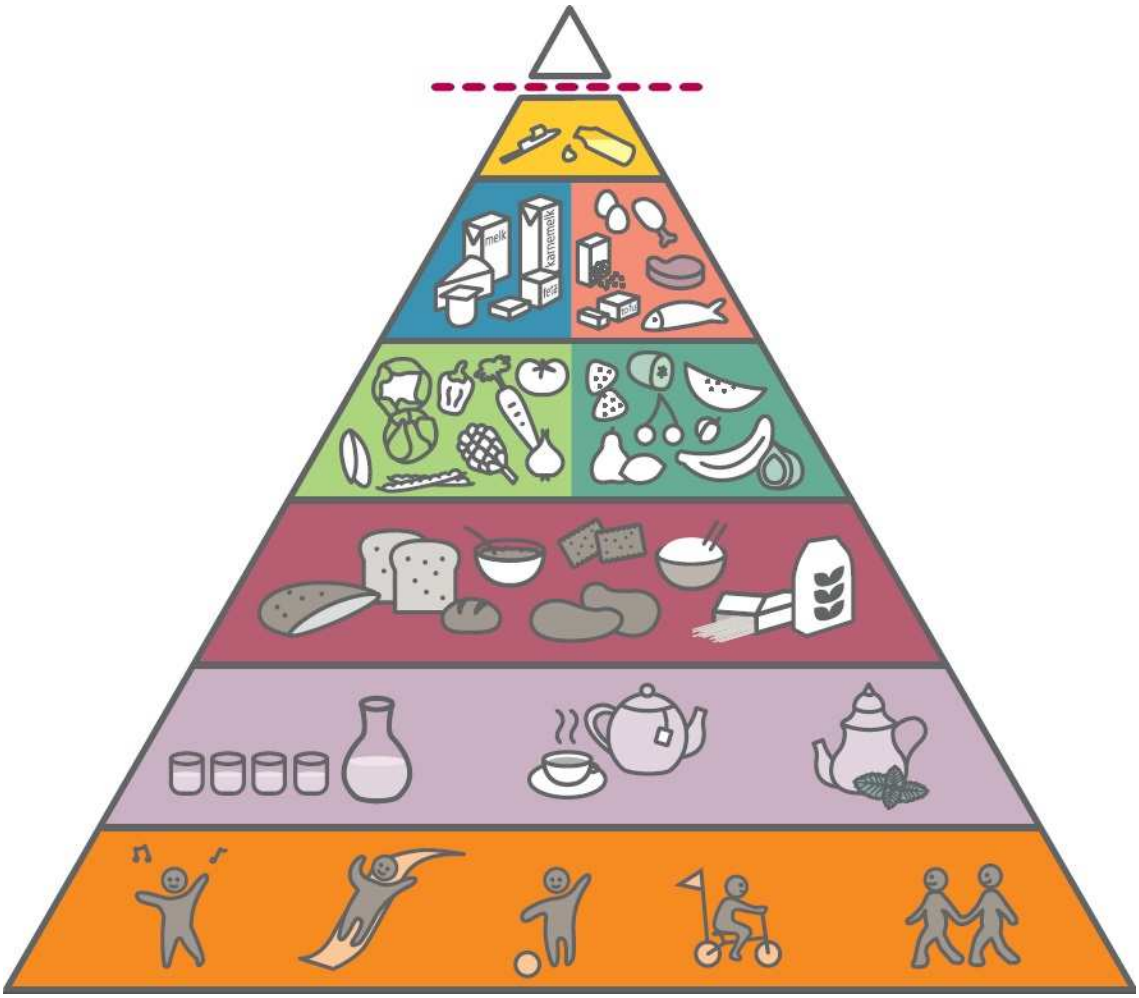
Als de diagnose is gesteld, worden de ouders en het kind ingelicht, waarbij de positie van het kind op de curven wordt toegelicht. Men geeft uitleg over de oorzaken, mogelijke gevolgen en

risico's verbonden aan het gewichtsprobleem. Hierbij is het belangrijk om bij het gezin geen schuldgevoel te induceren en eerder een sfeer van vertrouwen te creëren. (10)

Voedingsadvies

Volgende adviezen zijn overgenomen uit de aanbevelingen van vzw Eetexpert.be: *'Specifieke aandacht gaat naar het opbouwen van een regelmatig eetpatroon (drie hoofdmaaltijden en maximum drie gezonde tussendoortjes) en het ontwikkelen van normaal eetgedrag, met aandacht voor regelmatig inname van groenten en fruit. Het kind moet niet minder maar anders gaan eten. Het ongezonde eetgedrag wordt niet radicaal verboden maar geleidelijk afgebouwd. Daarbij is het heel belangrijk dat ouders het goede voorbeeld geven. Voor de concrete uitvoering, zeker bij ernstiger problemen, wordt de diëtist ingeschakeld.'* (2)

Als visuele ondersteuning kan de huisarts gebruik maken van de 'actieve voedingsdriehoek' van VIGeZ. Hiervan bestaat ook een versie voor de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Voor kinderen jonger dan 6 jaar werd de figuur van de actieve voedingsdriehoek aangepast door kind en gezin. Via de website van zowel VIGeZ als van Kind en Gezin kan per groep extra uitleg gevonden worden die aan de ouders en het kind kan meegedeeld worden. (11)



Figuur 2: De aangepaste actieve voedingsdriehoek van VIGeZ door Kind en Gezin

Bewegingsadvies

Het uitgangspunt bij het bewegingsadvies is het bevorderen van het energieverbruik. Men kan zicht krijgen op het huidig bewegingspatroon van het kind door na te gaan, bijvoorbeeld door middel van een bewegingsdagboek hoeveel het kind elke dag aan beweging en sport doet. Ook het bewegings-en sportgedrag van de ouders moet worden geïnventariseerd. De adviezen die gegeven worden om het energieverbruik te vergroten, beogen het vermeerderen van de beweging en het verminderen van de sedentaire activiteiten. Voor kinderen wordt aanbevolen om minimaal 60 minuten per dag fysiek actief zijn. Dit wordt ingebouwd in het dagelijks leefpatroon, bijv. te voet of met de fiets naar school, trap in plaats van lift nemen, dagelijkse wandeling met de hond doen. Daarnaast kunnen sportieve activiteiten worden aangemoedigd die het kind leuk vindt. Belangrijk is dat opdrachten op een speelse en kindvriendelijke manier worden aangebracht. Bij risicovol overgewicht en obesitas kan het aangewezen zijn een kinesist of bewegingstherapeut in te schakelen.' (2, 4)

Gedragstherapeutische technieken, motivatie en zelfvertrouwen

Met een gedragstherapeutische aanpak wil men kinderen én ouders aanleren het gewenste gedrag te doen toenemen en ongewenst gedrag te vervangen door meer gewenst gedrag. Een eerste stap kan zijn door het kind een dagboek te laten bijhouden om meer inzicht te verwerven over het eetgedrag. Adviezen rond stimuluscontrole (bvb. eten op vaste tijdstippen van de dag, eten op een vaste plaats in huis, beperkte voedselvoorraad in huis hebben) en het aanleren van coping- en probleemoplossende vaardigheden zijn een volgende stap. Een gedragstherapeutische aanpak van een gewichtsprobleem werkt het best indien men kleine, haalbare stappen afspreekt die wekelijks geëvalueerd worden. Positieve feedback, waarbij sociale bekrachtigers de belangrijkste vorm zijn, is een belangrijk onderdeel van de aanpak. (4)
Voor deze psychologische interventie-component kan, indien nodig, worden samengewerkt met een psycholoog, orthopedagoog of kinderpsychiater. (2)
Het komen tot gedragsverandering en het aanleren van een gezonde levensstijl vraagt van het kind en de ouders veel motivatie. Een studie rond 'drop-out bij de behandeling van kinderen met overgewicht' toonde aan dat het gebrek aan motivatie en verwachtingen van de ouders vaak een reden zijn voor het vroegtijdig stoppen met de behandeling. (12) Ook na een (intensieve) behandelingsperiode moeten het kind en de ouders de gezonde levensstijl volhouden. Als hulpverlener is het belangrijk om te weten hoe gemotiveerd je patiënt is om zijn/haar gedrag te veranderen en hier vervolgens op een goede manier op in te spelen met de juiste gesprekstechnieken. Een goede kennis van de verschillende motivatiestadia (volgens het transtheoretisch model van Prochaska en Diclemente) en het beheersen van goede motivationele gesprekstechnieken zijn dus cruciaal in het begeleiden van kinderen en ouders tot gedragsverandering. Via de E-learning module 'Motiveren' van vzw Eetexpert.be kunnen hulpverleners zich in deze technieken verder bekwamen. (2, 4, 8, 13)

Verwijzing naar een multidisciplinair behandelingsprogramma

Verschillende richtlijnen zeggen dat behandeling in een multidisciplinair team de 'gouden standaard' is in geval van (ernstige) eet- en gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren. Deze

interventies worden als ‘evidence-based behandelingen’ erkend. (2, 4-6, 8) De meerwaarde van een multidisciplinair behandelingsprogramma zit in een combinatie van kennis, vakmanschap, onderlinge ondersteuning en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Een goed team moet deskundigheid in elk van de 3 domeinen (medisch-somatisch, voedingskundig en psychosociaal) combineren en de leden dienen ervaring te hebben met eet- en gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren. Voor het goed functioneren van het team moeten de zorgverstrekkers elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden kennen en respecteren. Er moet dan ook een goede afstemming zijn van de behandeldoelen en het behandelplan. (2)

Bij elke vormen van samenwerking is overleg cruciaal. Dit start met een goed medisch rapport van de huisarts met lengte, gewicht, bloedwaarden, klinische indruk en werkhypothese. Dit wordt bij voorkeur gecommuniceerd met de andere zorgverstrekkers d.m.v. een verwijsbrief, maar kan ook door telefonisch gesprek. Een kort verslag met bevindingen na de eerste consultatie door diëtist of psycholoog wordt ook aanbevolen, gevolgd door een uitgebreider rapport (met metingen of eventuele testresultaten, bevindingen uit anamnese, behandelplan, andere opmerkingen, voorstel tot verdere medische opvolging en afspraak over verder overleg). Extra overleg dient plaats te vinden indien de patiënt stopt, op een evaluatiemoment of bij belangrijke wendingen in de begeleiding. (2)

Resultaten

Kwalitatieve bevraging bij de huisartsen

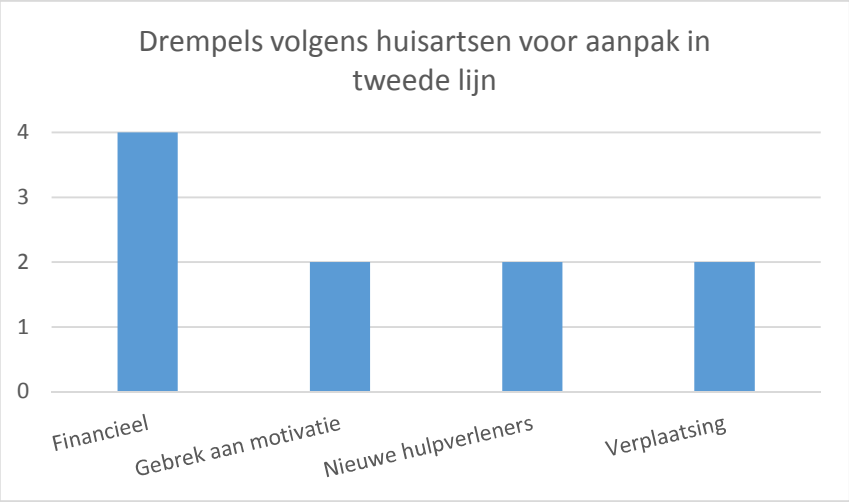
Bij alle artsen in het wijkgezondheidscentrum werd een interview afgenomen. In totaal werden vier artsen bevraagd: twee vrouwelijke artsen en twee mannelijke, met een leeftijd tussen 29 en 62 jaar en met een aantal jaren dienst schommelend tussen 4 en 36 jaar (inclusief jaren als huisarts in opleiding). Er werd getracht een beeld te krijgen van hun visie op de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen.

Alle huisartsen gaven aan dat ze een belangrijke rol zien in de detectie van overgewicht bij kinderen. Één van de vier artsen zei expliciet dat het de verantwoordelijkheid van de huisarts is gezien de positie als vaste arts/vertrouwenspersoon.

Drie kwart van de artsen was bereid een multidisciplinaire aanpak in eerste lijn zelf te organiseren maar allen gaven toch de voorkeur aan een doorverwijzing naar een bestaand multidisciplinair behandelingsprogramma in tweede lijn. Ze waren het unaniem eens dat hun rol voorafgaand aan een doorverwijzing er vooral uit bestaat om een uitgebreide intake af te nemen, met aandacht voor de context van de patiënt, het aftoetsen van de beleving van patiëntje en ouders, het peilen naar motivatie, en deze informatie door te geven aan de hulpverleners in tweede lijn. De samenwerking met de andere zorgverleners zag men in een ideaal scenario als een aanwezigheid op het multidisciplinair overleg (dit werd door drie van de vier artsen aangegeven), maar een goede verwijsbrief zag men beter haalbaar (twee van de vier artsen). Terwijl de patiënt het programma doorloopt, zien ze hun rol eerder als ondersteunend, waarbij gepeild wordt naar tevredenheid, moeilijkheden en drempels die patiënt en ouders ervaren. Na afloop van het behandelingsprogramma zien ze hun taak in de verdere follow-up van patiënten door hen regelmatig terug te zien, te polsen naar het algemeen welbevinden of moeilijkheden die ze ervaren en het opvolgen van de biometriegegevens.

Andere hulpverleners die volgens drie van de vier huisartsen een mogelijke rol kunnen spelen in de aanpak van gewichtsproblemen bij kinderen zijn maatschappelijk werk (bijvoorbeeld om te kijken naar betaalbare bewegings- en sportmogelijkheden in de buurt) en de CLB-arts (voornamelijk voor detectie).

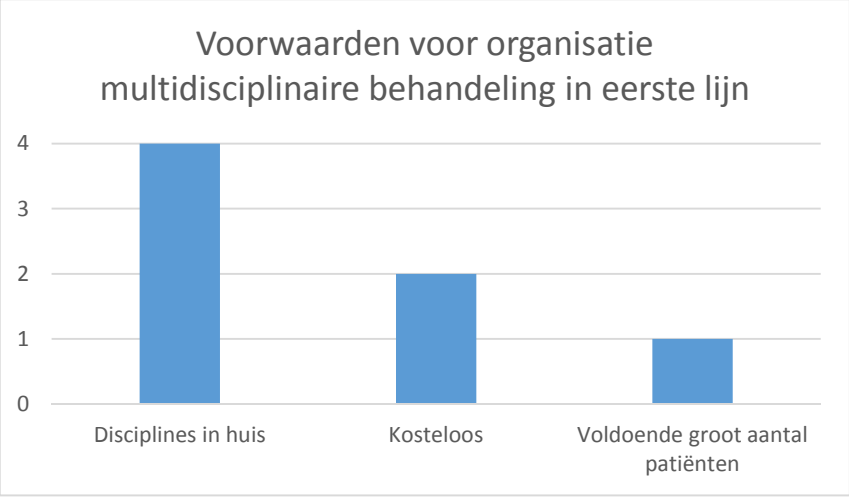
De voordelen van een multidisciplinair programma in tweede lijn zijn volgens drie van de vier huisartsen: expertise en de aanwezigheid van alle disciplines ‘onder één dak’. Dit laatste zowel als voordeel voor de patiënt (hoeft zich niet veel te verplaatsen) als voor de zorgverstrekkers in tweede lijn (gemakkelijk overleg). Een ander pluspunt dat werd opgenoemd is dat de patiënt specifiek voor het probleem van het overgewicht gaat en één arts gaf als voordeel dat het een kort en intensief programma is waar snel gewichtsverlies kan bekomen worden.



Figuur 3. Bevraging van de huisartsen naar drempels voor aanpak in tweede lijn van overgewicht en obesitas bij kinderen

De huisartsen zagen echter verschillende drempels of moeilijkheden om hun patiëntjes in een een multidisciplinair programma in tweede lijn te krijgen. De voornaamste drempel zagen alle artsen in het financiëel kostenplaatje voor de patiënt. Het gebrek aan motivatie bij de patiënt (en voornamelijk de ouders), de verplaatsing naar het ziekenhuis en het gebrek aan een vertrouwensband met nieuwe hulpverleners werd telkens door twee van de vier artsen aangegeven als moeilijkheden. Één arts zei dat een doorverwijzing naar het ziekenhuis voor patiënten vaak als stigmatiserend wordt ervaren en een andere voegde nog de lange wachttijden en de beperkte duur van het programma toe als bijkomende drempels.

Alle artsen zagen het mogelijk om een multidisciplinaire aanpak te organiseren in eerste lijn onder volgende voorwaarden: de disciplines (met de nodige expertise) moeten in dezelfde locatie zijn ondergebracht, met het oog op vlot overleg. Volgens twee van de vier artsen moet de behandeling ook kosteloos zijn. En één arts gaf aan dat het nodig is om een voldoende groot aantal patiënten te hebben om de nodige expertise op te bouwen.



Figuur 4. Bevraging van de huisartsen naar voorwaarden voor de organisatie van een multidisciplinaire behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen in eerste lijn

Het gebrek aan samenwerking tussen de verschillende disciplines in eerste lijn tot nu toe en het ontbreken van expertise in de aanpak van overgewicht bij kinderen zagen alle artsen dan ook als de voornaamste drempels voor het organiseren van een multidisciplinaire aanpak in eerste lijn.

Kwalitatieve bevraging bij de zorgverstrekkers in een multidisciplinair gewichtszorgprogramma

Van twee multidisciplinaire teams gevestigd in een perifeer ziekenhuis in Gent, die een behandelingsprogramma bieden voor kinderen met overgewicht/obesitas, werden de betrokken zorgverleners geïnterviewd. Het betreft twee pediaters, twee diëtisten, twee psychologen en twee bewegingsdeskundigen/kinesisten. Hiermee werd getracht een beeld te krijgen van hun visie op de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen.

Volgens de overgrote meerderheid van de zorgverleners ligt de rol van de huisarts voornamelijk in het detecteren, bespreekbaar maken van het gewichtsprobleem en het motiveren tot een behandeling. Vier van de acht hulpverleners benadrukten dat de huisarts de best geplaatste persoon is, gezien hij de context kent en een vertrouwenspersoon is van het gezin. Zij hebben dan ook de voorkeur dat het de huisarts is die de patiënt doorverwijst.

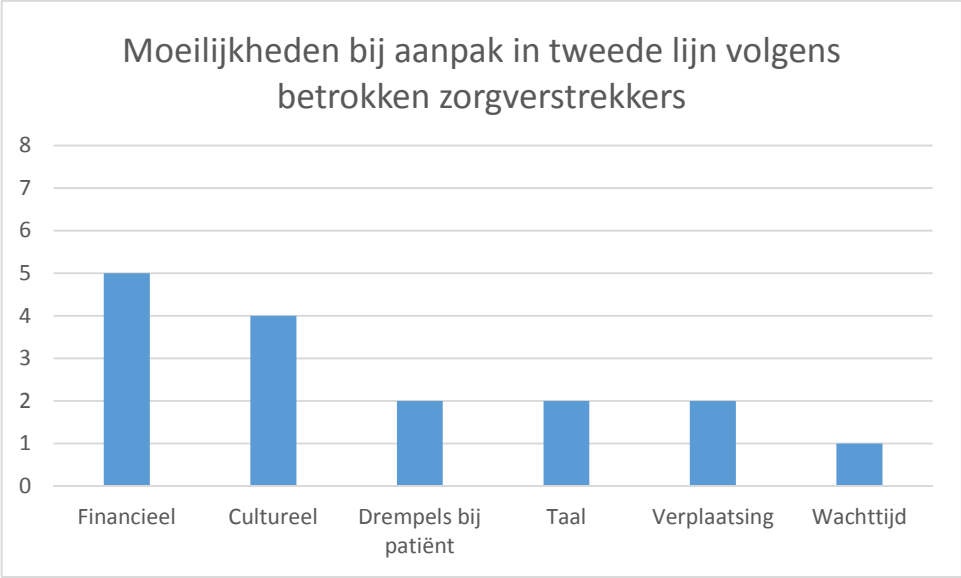
Bij een doorverwijzing naar het multidisciplinaire gewichtszorgprogramma wordt van de huisarts een degelijke verwijsbrief verwacht met daarin de biometrische gegevens, maar vooral ook informatie over de context van de patiënt (dit werd door zes van de acht geïnterviewde zorgverstrekkers uitdrukkelijk vermeld). Ze zijn het unaniem eens dat tijdens het doorlopen van het programma de huisarts een belangrijke ondersteunende rol heeft om drempels en moeilijkheden die worden ervaren te detecteren en te communiceren naar het team. De belangrijkste taak voor de huisarts ligt volgens de meerderheid in de opvolging na het doorlopen van het gewichtszorgprogramma. Deze opvolging wordt gezien in het regelmatig terugzien van de patiënt op vaste tijdstippen en in het blijven polsen naar het algemeen welbevinden en problemen die worden ervaren door de patiënt of het gezin. Één persoon van de acht gaf aan dat het uitwerken van een vaste structuur voor de verdere opvolging hierbij nuttig zou kunnen zijn.

Zoals de geïnterviewde huisartsen reeds aangaven, bevestigen ook de andere zorgverstrekkers de grote voordelen van de organisatie van een multidisciplinaire aanpak in tweede lijn, namelijk de expertise van de hulpverleners, alsook dat iedereen op dezelfde locatie is gevestigd. Hierbij wordt voornamelijk de mogelijkheid tot persoonlijk overleg door bijna iedereen aangegeven als grote meerwaarde. Bijvoorbeeld: informatie kan op die manier gemakkelijker worden doorgespeeld tussen de betrokken hulpverleners, waardoor men sneller bepaalde moeilijkheden bij de patiënt kan detecteren, men bijgevolg sneller actie kan ondernemen en betere zorg kan leveren. Bovendien heeft iedereen in het team zijn eigen invalshoek en rol wat ervoor zorgt dat er voortdurend kan bijgeleerd worden van elkaar. Een mooi voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen de psycholoog en diëtist die, in één van de twee teams, samen de intake

doen. De zorgverstrekkers geven aan dat het ook voor de patiënt een gemak is dat de consultaties bij de verschillende hulpverleners op elkaar kunnen worden afgestemd. Een kinesist van één van de twee multidisciplinaire teams gaf de bewegingstherapie in een afzonderlijke locatie. Voor deze persoon is het niet absoluut noodzakelijk dat alle zorgverstrekkers zich 'onder één dak' bevinden, aangezien overleg ook telefonisch of elektronisch kan. Als kanttekening werd wel aangegeven dat de bijkomende verplaatsing voor de patiënt een extra drempel kan zijn.

Het gebrek aan ervaring rond de problematiek en de moeilijkheden om een overleg te organiseren, benoemden respectievelijk zeven en vier zorgverstrekkers als een drempel voor het organiseren van de multidisciplinaire aanpak in eerste lijn. Als voorwaarden voor het doen slagen van een dergelijk programma in eerste lijn dienen deze drempels volgens hen dan ook te worden opgelost.

Bij het bevragen van de moeilijkheden of drempels in de multidisciplinaire aanpak in tweede lijn kwamen volgende zaken aan bod: de kost van de behandeling (onder andere ook het gebrek aan subsidies), culturele aspecten (bvb. drempel voor deelname aan sport, andere ideeën over een gezond gewicht en de daaraan verbonden levensstijl, etc.), drempels bij de patiënt (waardoor patiënten niet komen opdagen of tijdens de behandeling afhaken), taalproblemen, de verplaatsing voor de patiënt naar het ziekenhuis en de wachttijd.



Figuur 5. Bevraging van de zorgverstrekkers in tweede lijn naar moeilijkheden bij de aanpak in tweede lijn van overgewicht en obesitas bij kinderen

Om de financiële drempel en taalbarrière weg te werken, ziet men in de aanpak ook een rol voor respectievelijk de sociale dienst van het ziekenhuis en een tolk.

Ter aanvulling deed één van de pediaters een voorstel om, bij twijfel over de ernstinschatting door de huisarts, een patiëntje voor een eerste screening door te verwijzen naar het multidisciplinaire team. Dit voornamelijk om te kijken of er zich op psychologisch gebied

belangrijke problemen bevinden. Indien zou blijken dat dit niet zo is en het overgewicht bovendien beperkt is, kan de patiënt eventueel terugvloeien naar eerste lijn om de behandeling door de huisarts te laten organiseren. Op deze manier kan men aan een goede zorgsubstitutie doen: patiënten met een beperkte problematiek worden in eerste lijn behandeld, patiënten met een ernstiger probleem in tweede lijn en bij een heel ernstig probleem in derde lijn (bvb. zeepreventorium).

Kwalitatieve bevraging bij de patiënten

In totaal werden 3 interviews afgenomen bij ouders van kinderen met overgewicht/obesitas. De kinderen waren allemaal van het vrouwelijke geslacht met een leeftijd van 8, 8 en 12 jaar en een BMI van respectievelijk 19,3, 21,7 en 33,8. Er werd hen gevraagd hoe zij de rol van de huisarts zien bij de aanpak van het gewichtsprobleem.

Alle drie de ouders gaven aan een multidisciplinaire behandeling te overwegen. Echter op voorwaarde dat het probleem ernstig is en niet door de huisarts kan opgelost worden. Twee van de drie gaven aan dat ze het overgewicht momenteel niet als ernstig genoeg ervaarden voor een doorverwijzing naar andere disciplines. Hierbij moet opgemerkt worden dat deze twee kinderen gediagnosticeerd werden met beperkt overgewicht (niet obesitas). De belangrijkste rol voor de huisarts wordt gezien in het detecteren en ter sprake brengen van het gewichtsprobleem (volgens twee van de drie). Het liefst wilden ze allen de behandeling bij de huisarts houden. Daarbij verwachten ze voornamelijk tips rond voeding. Hierbij maakte één iemand de kanttekening dat het belangrijk is om voedingstips op maat van het kind te geven. Zodat het kind het dieet op een speelse, leuke manier kan volgen. Slechts één kind gaf ook aan tips te willen krijgen over beweging en sport (sportmogelijkheden in de buurt).

Drempels voor deelname aan een multidisciplinaire aanpak in tweede lijn voor hen zijn het financiële aspect, de stap naar het ziekenhuis/andere zorgverstrekkers, schaamte over het gewichtsprobleem en de taal.

De verwachtingen naar het gewichtszorgprogramma zijn voornamelijk advies en tips naar de ouders en de psychologische begeleiding zodat het kind geen schuldgevoel of faalervaring heeft.

Andere personen die volgens hen een rol kunnen spelen in de aanpak zijn de school, de leerkrachten en familie.

Discussie

Uit de literatuurstudie blijkt dat een multidisciplinaire interventie waarin voedingsadvies, beweging en een gedragsverandering parallel worden nagestreefd, erkend wordt als evidence-based behandeling van overgewicht/obesitas bij kinderen. Deze aanpak wordt dan ook naar voren geschoven als gouden standaard. Momenteel worden dergelijke gewichtszorgprogramma's georganiseerd in twee Gentse ziekenhuizen en niet in eerste lijn. Het opzet van deze ManaMa-proef was dan ook een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen volgens de verschillende betrokken actoren?
- Wat zijn volgens hen de opportuniteiten/meerwaarde van het organiseren van een multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen in eerste lijn?
- Wat zijn volgens hen mogelijke belemmeringen/moeilijkheden bij de organisatie in eerste lijn?

Wat is de rol van de huisarts in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen volgens de verschillende betrokken actoren?

Alle drie de partijen geven aan dat het opmerken en bespreekbaar maken van het gewichtsprobleem één van de grootste taken van de huisarts is. Volgens de geïnterviewde patiënten en ouders zien ze niet alleen de detectie van het probleem maar ook de behandeling het liefst bij de huisarts gebeuren. Dit staat echter in contrast met de verwachtingen van de zorgverstrekkers die de voorkeur hebben voor een doorverwijzing naar een gespecialiseerd team. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een belangrijke rol voor de huisarts is weggelegd in het informeren van de patiënt en ouders over de mogelijke gezondheidsrisico's, het belang van een (evidence-based) aanpak van het gewichtsprobleem en het motiveren tot deelname aan een dergelijke behandeling. Zoals besproken in de literatuurstudie is de keuze van behandeling ook afhankelijk van de ernstinschatting. Hiervoor bestaan er verschillende modellen die de huisarts kan toepassen maar het zou eventueel ook kunnen gebeuren dat men een eerste screening van de patiënt laat uitvoeren door het multidisciplinaire team om nadien patiënten die door de huisarts kunnen behandeld worden, terug te laten vloeien naar eerste lijn
De huisarts is vaak een vertrouwenspersoon van het gezin en zit daardoor in een ideale positie om al deze zaken te bespreken. Daarnaast kent de huisarts ook de context van het gezin en mogelijke drempels die er bestaan om tot de voorgestelde gedragsverandering over te gaan. Zowel de huisartsen als de zorgverstrekkers in tweede lijn geven dan ook aan dat het belangrijk is dat deze informatie wordt uitgewisseld tussen de hulpverleners die betrokken zijn in de aanpak. Dit kan in de eerste plaats door een goede verwijsbrief, maar ook door persoonlijk overleg (telefonisch of zelfs aanwezigheid op het multidisciplinair overleg). Tijdens het doorlopen van het gewichtszorgprogramma speelt de huisarts een ondersteunende rol en detecteert hij eventuele problemen bij de patiënt en ouders en communiceert deze naar de zorgverstrekkers in tweede lijn. Na afloop van de behandeling neemt de huisarts de ondersteunende rol verder op en staat hij in voor een goede opvolging van de patiënt en het

volhouden van de aangeleerde gedragsverandering. Een goede feedback vanuit het team naar de huisarts is hierbij cruciaal.

Wat zijn volgens hen de opportuniteiten/meerwaarde van het organiseren van een multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen in eerste lijn?

De meerwaarde van de organisatie van een multidisciplinaire aanpak in eerste lijn heeft voornamelijk te maken met de drempels die de verschillende partijen ervaren bij een doorverwijzing naar tweede lijn. Als grootste voordeel wordt aangegeven dat de behandeling, indien deze in de context van een wijkgezondheidscentrum wordt georganiseerd, goedkoper kan gehouden worden, zich op één locatie bevindt en er mogelijkheid is tot overleg. Ook de opgebouwde vertrouwensrelatie en kennis over de psychosociale situatie van de patiënt geeft men aan als belangrijke meerwaarde.

Wat zijn volgens hen mogelijke belemmeringen/moeilijkheden bij de organisatie in eerste lijn?

Het gebrek aan expertise wordt door alle zorgverstrekkers aangegeven als grote belemmering. Deze expertise wordt pas opgedaan door voldoende met de problematiek in aanraking te komen. Dit is in de context van een kleine huisartsenpraktijk of klein wijkgezondheidscentrum niet altijd het geval. De beperkte patiëntenpopulatie zorgt er ook voor dat de nodige disciplines niet altijd in huis zijn waardoor de hulverlening op verschillende locaties moet gebeuren. Dit is een drempel voor de patiënt maar bemoeilijkt ook een vlot, multidisciplinair overleg. Een extra moeilijkheid in de aanpak, zowel in eerste als in tweede lijn, blijft de financiële drempel die wordt veroorzaakt door een gebrekkige terugbetaling voor diëtist en psychotherapeut.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Deze masterproef is de eerste waarbij wordt bevraagd welke rol de huisarts kan spelen in de multidisciplinaire aanpak van overgewicht bij kinderen. Er werd gepoogd hierop een antwoord te geven door de verschillende actoren te bevragen die betrokken zijn bij de behandeling, namelijk patiëntjes en hun ouders, de huisartsen en de zorgverstrekkers van twee multidisciplinaire gewichtszorgprogramma's. Het onderzoek gebeurde door middel van persoonlijke interviews bij de verschillende deelnemers. Door de betrokken personen, met elk een andere achtergrond, aan het woord te laten, zorgde dit voor een heel gevarieerde onderzoeksgroep met verschillende standpunten en visies. Het gebruik van open vragen gaf de geïnterviewde personen de kans hierover uit te weiden. Het zorgde er echter voor dat het gesprek niet altijd even afgebakend was. Een andere belemmering bij de interviews bij de patiënten was dat, door taalproblemen, de vragen vaak verkeerd werden begrepen.

De opzet van deze duo-thesis was voornamelijk om als praktijkverbeterend project te dienen en aanbevelingen te geven om de huidige aanpak betreffende de detectie en behandeling van overgewicht bij kinderen in beide wijkgezondheidscentra te verbeteren. De kleine schaal van het onderzoek zorgt ervoor dat deze adviezen niet kunnen geëxtrapoleerd worden op grotere schaal.

Algemeen besluit en toekomstperspectief

Overgewicht en obesitas bij kinderen is één van de grootste uitdagingen in de gezondheidszorg van de 21ste eeuw. Een multidisciplinaire aanpak waarbij zowel diëtiek, bewegingstherapie als gedragstherapeutische technieken worden toegepast, is de enige evidence-based behandeling.

Zoals besproken in het eerste luik van deze duo-thesis, *'Overgewicht bij kinderen: implementatie en evaluatie van een protocol in twee Gentse wijkgezondheidscentra'*, geschreven door Shari Vandenbosch, ervaren de huisartsen en patiënten nog vele drempels in de aanpak van gewichtsproblemen bij kinderen. De huisarts speelt nochtans een cruciale rol in de behandeling, als vertrouwenspersoon, motivator en ondersteuner van het gezin.
Om in de toekomst zo optimaal mogelijk gebruik te kunnen maken van de bestaande behandelingsmogelijkheden, moet de huisarts een goede ernstinschatting van het gewichtsprobleem kunnen maken. Momenteel zijn de voorgestelde modellen ontoereikend of onvoldoende gekend. De EOSS-P is een veelbelovend stadiëringssysteem dat mogelijks zou kunnen gebruikt worden. Vzw Eetexpert.be is bezig met de aanpassing van het model en de integratie ervan in het draaiboek voor huisartsen. De bruikbaarheid en meerwaarde hiervan zal later nog moeten geëvalueerd worden. Een alternatief om de ernst in te schatten is om bij twijfel het kind door te verwijzen naar de tweede lijn voor een eerste evaluatie. Indien wordt ingeschat dat de behandeling door de huisarts kan georganiseerd worden, kan de patiënt terugvloeien naar eerste lijn. Zoniet, kan de behandeling in tweede lijn worden opgenomen of , bij een heel ernstig probleem, kan men verder doorverwijzen naar derde lijn. Op die manier kan men een mooie samenwerking bekomen tussen de verschillende zorgverleners en kan zo optimaal mogelijk gebruik worden gemaakt van de verschillende zorgmogelijkheden en expertise.
De drempels die worden aangegeven voor een organisatie van de behandeling in eerste lijn zijn hiermee echter niet opgelost. Om expertise op te bouwen, dient men voldoende met de problematiek in aanraking te komen. Bovendien pleit men er ook voor om de verschillende disciplines onder één dak samen te brengen. Om beide moeilijkheden aan te pakken is het nodig dat het patiëntenaantal van een huisartsenpraktijk voldoende groot is. WGC Brugse Poort is een wijkgezonheidscentrum met een grotere patiëntenpopulatie en de nodige disciplines in huis. De zorgverstrekkers in het centrum zijn momenteel bezig met het organiseren van een behandelingsprogramma voor kinderen met overgewicht die, omwille van verschillende drempels, niet in tweede lijn geraken. Een evaluatie van dit programma zal zeker zinvol zijn om de haalbaarheid ervan in de setting van het wijkgezondheidscentrum te beoordelen. Een extra voordeel is de financiële drempel die voor de patiënt wegvalt gezien het een forfaitair betalingssysteem betreft. Om de financiële drempel in andere praktijkvormen weg te werken, is het nodig dat er op beleidsniveau beslissingen worden genomen die ervoor zorgen dat de verschillende disciplines, en dan voornamelijk diëtiek en psychotherapie, beter gefinancierd worden. Want, zoals gezegd in de inleiding, is het de primaire verantwoordelijkheid van de overheid om ervoor te zorgen dat het beleid en de acties de obesogene samenleving aanpakken en om begeleiding en ondersteuning te bieden voor een optimale ontwikkeling in elke levensfase. Het is hoog tijd voor actie! (1)

Dankwoord

Deze masterproef was niet tot stand gekomen zonder de steun van enkele belangrijke personen en deze wil ik hier graag voor bedanken.

In de eerste plaats Shari Vandenbosch, hartsvriendin en mede-haio van deze duo-masterproef, voor de leuke samenwerking, de brainstormsessies bij de koffie of op café, haar luisterend oor, de motiverende woorden, en nog zo veel meer!

Daarnaast ook mijn andere haio-vriendinnen voor de strenge interventies, maar ook ontspanning op de nodige momenten.

Prof. Dr. Paul De Cort voor de goede begeleiding in de zoektocht naar de insteek van mijn masterproef. Bedankt dat u hier tijd voor wilde vrijmaken!

Liesbet Boone, voor haar hulp bij het uitwerken van de methodologie en haar inzichten vanuit de ontwikkelingspsychologie. De samenwerking met haar heeft mijn interesse in de psychologie rond gedragsverandering en de rol van de huisarts als motivator alleen maar versterkt.

De huisartsen van WGC Watersportbaan: Marc, Julie, Toon, Nina, bedankt voor jullie inzet en steun gedurende het volledige thesis-proces!

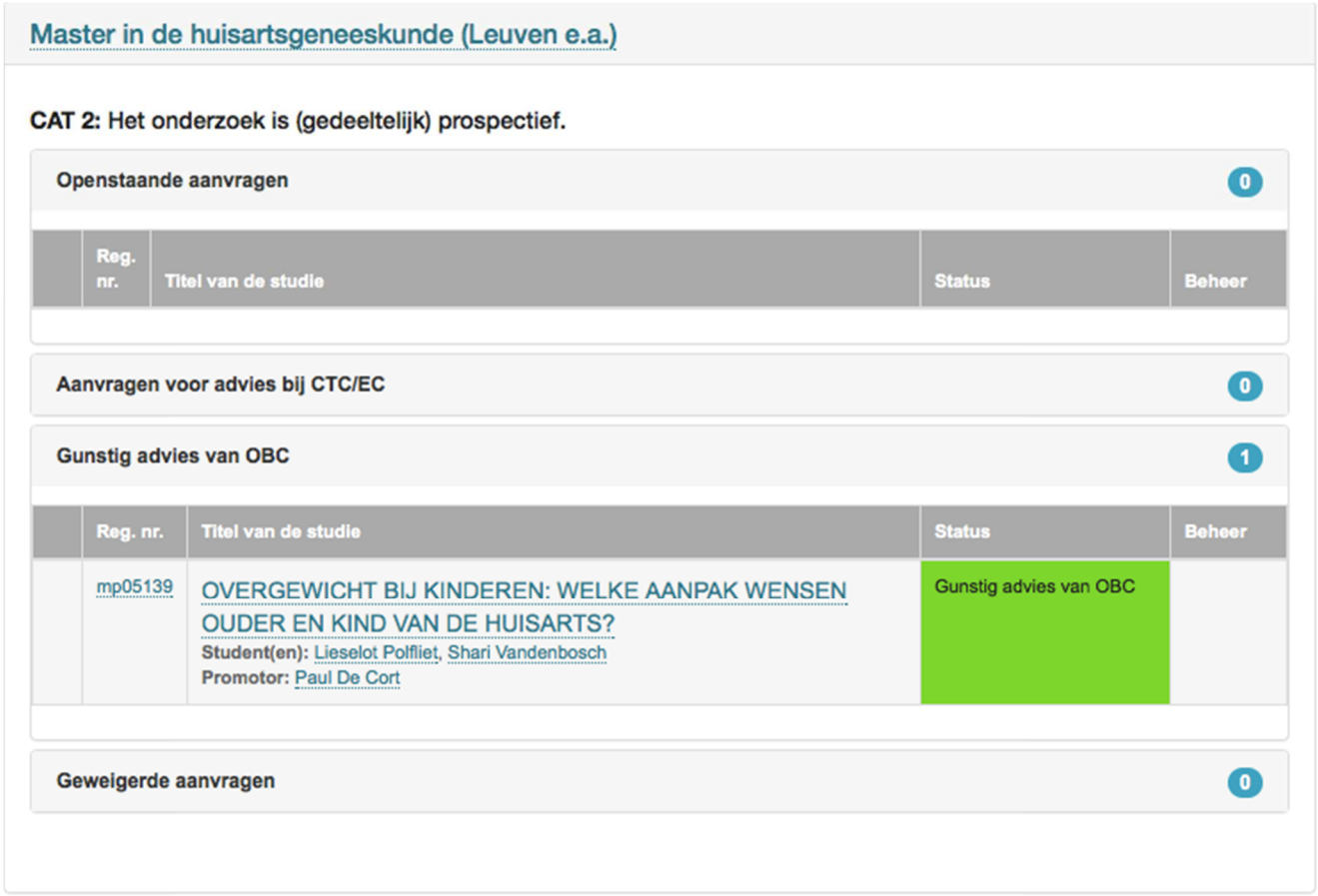
En tot slot iedereen die bereid was deel te nemen aan het onderzoek: de zorgverstrekkers van de multidisciplinaire behandelteams in AZ Jan Palfijn en AZ Sint-Lucas te Gent, en alle patiëntjes en hun ouders!

Bronnen

1. Nishtar S, Gluckman P, Armstrong T. Ending childhood obesity: a time for action. Lancet. 2016;387(10021):825-7.
2. Eetexpert.be. Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor huisartsen. . Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn (verkrijgbaar via wwweetexpertbe). 2008.
3. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chaoine JP, Hamilton J, Jetha MM, Birken C, et al. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P): A Proposed Clinical Staging System for Pediatric Obesity. Canadian Journal of Diabetes.37:S240.
4. Braet C. Kinderen met overgewicht: diagnostiek en behandeling voor de professional. Amsterdam, Nederland: Hogrefe. 2010.
5. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database Syst Rev. 2009(1):CD001872.
6. Nederland PO. Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'. 2011.
7. CBO. Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen.
8. NCJ. JGZ-richtlijn. Overgewicht, Preventie, signalering, interventie en verwijzing van kinderen van 0-19 jaar. 2012.
9. BASO. Consensus BASO 2010: een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas. Leuven : Belgian Association for the Study of Obesity. 2010.
10. Niesten L, Bruwier G. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Obesitas bij kinderen. Huisarts Nu. 2008;37(4):189-204.
11. K&G. Actieve voedingsdriehoek. Available from: http://www.kindengezin.be/voeding-en-beweging/eet-gezond/actieve-voedingsdriehoek/.
12. Jeannin R, Braet, C., Mels, S., Moens, E., & Van Winckel, M. Drop-out bij de behandeling van kinderen met overgewicht. TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE. 2010;40(4):272–83.
13. Eetexpert.be. E-learning module 'Motiveren'.

Bijlagen

Gunstig advies Ethisch Comité



Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

CAT 2: Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Openstaande aanvragen 0

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer

Aanvragen voor advies bij CTC/EC 0

Gunstig advies van OBC 1

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
	mp05139	OVERGEWICHT BIJ KINDEREN: WELKE AANPAK WENSEN OUDER EN KIND VAN DE HUISARTS? Student(en): Lieselot Polfliet, Shari Vandenbosch Promotor: Paul De Cort	Gunstig advies van OBC	

Geweigerde aanvragen 0

Goedgekeurd protocol

OVERGEWICHT BIJ KINDEREN: WELKE AANPAK WENSEN OUDER EN KIND VAN DE HUISARTS?

IN DIT CROSS-SECTIONEEL VRAGENLIJSTONDERZOEK ZAL WORDEN NAGEGAAN HOE OUDERS EN KINDEREN DE AANPAK VAN DE ARTS WENSEN BIJ DE BEHANDELING VAN OVERGEWICHT BIJ KINDEREN. DIT ONDERZOEK RICHT ZICH OP KINDEREN, BINNEN DE LEEFTIJDSGROEP 3-12 JAAR, EN HUN OUDERS.

DIT OBSERVATIONEEL ONDERZOEK ZAL BESTAAN UIT VERSCHILLENDE DELEN:

- VOOREERST ZAL LITERATUURONDERZOEK UITGEVOERD WORDEN OM NA TE GAAN WAT REEDS GEWETEN IS OVER DE AANPAK VAN OVERGEWICHT BIJ KINDEREN. MEER SPECIFIEK ZAL AANDACHT WORDEN BESTEED AAN HET MOTIVATIONELE ASPECT BIJ DE AANPAK DOOR DE HUISARTS.

- KINDEREN MET OVERGEWICHT EN HUN OUDERS ZULLEN IN EERSTE INSTANTIE TIJDENS DE CONSULTATIE WORDEN AANGESPROKEN OM DEEL TE NEMEN AAN DE STUDIE. IN TWEEDE INSTANTIE WORDEN ZE EVENTUEEL PERSOONLIJK GECONTACTEERD MET ALS DOEL MEER PERSONEN TE INCLUDEREN IN DE STUDIE.

- ER ZAL HEN EEN VRAGENLIJST MEEGEGEVEN WORDEN DIE ZOWEL DOOR DE OUDERS ALS DOOR DE KINDEREN (VAN 8-12J) ZAL INGEVULD WORDEN. EERST ZULLEN EEN AANTAL ADMINISTRATIEVE GEGEVENS NAGEVRAAGD WORDEN OM DE SOCIAAL-ECONOMISCHE STATUS VAN HET GEZIN IN KAART TE BRENGEN. IN DE VRAGENLIJST ZAL AAN DE HAND VAN EEN OPEN VRAAG GEPEILD WORDEN NAAR DE GEWENSTE AANPAK DOOR DE ARTS ALS HET GAAT OVER DE BEHANDELING VAN KINDEREN MET OVERGEWICHT. BOVENDIEN ZAL D.M.V. STELLINGEN GEPEILD WORDEN NAAR HOE OUDER EN KIND ZICH DOOR DE ARTS IN HUN ZELFDETERMINATIE VOELEN ONDERSTEUND .

- DE RESULTATEN VAN DE OPEN VRAAG ZULLEN GEANALYSEERD WORDEN D.M.V. EEN FACTORANALYSE. DE GEVALIDEERDE VRAGENLIJST ZAL GESCOORD WORDEN EN, WAAR MOGELIJK, ZULLEN VERBANDEN WORDEN GELEGD TUSSEN DE VERSCHILLENDE SCORES OP DE VRAGENLIJSTEN EN DE GEWENSTE AANPAK DOOR DE ARTS. BIJ DE ANALYSE ZAL BOVENDIEN GEKEKEN WORDEN OF ER EEN VERSCHIL TE DETECTEREN IS IN GEWENSTE AANPAK EN ZELFDETERMINATIE BIJ PERSONEN MET EEN ANDERE SOCIO-ECONOMISCHE ACHTERGROND.

DE INCLUSIECRITERIA VOOR DE KINDEREN ZIJN:

- LEEFTIJD VANAF 8 JAAR TOT EN MET 12 JAAR

- GEDIAGNOSTICEERD MET OVERGEWICHT OF OBESITAS

- INGESCHREVEN IN WGC WATERSPORTBAAN OF WGC KAPELLENBERG

DE INCLUSIECRITERIA VOOR DE VOLWASSENEN ZIJN:

- OUDER VAN EEN KIND (3-12j) MET OVERGEWICHT OF OBESITAS

- INGESCHREVEN IN WGC WATERSPORTBAAN OF WGC KAPELLENBERG

HET DOEL VAN DEZE STUDIE IS NA TE GAAN WAT DE VERWACHTINGEN ZIJN VAN OUDER EN KIND NAAR DE HUISARTS BIJ DE BEHANDELING VAN KINDEREN MET OVERGEWICHT. BOVENDIEN ZAL GETRACHT WORDEN EVENTUELE VERBANDEN TE LEGGEN MET DE ZELFDETERMINATIE VAN OUDER EN KIND EN MET DE SOCIAAL-ECONOMISCHE STATUS.

Interview huisartsen

Uit onderzoek weten we dat de meest effectieve aanpak van overgewicht bij kinderen een multidisciplinaire benadering is.

- Hoe zouden wij daarin een rol kunnen spelen?
- Hoe ziet u de samenwerking met de andere zorgverleners?
- Wat verwacht u van de andere hulpverleners bij een doorverwijzing (wat betreft feedback)?
- Wat kunnen we doen vóór de doorverwijzing? Wat kunnen we doen tijdens de multidisciplinaire behandeling? Wat kunnen we doen na afloop van de behandeling?
- Zijn er nog meerdere personen die een rol zouden kunnen spelen? (bvb. clb-arts, etc.)
- Wat zijn voor u de voordelen van een multidisciplinaire aanpak in tweede lijn?
- Ziet u bepaalde drempels/moeilijkheden aan de multidisciplinaire aanpak in tweede lijn?
- Zou het mogelijk zijn om een multidisciplinaire aanpak in eerste lijn te voorzien? Zo ja, aan welke voorwaarden moet dan voldaan zijn? Hoe ziet u dit gebeuren?
- Ziet u bepaalde drempels/moeilijkheden aan een multidisciplinaire aanpak in eerste lijn?
- Als er grote drempels zijn voor een kind/ouder om aan een multidisciplinair programma deel te nemen, wat verwacht je dan eventueel van andere hulpverleners?
- Er wordt aangeraden om de nadruk voornamelijk te leggen op de context (het ontwikkelen van een gezonde levensstijl (normaal voedingspatroon en gezond gewicht) gekoppeld aan meer welbevinden) en niet zozeer enkel en alleen te focussen op het gewicht. Hoe ziet u daarin de rol van de huisarts? En van de andere zorgverleners?
- Heeft u nog aanvullingen/bedenkingen?

Interview zorgverstrekkers in tweede lijn

Uit onderzoek weten we dat de meest effectieve aanpak van overgewicht bij kinderen een multidisciplinaire benadering is.

- Welke rol kan de huisarts hierin spelen?
- Hoe ziet u de samenwerking met de huisarts?
- Wat verwacht u van de huisarts bij een doorverwijzing?
- Wat kan de huisarts al doen vóór de doorverwijzing? Wat kan de huisarts doen tijdens de multidisciplinaire behandeling? Wat kan de huisarts doen na afloop van de behandeling?
- Zijn er nog meerdere personen die een rol zouden kunnen spelen? (bvb. clb-arts, etc.)
- Wat zijn voor u de voordelen van een multidisciplinaire aanpak in tweede lijn?

- Ziet u bepaalde drempels/moeilijkheden aan de multidisciplinaire aanpak in tweede lijn?
- Zou het mogelijk zijn om een multidisciplinaire aanpak in eerste lijn te voorzien? Zo ja, aan welke voorwaarden moet dan voldaan zijn?
- Ziet u bepaalde drempels/moeilijkheden aan een multidisciplinaire aanpak in eerste lijn?
- Als er grote drempels zijn voor een kind/ouder om aan een multidisciplinair programma deel te nemen, wat kan de huisarts in dat geval doen?
- Er wordt aangeraden om de nadruk voornamelijk te leggen op de context (het ontwikkelen van een gezonde levensstijl (normaal voedingspatroon en gezond gewicht) gekoppeld aan meer welbevinden) en niet zozeer enkel en alleen te focussen op het gewicht. Hoe ziet u daarin de rol van de huisarts? En van de andere zorgverleners?
- Heeft u nog aanvullingen/bedenkingen?

Interview patiënten

Onderzoek toont aan dat de meest effectieve behandeling voor gewichtsproblemen bij kinderen een multidisciplinaire aanpak is. Dit wil zeggen een begeleiding/behandeling door zowel een arts, dieetiste, psychologe als bewegingsdeskundige. Momenteel zijn deze georganiseerde programma's enkel beschikbaar in een ziekenhuis.

- Zou u een behandeling zoals deze overwegen? Zo ja, waarom? Zo neen, waarom niet?
- Kan je mogelijke drempels/hinderpalen bedenken om hieraan deel te nemen?
- Welke verwachtingen heeft u naar de huisarts toe bij de aanpak/behandeling van gewichtsproblemen bij uw kind? (Bvb. geen; volledige begeleiding in alle aspecten (zowel voedings-, bewegings- als psychologische begeleiding?); enkel detectie, nadien doorverwijzing; ondersteunende rol na doorverwijzing; motiverende rol; informerende rol, etc.)
- Welke verwachting heeft u/zou u hebben van een multidisciplinaire aanpak?
- Zou de huisarts u en uw kind kunnen motiveren om aan een multidisciplinair programma deel te nemen? Zo ja, aan welke voorwaarden moet er voldaan zijn? Zo neen, is er iets anders wat wel zou kunnen helpen om u te motiveren?
- Denkt u dat het mogelijk zou zijn om een multidisciplinaire aanpak te voorzien buiten het ziekenhuis? Zo ja, hoe ziet u dit? Zo neen, wat zouden daarvoor de redenen kunnen zijn?
- Zou uw huisarts een rol kunnen spelen in een multidisciplinaire aanpak? Zo ja, welke/hoe ziet u dit? Zo neen, hoe komt dit denkt u?
- Zijn er nog andere personen/hulpverleners die volgens u een rol kunnen spelen in de aanpak van gewichtsproblemen bij uw kind? Zo ja, welke? Zo neen, wat zijn hiervoor de redenen?

- Vindt u het belangrijk dat de huisarts ook aandacht heeft voor de context van uw kind? (Bvb. algemeen ‘goed’ voelen, leerproces, eetpatroon, gezinssituatie, schoolsituatie, etc.) Kunt u daar wat meer over vertellen?
- Er wordt aangeraden om de nadruk voornamelijk te leggen op het ontwikkelen van een gezonde levensstijl (normaal voedingspatroon en gezond gewicht) gekoppeld aan meer welbevinden niet zozeer enkel en alleen te focussen op het gewicht. Wat vindt u hiervan?
- Heeft u nog aanvullingen/bedenkingen?
- Vragen voor het kind: Vele kinderen vinden het niet altijd gemakkelijk om hierover te praten. Wat kan ervoor zorgen dat dit gemakkelijker wordt? Kan de huisarts hierbij helpen? Zijn er andere personen/zaken die kunnen helpenom hierover te praten? Zijn er nog dingen die jij graag zou willen zeggen?