INTERUNIVERSITAIRE MANAMA
OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

DE OVERWEGINGEN EN REACTIES VAN OUDERS TEN AANZIEN VAN DOORVERWIJZING VAN HUN KIND WEGENS OBESITAS DOOR HET CLB

Dr. Froukje Kafeja

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens
Co-promotor: Dr. Katelijne Van Hoeck

Verhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad van ManaMa in de Jeugdgezondheidszorg

20 mei 2021

Contents

VOORWOORD 1
I. INLEIDING 2
I.1. Kadering 2
I.1.1. Wat is obesitas? 2
I.1.2. Wat zijn de kerncijfers? 3
I.1.3 Obesitas detecteren via het CLB 4
I.1.4. De aanpak van obesitas via de CLBs 4
I.4.5. Ervaring als CLB-arts in de doorverwijzing van kinderen met obesitas 5
I.2. Literatuuronderzoek 6
I.2.1. Methodiek om literatuur op te zoeken 6
I.2.2. Resultaten van literatuuronderzoek 9
I.2. Finale onderzoeksvragen 15
I.2.2. Onderzoeksvragen voor deel 1 (kwantitatief) 16
I.2.3. Onderzoeksvragen voor deel 2 (kwalitatief) 16
II. MATERIAAL EN METHODES 17
II.1. Kwantitatieve én kwalitatieve studie 17
II.2. Ethische commissie en data protectie 17
II.3. Doelpopulatie en uitvoeringsdesign 18
II.4. Analyseplan 20
III. RESULTATEN 22
III.1. Resultaten van de kwantitatieve studie 22
III.1.1. Wat is de prevalentie van obesitas? 22
III.1.2. Hoeveel kinderen met obesitas zijn doorverwezen en wat is reden voor niet-doorverwijzing? 22
III.1.3. Voor welk percentage is de doorverwijzing geslaagd? 23
III.2. Resultaten van de kwalitatieve studie 23
III.2.1. Door ouders ervaren belemmerende factoren voor doorverwijzing en de invloed die de medische equipe hierop kan hebben 24
III.2.2. Door ouders ervaren bevorderende factoren voor doorverwijzing en de invloed die de medische equipe daarop kan hebben 30
III.2.3. Thematisch netwerk 34
IV. DISCUSSIE EN CONCLUSIES 37

IV.1. Discussie 37
IV.1.1. Het kwantitatieve deel 37
IV.1.2. Het kwalitatieve deel 38
IV.2. Kritische reflectie eigen werk 42
IV.2.1. Zwakke punten van dit onderzoek 42
IV.2.2. Sterke punten van dit onderzoek 42
IV.2.3. Wat leerde ik uit dit eindwerk? 43
IV.2.3. Bijkomend inzicht verkregen tijdens de masterproef 43
IV.3. Relevantie voor de jeugdgezondheidszorg & aanbevelingen 44
IV.3.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek 44
IV.3.2. Aanbevelingen voor CLB-artsen 44
IV.3.3. Praktische handvaten voor CLB-artsen 46
IV.4. Conclusies 47
SAMENVATTING 49
DANKWOORD 50
BIJLAGEN & REFERENTIELIJST .....

VOORWOORD

Na het afronden van de geneeskunde, wilde ik liefst nog verder het voorbeeld van mijn vader volgen: hij was een geliefde kinderarts. Intussen was ik echter ook aan een ander levenswerk begonnen. Ik droomde met mijn echtgenoot van een groot gezin en wanneer ik assistent werd op de kinderafdeling in het ziekenhuis in Goes, verzorgde ik thuis al ons eerste kind. Familie kwam op de eerste plaats en ik zou mijn loopbaan uitbouwen rond de mogelijkheden om ons kroost groot te brengen. Daarbij proefde ik van allerlei medische opdrachten, waarbij mijn liefde voor kinderen vaak de boventoon speelde. Na mijn baan in Goes, werkte ik als al consultatiebureau-arts, boog me over vaccinatiestudies, deed pre-operatieve consultaties anesthesie, en hakte uiteindelijk de knoop door: Jeugdgezondheidszorg is dé specialisatie op voor mij. Het maken van dit eindwerk is een uitdagende afsluiter van de Manama.

Als CLB-arts bij VCLB De Wissel Antwerpen voel ik me na 6 jaar goed op mijn plaats. Hier liep ik al snel de problematiek van obesitas tegen het lijf. Niet alleen op vlak van volksgezondheid en beleid is die een hele kluif, maar evengoed voor mij tijdens mijn dagdagelijkse consultaties. Wel doordacht koos ik voor 'De overwegingen en reacties van ouders ten aanzien van doorverwijzing van hun kind wegens obesitas door het CLB om handvaten te vinden in hoe ik en mijn collega´s succesvol ouders van kinderen met obesitas kunnen doorverwijzen naar behandelende artsen.

Geen enkel onderdeel van de thesis was me teveel: de initiële literatuuronderzoek van 2017 heb ik een update gegeven na het afronden van het veldwerk. Zo kwam ik op veel meer referenties uit dan de maximale '40', maar dat maakte me niet uit: hoe meer kennis je kan vergaren, des te beter je deze kan toepassen! Ook bleek ik een beter licht op de zaak te krijgen wanneer ik zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek deed, dus ik spaarde ik mij geen enkele moeite en voerde beide uit. Vooral het kwalitatieve deel was een arbeidsintensieve investering waarbij ik maar liefst 125 ouders contacteerde om uiteindelijk 7 diepte-interviews af te nemen. Dit alles resulteerde in praktische handvaten voor CLB-artsen onder de vorm van een checklist, do's and dont's en tips voor het gesprek met het kind. Deze vindt u in de bijlagen.

Veel leesplezier, Froukje.

I. INLEIDING

I.1. Kadering

I.1.1. Wat is obesitas?

Overgewicht en obesitas worden gedefinieerd als overtollig lichaamsgewicht en worden veelal veroorzaakt door een onevenwicht tussen energie inname en energie verbruik, en beide fenomenen zijn te voorkomen.

In deze masterproef wordt geconcentreerd op kinderen met obesitas. Het is wel-beschreven dat obesitas bij kinderen in verband staat met een grotere kans op obesitas op volwassen leeftijd. Dit laatst kan leiden tot cardiovasculaire aandoeningen, diabetes, muskuloskeletale aandoeningen, bepaalde kankers en dus tot invaliditeit en dood.

De Body Mass Index (BMI) is een eenvoudige index om overgewicht of obesitas in kaart te brengen. De normale BMI van schoolgaande kinderen tot 17 jaar neemt toe met hun leeftijd en is geslachtspecifiek. Afkapwaarden worden daarom gedefinieerd met BMI-curves. Er wordt gebruik gemaakt van de curves van de International Obesity Task Force (IOTF), van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) of van groeicurves gebaseerd op een populatie van een land.

In Vlaanderen wordt in de periode van de uitvoering van deze masterproef, ter definitie van obesitas bij kinderen en gebruik gemaakt van de percentielen van de Vlaamse groeicurves die op de leeftijd van 18 jaar de BMI-waard van 30 kg/m^2 kruisen[1]. Deze zijn te vinden op https://www.vub.be/groeicurven/. De medische equipes van de Centra voor Leerling Begeleiding volgen het gewicht en de lengte van de schoolgaande kinderen op. De BMI wordt berekend door software in het medisch dossier en de resulaten en evolutie ervan worden automatisch numeriek en visueel weergegeven.

I.1.2. Wat zijn de kerncijfers?

De WHO publiceerde dat obesitas wereldwijd sinds 1975 bijna verdrievoudigd, in alle leeftijdsgroepen[2]. De prevalentie van obesitas bij kinderen van 5-19 jaar steeg van slechts 1% in 1975 tot 6% bij jongens en 8% bij meisjes in 2016. Dit gaat om 124 miljoen kinderen en adolescenten.

Ook de Europese Commissie (EC) trekt aan de alarmbel[3]. Het wetenschappelijk en kenniscentrum van de EC rapporteerde recent in dat overgewicht en obesitas in Europe een uitdaging zijn en dat lokale en op maat gemaakte gerichte acties en beleidsmaatregelen aanbevolen worden.

Voor België is er de rapportage van de nationale voedingsconsumptiepeiling van 2014/2015. Die geeft aan dat bij Belgische kinderen 3-5 jaar, 6-9 jaar en 10-13 jaar respectievelijk 2.7%, 4.2% en 3.9% obesitas heeft. De cut-offs die in deze publicatie worden gebruikt voor obesitas zijn die van de IOTF. De voorgaande voedselconsumptiepeiling (in 2004) heeft een studiepopulatie vanaf 15 jaar. Hierdoor is op basis van deze cijfers geen trend af te leiden van de prevalentie van obesitas bij kinderen in België[4,5].

Verder rapporteert Scienscano, op basis van de Gezondheidsenquête van 2018, dat in de groep van jongeren tussen 2 en 17 jaar 5,8% kampt met obesitas[6]. Deze trend was stabiel sinds 1997. Globaal genomen is bij de meting van 2013 7% (ook op basis van de IOTF cut-offs) van de kinderen obesitas heeft en is deze prevalentie niet significant verschillend van de voorgaande jaren[7].

De stabilisatie van de prevalentie van obesitas in de laatste jaren is te zien in onder andere meerdere Europese landen en in de Verenigde Staten [8,9,10,11,]. Dit neemt niet weg dat de huidige prevalentie van obesitas onacceptabel hoog is[11].

Verder blijkt dat ouders van kinderen die wegens obesitas gezondheidsrisico´s lopen, moeilijk hun weg tot effectieve hulpverlening vinden[12,13]. Ouders spelen nochtans een cruciale rol in de behandeling van hun kinderen met obesitas[14,15].

Tijd dus voor actie. “Wat kan ik als arts bijdragen vanuit mijn job bij een Centrum voor Leerlingen Begeleiding?” ging er door mijn hoofd.

I.1.3 Obesitas detecteren via het CLB

Centra voor Leerlingen Begeleiding (CLBs) kunnen een belangrijke rol spelen in tijdige detectie van obesitas en kinderen met obesitas via hun ouders doorverwijzen naar de behandelende arts, zodat het probleem aangepakt wordt.

Kinderen kregen ten tijde van het uitvoeren van dit eindwerk, door de medische equipe van het CLB een verplicht onderzoek in de 1e kleuterklas, de 2e kleuterklas, het 1e leerjaar, het 3e leerjaar en het 5e leerjaar. Een CLB-arts voerde het onderzoek mee uit in de 2e kleuterklas en het 1e en 5e leerjaar. De overige, meer beperkte onderzoeken werden enkel door een verpleegkundige uitgevoerd. Tijdens elk preventief onderzoek worden lengte en gewicht geregistreerd en de BMI berekend op basis van de Vlaamse groeicurves van 2004.

Achteraf krijgen de ouders per brief de bevindingen. Als blijkt dat een kind obesitas heeft, wordt dit in deze brief aan de ouders uitgelegd. Overgewicht wordt in deze ouderbrieven wel aangekaart, maar enkel voor obesitas wordt steeds doorverwezen. In de ouderbrief worden in de praktijk soms een paar zinnen standaard advies over gezond eten en bewegen gezet of brochures over gezond eten en bewegen worden meegestuurd. Deze methodes zijn volgens de literatuur niet effectief[16]. Begeleiding (eventueel telefonisch) van ouders kan een positief effect hebben op het dieet van hun kinderen, maar er wordt op die manier geen toename van beweging bekomen[17].

I.1.4. De aanpak van obesitas via de CLBs

Een Cochrane review laat zien dat een effectieve behandeling van obesitas minstens moet bestaan uit aanleren van gezonde dieet- en beweeggewoontes met behulp van gedragstherapie[18]. Deze aanpak vindt men terug in een multidisciplinaire behandeling, waar naast begeleiding door diëtist, arts en fysiotherapeut, een belangrijke rol weggelegd is voor een psycholoog. Deze zal met ouders en kinderen werken rond motivatie en emotionele aspecten verbonden aan obesitas. Dit is cruciaal om de beoogde gedragsveranderingen te bekomen en behouden.

Alhoewel het CLB multidisciplinair werkt, is het langdurig begeleiden van alle kinderen met obesitas verbonden aan het CLB niet haalbaar. Deze taak ligt ook bij curatieve gezondheidszorg. De Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) voorziet de medische equipe van het CLB in de nodige theoretische omkadering en richtlijnen voor de preventieve onderzoeken bij schoolkinderen. CLB-artsen en verpleegkundigen volgen normaal gezien de richtlijn gewicht van de VWVJ. Daarin wordt besloten dat kinderen met obesitas doorverwezen dienen te worden voor behandeling, zodat zij langdurig multidisciplinair opgevolgd kunnen worden. Het wordt aangeraden vooraf contact te hebben met de ouders, zodat gepeild kan worden naar hun bereidheid om op de doorverwijzing in te gaan.

I.4.5. Ervaring als CLB-arts in de doorverwijzing van kinderen met obesitas

De onderzoeker, werkzaam in het CLB merkt echter op dat ouders van kinderen die door middel van een ouderbrief wegens obesitas doorverwezen worden, lang niet altijd in gaan op die doorverwijzing. Het jeukt om het aantal geslaagde doorverwijzingen te kunnen verhogen. Om verandering in te bewerkstelligen is het echter eerst nodig om te weten wat het standpunt van de betrokken ouders in de kwestie is en welke factoren voor hen allemaal meespelen. Wordt het al of niet ingaan op doorverwijzing beïnvloed door de manier waarop de medische equipe de doorverwijzing aan ouders presenteert? Zijn er zaken die spelen in het leven van ouders, die als gevolg hebben dat zo een doorverwijzing bij hen vaak geen weerklank vindt? Zijn er factoren die juist bevorderend kunnen werken? Tot slot, kunnen bepaalde factoren beïnvloed worden door het CLB?

Als achtergrond voor dit eindwerk zocht de onderzoeker literatuur over de effecten van doorverwijzingen kinderen met obesitas naar behandelende artsen. Welke factoren bepalen of ouders ingaan op doorverwijzing van hun kind?

Kadertekst 1: Literatuuronderzoek

I.2. Literatuuronderzoek

I.2.1. Methodiek om literatuur op te zoeken

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag leveren quaternaire bronnen (richtlijnen van National Guideline ClearingHouse, Cebam, Domus Medica, Nederlands Huisartsen Genootschap en van de Vlaamse en Nederlandse jeugdgezondheidszorg) en tertiaire bronnen (Clinical Evidence, Cochrane database, Minerva en ACP-Journal) onvoldoende informatie op.

I.2.1.a. PEO-vraag

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden wordt een PEO-vraag[19] opgesteld (zie tabel 1). Het antwoord wordt gezocht in Medline database met behulp van de Pubmed-zoekmachine. In een tentatieve zoektocht waarin ook het trefwoord “obesity” wordt gebruikt, worden slecht enkele relevante onderzoeksartikels weerhouden. Uit de referentielijsten van deze artikels blijkt dat heel wat interessante publicaties gemist worden. De zoektermen worden verbreed. Er wordt onder andere op “overweight” gezocht in plaats van “obesity”. Dit levert niet alleen de reeds gevonden relevante artikels, maar ook veel van de bijkomende publicaties die eerder via de referentielijsten gevonden werden.

PEO-vraag	vrije tekst, **trefwoorden**	MeSH-termen Pubmed
Populatie	**ouders** van **kinderen** (met **overgewicht/obesitas** of andere aandoening)	Parents, (child OR child, preschool OR adolescent)*, pediatrics
Exposure	**doorverwijzing** van kinderen naar de dokter	(referral and consultation), physicians
Outcome	**attitude** van die door ouders tov doorverwijzing	attitude, (patient acceptance of health care), (health behavior), (health knowledge, attitudes, practice), decision making, motivation, qualitative research OR interviews as topic

Tab 1. De onderzoeksvraag in de vorm van een PEO-vraag
* child, preschool = 2-5 jaar; child = 6-12 jaar; adolescent = 13-18 jaar

De eerste zoektocht wordt uitgevoerd op 30/10/2017 en 15/11/2017 op basis van de MeSH-termen in verschillende combinaties:

- parents AND (child OR child, preschool OR adolescent) AND overweight AND (qualitative research OR interviews as topic).
- parents AND ((child OR child, preschool OR adolescent) OR pediatrics) AND (referral and consultation OR physicians) AND (atittude OR patient acceptance of health care OR health behavior OR health knowledge, attitudes, practice OR decision making OR motivation) AND (qualitative research OR interviews as topic)
- parents AND (child OR child, preschool OR adolescent) AND referral and consultation AND (qualitative research OR interviews as topic)
- parents AND (child OR child, preschool OR adolescent) AND patient acceptance of health care AND (qualitative research OR interviews as topic).

De tweede zoektocht, na het voltooien van de kwantitatieve en kwalitatieve studie, wordt uitgevoerd op 20/03/2021, in Medline met behulp van Pubmed, op basis van de volgende MeSH-termen: parents AND (child OR child, preschool OR adolescent) AND (overweight OR obesity) AND (qualitative research OR interviews as topic). Er worden acht onderzoeksartikels weerhouden, waaronder twee reviews[20,21,22,23,24,25,26,27]. De belangrijkste bevindingen van deze update worden mee besproken in de resultaten (I.2.2) hier onder.

I.2.1.b. Vernauwen van de resultaten van het literatuuronderzoek

De oorspronkelijke zoektocht van de Medline database op 30-10-2017 en 15/11/2017 levert respectievelijk 1297 en 401 hits op. De referenties van de weerhouden publicaties leveren 10 bijkomende onderzoeksartikels op. De selectieprocedure van de gevonden artikels is beschreven in figuur 1.

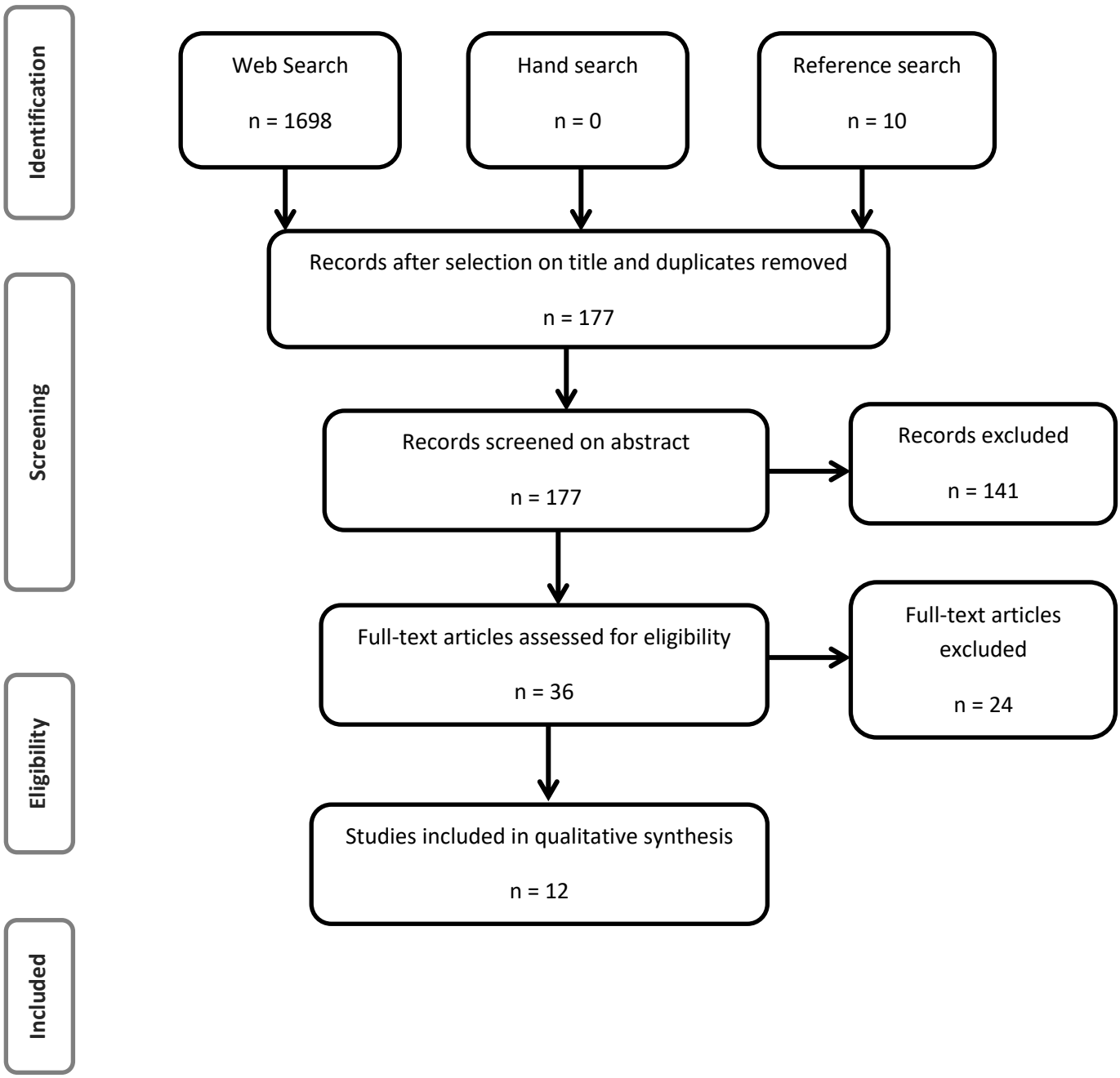

Fig 1. Selectie van publicaties tijdens oorspronkelijke literatuurstudie

De onderstaande criteria worden aangehouden tijdens de selectie.

Inclusiecriteria:
- studies die onderzoeken waarom ouders van kinderen van 2 tot en met 12 jaar met overgewicht/obesitas ingaan op doorverwijzing voor behandeling door een kinderarts of door middel van een interventieprogramma
- studies uitgevoerd bij autochtonen of allochtonen in Westerse landen

Exclusiecriteria:
- studies die onderzoeken waarom ouders van kinderen met overgewicht/obesitas wel of niet hulp zoeken voor dit probleem bij de huisarts zonder doorverwezen te zijn
- studies die kennis, percepties en attitudes van ouders ten aanzien van overgewicht/obesitas van hun kinderen beschrijven
- studies die onderzoeken waarom ouders al of niet deelnemen aan initiatieven ter primaire preventie van overgewicht
- studies die onderzoeken waarom ouders kinderen al of niet naar de tandarts/orthodontist nemen
- studies die onderzoeken waarom ouders met kinderen met overgewicht/obesitas of een ingestelde behandeling/gestarte interventie niet volhouden
- studies die de neiging tot hulp zoeken van ouders voor overgewicht/obesitas theoretisch bij ouders bevragen, terwijl hun kinderen geen overgewicht/obesitas hebben
- artikels geschreven in andere taal dan Engels of Nederlands

Kadertekst 2: Inclusie- en exclusiecriteria

I.2.2. Resultaten van literatuuronderzoek

In de hierop volgende resultaten wordt eerst besproken waarom ouders wel of niet op een doorverwijzing naar een multidisciplinaire behandeling in zijn gegaan. Nadien welke al of niet modifieerbare factoren hierin een rol hebben gespeeld, welke barrières er op kunnen treden volgens de huisarts en tenslotte hoe een doorverwijsgesprek zelf faciliterend kan werken.

I.2.2.a. Waarom gaan ouders NIET in op een verwijzing naar multidisciplinaire behandeling?

In een studie uitgevoerd in bij hooggeschoolde ouders in Canada werd onderzocht waarom het merendeel van de ouders (voornamelijk moeders) niet ingingen op een doorverwijzing naar een multidisciplinair behandelingscentrum, alhoewel de interventie voor hun kind met overgewicht/obesitas van 10-17 jaar kosteloos werd aangeboden[28]. Overgewicht/obesitas

werd gedefinieerd als BMI ≥ 85ste percentiel volgens de 2000 BMI-curves van de Centers for Disease Control (CDC). Tijdens interviews bij 18 van deze ouders bleek dat ze niet deelnamen omdat:

- ze behandeling niet nodig achtten: hun kind had recent gewicht verloren of ouders dachten dat hun kind uit de obesitas zou groeien, ze onderschatten het overgewicht van hun kind, ze gingen ervan uit dat een toename van spiermassa de gewichtstoename verklaarde of ze vonden dat hun kind wel obesitas had, maar verder gezond was;
- de behandeling niet meer nodig werd geacht tegen de tijd dat er contact was gemaakt met de gewichtskliniek, omdat intussen de levensstijl van hun kind al gezond was of hun kind thuis voldoende steun had om daar gewicht te verliezen;
- ouders ondanks dat ze behandeling nodig achtten, ze deze niet initieerden omdat ze bang waren voor negatieve psychologische gevolgen van het nadruk leggen op de obesitas van hun kind, hun kind door de interventie lessen zou missen op school, vanwege kosten (vrij nemen van werk, transportkosten) of omdat ouders de verwachting hadden dat de interventie onvoldoende effect zou hebben;
- men de intentie had om te starten met behandeling, maar er externe (bijvoorbeeld onvoldoende tijd) of interne barrières (bijvoorbeeld uitstelgedrag) waren.
- de omstandigheden hen op het moment van een afspraak tegenhielden: ouders waren de afspraak vergeten, ze waren te vermoeid na het werk of er waren slechte weersomstandigheden.

I.2.2.b. Waarom gaan ouders WEL in op een verwijzing naar multidisciplinaire behandeling?

Vijf studies, waaronder één review die 13 publicaties samenvatte, onderzochten juist waarom ouders (voornamelijk moeders) hun kinderen wel lieten deelnemen aan interventies die overgewicht/obesitas behandelden. De gezinnen in deze studies woonden stedelijk of landelijk, hadden zowel een negroïde of blanke huidskleur en kwamen uit de Verenigde Staten van Amerika, Australië, Nieuw-Zeeland, Engeland of Denemarken. Ouders hadden zowel hogere als lagere inkomens of scholing en waren gehuwd of alleenstaand. De kinderen hadden overgewicht of obesitas (definities in tabel 2) en waren tussen de leeftijd van 4 en 13 jaar.

Onderzoek		Definitie overgewicht (OG)/obesitas(OB)
Kelleher et al, 2016	Fagg et al, 2015	OG+OB: BMI > 91ste percentiel van de 1990 BMI-curves van het Verenigd Koninkrijk (VK)
	Welsby et al, 2014	OG+OB: BMI ≥85ste percentiel van de 2000 BMI-curves van de Centers for Disease Controle (CDC)
	Stockton et al, 2012	OB preventie studie: meisjes met hoger risico van ontwikkelen van obesitas. Inclusie vanaf BMI ≥ 25ste percentiel volgens de 2000 BMI-curves van de CDC en/of ten minste één ouder met OG (BMI ≥ 25)
	Williams et al, 2010	OG+OB: BMI ≥85ste percentiel van de 2000 BMI-curves van de CDC
	Gronbaek et al, 2009	OB: 40% boven de mediaan van de Deense gewicht-voor-lengte waarde (komt overeen met BMI dichtbij de 99ste percentiel voor 10 tot 12 jarige kinderen)
	Teevale et al, 2015	OB: volgens International Obesity Taskforce (IOTF) cut-offs (Cole et al 2000; Cole et al 2007)
	Lucas et al, 2014	OG+OB: BMI > 91ste percentiel van de 1990 BMI-curves van het VK
	Grow et al, 2013	OG+OB: BMI ≥85ste percentiel van de 2000 BMI-curves van de CDC
	Newson et al, 2013	OB: BMI >98ste percentiel van de 1990 groeicurves van het VK
	Vistram et al, 2012	OG+OB: BMI > 91ste percentiel van de 1990 BMI-curves van het VK
	Twiddy et al, 2012	OB: BMI >98ste percentiel van de 1990 groeicurves van het VK
	O´Connor et al, 2013	OG: BMI ≥ 85ste percentiel. OB: BMI tussen de 95ste en de 99ste percentiel (geen morbide OB) volgens de 2000 BMI-curves van de CDC
	Rice et al, 2008	OG: BMI tussen de 85ste en 95ste percentiel. OB: BMI ≥95ste percentiel volgens de 2000 BMI-curves van de CDC
Taylor et al, 2013		OG+OB: BMI ≥85ste percentiel volgens de 2000 BMI-curves van de CDC
Davidson et al, 2017		OG: volgens de IOTF cut-offs
Pescud et al, 2010		OG+OB: volgens de IOTF cut-offs
Kulik et al, 2017		OG+OB: BMI ≥85ste percentiel volgens de 2000 BMI-curves van de CDC

Tab 2. Definitie van overgewicht en obesitas in studies die factoren onderzochten die deelname aan een interventie voorspelden

Uit deze studies bleek dat er bepaalde basisvoorwaarden nodig waren voor ouders om hun kinderen aan een interventies deel te laten nemen, namelijk:

- erkenning van het probleem en de ernst ervan door ouders. Ouders gebruikten voornamelijk subjectieve methodes om de ernst van overgewicht/obesitas in te schatten (kleding die te snel te klein wordt, vergelijken met andere kinderen). Ze gingen minder vaak af op de objectieve metingen van een gezondheidswerker. De ouders namen de beslissing om de behandeling te starten. Kinderen gingen er vaak in mee zonder een echte reden of interesse;

- grotere motivatie voor deelname, omdat ouders zich zorgen maakten over het psychologisch welzijn van hun kind. Dit gebeurde wanneer hun kind zich bewust was van het overgewicht/de obesitas en er eventueel ongelukkig over was, het kind ermee gepest werd of hun kind niet deel wilde nemen aan sportieve activiteiten;
- ouders hadden het gevoel dat ze de controle over het gewichtsprobleem van hun kind kwijt waren. Ze hadden alles al geprobeerd (gezonde levensstijl, goede voorbeeld geven), maar de andere ouder had geen inzicht, er waren verkeerde invloeden uit de omgeving (media, reclame, keuze van eten in restaurant) en het gewicht van hun kind bleef toenemen. Hierdoor waren ouders bereid om “alles” te proberen;
- ouders verwachtten ten gevolge van de deelname een vermindering van overgewicht/obesitas en een toename van het zelfvertrouwen van het kind.

I.2.2.c. Niet-modifieerbare factoren die het ingaan op een doorverwijzing voorspellen

Daarnaast kwamen er een paar niet-modifieerbare factoren naar voren die deelname aan een interventie voorspelden. Meisjes maakten minder kans dan jongens om deel te kunnen nemen aan een interventie. Gezinnen uit buurten met een laag inkomen waren moeilijk te rekruteren voor deelname aan een interventie. Kinderen met hoger geschoolde moeders hadden een hogere kans op deelname. De BMI bij aanvang van een interventie en de leeftijd van het kind met overgewicht/obesitas hadden geen invloed op het starten van een behandeling.

I.2.2.d. Modifeerbare factoren die het ingaan op doorverwijzing beïnvloeden

De zes publicaties bovengenoemde publicaties bieden ook inzicht in welke factoren die beïnvloeden dat een ouder al of niet besluit om het kind deel te laten nemen een interventie, modifieerbaar zijn [28,29,30,31,32,33].

- ondersteuning van de ouder door partner en/of familie;
- de inhoud van de interventie omvatte meerdere onderdelen gericht op het veranderen van levensstijl, namelijk gezond dieet, gezond bewegen en gedragsmatige componenten
- de locatie van de interventie was in de buurt;
- kosteloosheid van de interventie, vooral bij ouders die onverzekerd waren of geen financiële ondersteuning aangeboden kregen voor de deelname.

Kadertekst 3: bevorderende modifieerbare factoren

Interne barrières bestonden uit:
- angst voor stigma rond overgewicht/obesitas;
- tegenzin om het kind overstuur te maken door het te labelen als iemand met een te hoog gewicht;
- verkeerd begrepen hebben hoe de interventie praktisch georganiseerd was;
- uitstelgedrag of ziekte van de ouder.

Externe barrières werden gevormd door:
- logistieke zaken. De locatie van de interventie was onpraktisch (te ver weg, onveilige buurt, ouders hadden geen eigen transport), afspraken moesten gemaakt worden op een onhandig moment van de dag of ouders hadden onvoldoende tijd (beide ouders werkten, alleenstaande ouder);
- een moeilijk te motiveren kind. Het kind was beschaamd over het overgewicht of wilde alleen deelnemen als het ging om een interventie met leeftijdsgenootjes;
- het netwerk van de ouders. Ze kregen negatief advies van partner, familie of vrienden omtrent deelname aan de interventie. Er was rond de ouder gebrek van erkenning van het probleem of gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel.
- de houding van de huisarts of kinderarts. Zij zorgden dat ouder zich veroordeeld of beschuldigd voelden vanwege het overgewicht/de obesitas van het kind. Verder kwamen huisarts of kinderarts niet zelf met een voorstel van of informatie over een interventie, maar moesten ouders daar zelf om vragen. Nadien volgden de huisarts of kinderarts niet op of ouders op een doorverwijzing in waren gegaan. Tenslotte waren er ook huisartsen die stelden dat de kinderen met overgewicht/obesitas vanzelf uit hun probleem zouden groeien.

Kadertekst 4: belemmerende modifieerbare factoren

I.2.2.e. Welke barrières treden op bij verwijzing volgens de huisarts?

Tijdens de literatuurstudie wordt één publicatie gevonden die een onderzoek beschrijft naar de beste strategieën ter behandeling van overgewicht en obesitas (zoals gedefinieerd door de CDC of de WHO) bij kinderen van 4-10 jaar binnen tien huisartsenpraktijken in Australië[34]. In deze publicatie wordt ingegaan op de barrières die optreden, wanneer

huisartsen doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp. De geïnterviewde huisartsen vertelden dat er geen gebruik werd gemaakt van hun doorverwijzing, omdat ouders het gezondheidsprobleem van hun kind niet erkenden, omdat ze geen veranderingen wilden doorvoeren in hun levensstijl of omdat ze culturele drempels hadden om toegang tot hulpverlening te krijgen. Dit laatste ging over ouders die geëmigreerd waren vanuit Zuid-Azië.

I.2.2.f. Hoe kan de CLB-arts het doorverwijsgesprek faciliterend maken?

De update van de literatuurstudie bevestigt het gros van de bevorderende en belemmerende factoren die reeds werden gevonden door middel van de originele literatuurstudie. Bijkomende relevante informatie wordt gevonden in een review van Grootens-Wiegers et al. Deze geeft inzicht op welke manier een doorverwijsgesprek zelf faciliterend of belemmerend kan werken op het ingaan op een doorverwijzing naar een multidisciplinaire behandeling[35]. De aanpak moet positief, constructief en oplossingsgericht zijn, niet veroordelend en gericht op problemen. De houding van de doorverwijzer moet gericht op de ouder, geïnteresseerd en gevoelig zijn. Een afstandelijke houding met een gesprek gericht op het biomedische, werkt demotiverend. Het taalgebruik is best motiverend en positief, niet beschuldigend en stigmatiserend. Tenslotte moet de verwijzer, zich bewust zijnde van de complexiteit van het ontstaan van overgewicht/obesitas, tijdens het gesprek niet de nadruk leggen op gewicht(sverlies), maar op een gezonde levensstijl.

I.2.2.g. Theoretische modellen die het gedrag van ouders bij doorverwijzing kaderen.

De CLB-arts kan dus zelf impact hebben op het bekomen van een succesvolle doorverwijzing door positief, constructief en oplossingsgericht te zijn, kortom door een motiverend aanpak te hebben. Daarom heeft de onderzoeker de motivationele modellen beschreven, die hierover in de literatuur gevonden werden. Dit valt buiten de afgebakende opdracht van deze masterproef en buiten de mogelijkheden om alle vergaarde kennis samen te vatten in een manuscript met maximaal 50 pagina's, dus kan de geïnteresseerde lezer hier verder over lezen in bijlage 1. Hieronder een korte introductie.

De bijlage start met het ***transtheoretic model of behaviour change*** van Prochaska en DiClemente. Vervolgens wordt het link gemaakt met de **richtlijnen overgewicht** van de

jeugdgezondheidzorg in Nederland en van de **VWVJ in Vlaanderen**: de ouders van kinderen met overgewicht/obesitas gaan door verschillende stadia van gedragsverandering en men raadt aan na te gaan in welke stadium van gedragsverandering ouders zich bevinden, zodat de hulpverlener daarbij kan aansluiten. Deze richtlijnen wijzen op motivationele gespreksvoering om ouders in dit proces vooruit te helpen.

Wanneer dit wordt toepast op de gezondheidszorg door Ryan en Deci, komt men tot de ***self-determination theory model of health behaviour change***. Een volgend model dat toegepast kan worden op ingaan op doorverwijzing, is de ***theory of planned behavoir*** van Ajzen. Tenslotte gebruikten Gross et al het ***interaction model of client health behavior*** om de determinanten van gezondheidsgedrag van moeders voor hun kinderen te onderzoeken.

I.2. Finale onderzoeksvragen

Vanuit de realiteit van het werk als CLB-arts, wil de onderzoeker enerzijds (deel 1) onderzoeken in welke mate kinderen met obesitas door het eigen CLB naar de behandelende arts doorverwezen worden en of de ouders met die doorverwijzing aan de slag gaan. Anderzijds (deel 2) hoe de ouders de doorverwijzing ervaren en wat bepaalt of ze al dan niet werkelijk een behandelende arts consulteren voor de obesitas van hun kind en of de medische equipe daar een invloed op heeft.

I.2.1. Afbakening steekproef en tijdspanne

Voor beide delen wordt een heldere steekproef en tijdspanne voor het onderzoek gedefinieerd. De steekproef wordt afgebakend door leerlingen in scholen met een samenwerkingscontract van VCLB De Wissel Antwerpen, waarin de onderzoeker werkzaam was (zie opmerking 1). De steekproef bestaat uit:

a) kleuters, gelimiteerd tot kinderen in de 1^{e} en 2^{e} kleuterklas,
b) lagere school kinderen, gemiliteerd tot kinderen in het 1^{e}, 3^{e} en 5^{e} leerjaar en
c) de ouders van deze kinderen

De tijdspanne voor het onderzoek betreft het schooljaar 2017-2018.

Opmerking 1: Voor zowel deel 1 als 2 wordt de steekproef getrokken uit de zes scholen waar de onderzoeker verantwoordelijk was voor medische onderzoeken. Na problemen met de rekrutering wordt voor het kwalitatief deel deze verder open getrokken naar nog 8 scholen waar de onderzoeker in staat voor de vraag-gestuurde werking van het CLB.

I.2.2. Onderzoeksvragen voor deel 1 (kwantitatief)

1. Wat is de prevalentie van obesitas?
2. Hoeveel kinderen worden omwille van obesitas door het CLB doorverwezen naar hun behandelende arts en wat is de reden voor eventuele niet-doorverwijzing?
3. Voor welk percentage is de doorverwijzing geslaagd (zie opmerking 2)?

Opmerking 2: geslaagde doorverwijzing wordt gedefinieerd als een doorverwijzing waarbij ouders met hun kind met obesitas op consultatie gingen bij hun behandelend arts om de obesitas en de mogelijke aanpak daarvan te bespreken. Deze actie wordt vastgesteld doordat het VCLB een bericht van de behandelende arts terug kreeg, of op basis van een mededeling van de ouders zelf indien een bericht van de behandelende arts ontbreekt.

I.2.3. Onderzoeksvragen voor deel 2 (kwalitatief)

Hoe ervaren ouders de doorverwijzing en welke factoren beïnvloeden hun beslissing, wanneer ze al dan niet in gaan op de doorverwijzing naar de behandelend arts vanwege de obesitas van hun kind?

SUBVRAGEN:

a. Welke factoren ervaren ouders als belemmerend voor het in gaan op de doorverwijzing?

b. Welke factoren ervaren ouders als bevorderend voor het in gaan op de doorverwijzing?

c. Op welke van die factoren kan volgens ouders de medische equipe een invloed hebben?

II. MATERIAAL EN METHODES

II.1. Kwantitatieve én kwalitatieve studie

Een kwantitatieve studie (een cross-sectioneel retrospectief onderzoek) op basis van de medisch elektronische dossiers binnen het eigen CLB is de meest aangewezen methodiek voor deel 1, om te onderzoeken in welke mate kinderen met obesitas door het CLB naar de behandelende arts doorverwezen worden en of de ouders op die doorverwijzing in gaan. Al doende worden ook die kinderen met obesitas geïdentificeerd waarvan de ouders in aanmerking komen voor een interview in het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Om de onderzoeksvraag van deel 2 duidelijk te stellen wordt het SPIDER-acroniem gebruikt.

Sample**:** Ouders van kinderen met obesitas uit de hoger beschreven steekproefpopulatie. **P**henomenon of **I**nterest**:** Welke factoren beïnvloeden dat ouders al of niet in gaan op doorverwijzing? **D**esign**:** Semi-gestructureerde interviews met ouders met thematische analyse van de verkregen data, door afbraak en wederopbouw daarvan. **E**valuation**:** Thematische geanalyseerde data. **R**esearch type**:** Kwalitatief onderzoek.

Kadertekst 5: SPIDER-acroniem

Hieruit volgt dat een kwalitatieve studie op basis van interviews met de ouders, de meest aangewezen methodiek is om te onderzoeken hoe ouders de doorverwijzing ervaren en wat meespeelt in hun beslissing of ze al dan niet een behandelende arts te consulteren voor de obesitas hun kind en of de medische equipe daar een invloed op heeft.

II.2. Ethische commissie en data protectie

Alvorens het onderzoek wordt uitgevoerd, wordt toestemming verkregen van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Wegens een moeizaam verlopende rekrutering wordt halverwege de kwalitatieve studie een amendement ingediend bij en goedgekeurd door ditzelfde comité. Details staan in bijlage 2.

Dataprotectie wordt verzekerd doordat de verzamelde data van zowel het kwantitatieve als kwalitatieve deel, bewaard worden op een beveiligde server binnen het eigen CLB, in een map waar alleen de onderzoeker toegang toe heeft. Geanonimiseerde data zijn ook aanwezig op een beveiligde computer waarvan de toegang beperkt is tot de onderzoeker.

II.3. Doelpopulatie en uitvoeringsdesign

De afbakening van de steekproef als doelpopulatie en de tijdspanne is hoger beschreven bij ‘Finale Onderzoeksvragen’.

Voor het kwantitatieve onderzoek worden door de onderzoeker tussen september 2018 en januari 2019 handmatig de dossiers van de leerlingen van de steekproef geraadpleegd in een beveiligd elektronisch systeem, het Leerlingen Activiteiten en Registratie Systeem (LARS). De medische equipe van het CLB bestaande uit artsen en verpleegkundigen, noteren hier tijdens hun medische onderzoeken al hun bevindingen in. Hieronder vallen ook geslacht, lengte en gewicht. Deze gegevens worden door LARS gebruikt om de BMI te berekenen. De cut-offs op basis van de Vlaamse groeicurves van 2004 worden automatisch toegepast, om te bepalen in welke categorie het gewicht valt. Alle kinderen waarbij de BMI valt in de door LARS toegekende categorie “BMI boven hoge aandachtsgebied” worden beschouwd als obees. Zie voor de BMI-curve voor meisjes figuur 2.

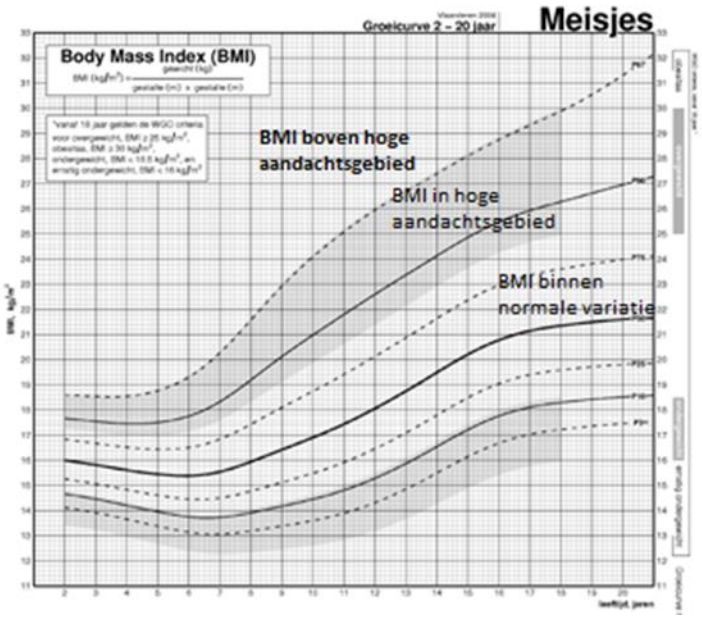

Fig 2. Cut-off waarden van BMI voor meisjes in LARS

Met behulp van dit systeem worden ook de brieven aan de ouders opgesteld, contacten met ouders geregistreerd en bericht terug van behandelende artsen na doorverwijzing bijgehouden. In LARS wordt door de onderzoeker op basis van klaslijsten, voor elke leerling met obesitas uit de steekproef de ouderbrief opgezocht. Als een kind met obesitas niet

werd doorverwezen, wordt nagegaan wat de reden was dat dit werd nagelaten. Als een kind met obesitas wel werd doorverwezen, wordt bekeken of de ouders op de doorverwijzing in zijn gegaan. Om onderzoeksvraag 3 te beantwoorden, wordt gebruik gemaakt van routine rappels per telefoon, als in LARS nog niet geregistreerd staat of ouders al dan niet op de doorverwijzing zijn ingegaan.

Voor het kwalitatieve onderzoek komen alle ouders in aanmerking van de leerlingen met obesitas uit de steekproef, die doorverwezen waren naar een behandelende arts. Elk van die ouders wordt per telefoon uitgenodigd om deel te nemen aan een interview, krijgt mondelinge informatie, de kans om vragen te stellen, eventueel gevolgd door een informatiebrief en het te ondertekenen toestemmingsformulier (bijlage 3). Wanneer ouders op eender welk moment tijdens de rekrutering of tijdens het onderzoek weigeren deel te nemen, wordt geprobeerd om van hen te vernemen waarom ze hiervoor kiezen. Tussen februari en juli 2019 worden de deelnemende ouders geïnterviewd, om de drie subvragen van het kwalitatieve deel te beantwoorden. De onderzoeker interviewt in functie van de ouders hun wens op het CLB, op school, bij de ouders thuis of telefonisch (met in dat geval een mondelinge informed consent procedure). De maximale duur van een diepte-interview is 1,5 uur. In bijlage 4 leest u het semi-gestructureerde interview met open vragen en de voorbereidingen die de onderzoeker uitvoerde om de interviews op te maken. Zeven ouders worden geïnterviewd zoals gevisualiseerd in tabel 3. Deze steekproefmatrix wordt gebruikt met de bedoeling om een zo gevarieerd mogelijke steekproef te bekomen.

Klas van kind in 2017-2018	Aantal ouders wel in gegaan op verwijzing	Aantal ouders niet in gegaan op verwijzing
1e kleuterklas		1
2e kleuterklas		
1e leerjaar	2	
3e leerjaar	2	1
5e leerjaar	1	

Tab 3. Ingevulde steekproefmatrix

II.4. Analyseplan

Voor de analyse van het kwantitatieve deel verzamelt de onderzoeker de gegevens in een Excel-file. Eenvoudige statistiek wordt uitgevoerd om prevalenties en 95% betrouwbaarheidsintervallen te berekenen.

Voor de analyse van het kwalitatieve deel wordt gekozen voor thematische analyse van de opgenomen en verbatim uitgetypte interviews. Kort na elk interview wordt een beknopt methodologisch verslag gemaakt. Tijdens het uittypen worden de identificerende gegevens van de ouders en hun kind(eren) verwijderd uit de tekst. Daarna worden de opnames verwijderd. De verzamelde data (inclusief de identificatiegegevens van de kinderen met obesitas en hun ouders) worden binnen het eigen CLB op een beveiligde server bewaard, binnen een map waar alleen de onderzoeker toegang toe heeft.

De analyse wordt uitgevoerd conform de methode beschreven in het handboek kwalitatief onderzoek van Mortelmans[36], door afbraak en wederopbouw van de data op de wijze dat dit gebeurt in de Grounded Theory benadering. Dit echter zonder het uitwerken en toetsen van een verklarende theorie. De gevonden thema´s worden enkel beschreven en hun onderlinge verbanden in kaart gebracht door middel van een thematisch netwerk, zoals Attride-Sterling[37] het aanbeveelt.

Tijdens het analyseproces worden vaste stappen gevolgd, die worden bijgehouden in een codeboek, het logboek van de analyse. Het finale codeboek, gemaakt door de onderzoeker vindt u in bijlage 5. Eerst wordt alle relevante tekst die antwoord geeft op de onderzoeksvraag, in de interviews onderlijnd. Per fragment, zin of een deel van een zin (kolom 3 en 5 van het codeboek) wordt er een initiële code toegekend (kolom 2). Verder werkt men volgens Mortelmans[36] tijdens het coderen volgens de onderstaande vragen. Ze zijn in deze volgorde te beantwoorden.

1. Op welke onderzoeksvraag geeft dit fragment een antwoord? (kolom 4)
2. Naar welk concept, deel van de theorie verwijst dit fragment?
   (enkel aanwezig in het initiële codeboek)
3. Wat is het onderliggende proces waarmee de respondent in de fragment te maken krijgt? (kolom 6).

Nadien volgt het organiseren van de verkregen codeset. Hierbij worden de verkregen codes ook gereduceerd en geïntegreerd. Het reduceren wordt gedaan door het geven van één code aan verschillende synonieme codes en door aan te specifieke codes één overkoepelende code toe te kennen (kolom 1). Het integreren houdt het groeperen tot hoofd- en subthema´s in.

Mortelmans[36] stelt dat een kwalitatieve analyse een cyclisch proces is, waarbij na het afnemen van een aantal interviews een tussentijdse analyse volgt. Het interviewscript wordt hieraan aangepast hetgeen leidt tot het bespreken van nieuwe of tot dan toe onderbelichte thema´s tijdens de volgende reeks interviews. Tijdens het analyseren leidt dit to constant vergelijken van de ontstane codes en concepten met de data. In dit onderzoek is na drie interiews zo een tussentijdse analyse uitgevoerd.

De uitgetypte interviews met de bijbehorende codes worden met de promotor besproken, wat de reflectie over de resultaten stimuleert. Dit zowel na het coderen van interview 1 en 2, als na het coderen en organiseren na interview 3 en nadat alle interviews gecodeerd en georganiseerd zijn.

III. RESULTATEN

III.1. Resultaten van de kwantitatieve studie

In het schooljaar 2017-2018 zijn 1064 kinderen ingeschreven in de 1e en 2e kleuterklas en het 1e, 3e en 5e leerjaar in de zes scholen waar door de onderzoeker in VCLB De Wissel Antwerpen het preventieve medische luik verzorgt. Een verplicht preventief medisch onderzoek is uitgevoerd bij 987 kinderen. Voor 77 van hen heeft de onderzoeker tijdens de studieperiode geen toegang meer tot het dossier, werd geen medisch onderzoek uitgevoerd of geen lengte- en gewichtsmeting genoteerd – vaak doordat deze kinderen in de tussentijd werden ingeschreven in een andere school, die door een ander CLB werd bediend.

III.1.1. Wat is de prevalentie van obesitas?

De prevalentie van obesitas voor de 987 kinderen is overzichtelijk in tabel 4 weergegeven.

Klasjaar	Totaal aantal leerlingen	Aantal obese leerlingen	Prevalentie (%)	95% betrouw-baarheidsinterval
1e kleuterklas	165	9	5.5	2.9-10.0
2e kleuterklas	169	9	5.3	2.8-9.8
1e leerjaar	225	18	8.0	5.1-12.3
3e leerjaar	233	11	4.7	2.7-8.3
5e leerjaar	195	8	4.1	2.1-7.9

Tab 4. Prevalentie van obesitas bij 987 lagere schoolkinderen op zes scholen (%)

III.1.2. Hoeveel kinderen met obesitas zijn doorverwezen en wat is reden voor niet-doorverwijzing?

80% (44 van de 55) van de kinderen met obesitas wordt door de medische equipe doorverwezen naar hun behandelend arts. 11 van de 55 kinderen worden niet doorverwezen omdat:

- dat de leerling vanwege de obesitas reeds in behandeling is bij een kinderarts of endocrinoloog (n=2);
- er zich een gestage verbetering in de BMI voordoet, zonder dat de medische equipe van het CLB naar de behandelend arts heeft doorverwezen (n=1);
- de leerling al in 1e kleuterklas is doorverwezen naar de behandelend arts en er zich een verbetering van de BMI voordoet (n=2);

- de leerling al eerder is doorverwezen naar de behandelend arts en er is besloten de leerling door de medische equipe van het CLB op te laten volgen (n=1);
- er is besloten in plaats daarvan een advies over gezond eten en bewegen te geven, waarbij er gewaarschuwd wordt voor mogelijke complicaties van obesitas en gesuggereerd wordt dat de huisarts hulp kan bieden, maar er geen verwijsbrief wordt geschreven (n=1);
- er wordt besloten in plaats daarvan een advies over gezond eten en bewegen te geven en de leerling verder op te laten volgen door de medische equipe van het CLB (n=4). Bij twee van deze vier leerlingen ligt de BMI op de grens tussen overgewicht en obesitas. Bij de andere twee leerlingen ligt de BMI duidelijk boven het hoge aandachtsgebied.

III.1.3. Voor welk percentage is de doorverwijzing geslaagd?

Van de 44 doorverwezen kinderen zijn er vijf waarbij het onbekend blijft of er al dan niet ingegaan is op de doorverwijzing, omdat de ouders nooit de telefoon opnemen (n=3) of omdat de ouders deze vraag aan de telefoon niet beantwoorden (n=2).

De proportie van de ouders van de overgebleven 39 kinderen die op de doorverwijzing in gaat is 3 van de 6 (50%) in de 1e kleuterklas, 2 van de 5 (40%) in de 2e kleuterklas, 6 van de 12 (50%) in het 1e leerjaar, 6 van de 8 (75%) in het 3e leerjaar en 4 van de 8 (50%) in het 5e leerjaar. Dit komt er op neer 54% geslaagde doorverwijzingen bij de 39 ouders die bereikt konden worden én de vraag over ingaan op de doorverwijzing beantwoorden. Indien er vanuit wordt gegaan dat de vijf kinderen waarvan onbekend blijft of de ouders al dan niet op de doorverwijzing in zijn gegaan, allen niet naar hun behandelend arts zijn geweest, dan daalt dit percentage naar 48%.

III.2. Resultaten van de kwalitatieve studie

Er wordt gepoogd met 125 ouders contact te krijgen om hen te vragen deel te nemen aan een interview over de doorverwijzing van hun kind met obesitas. 33 (26%) van de ouders beantwoorden hun telefoon niet. 32 (26%) van de bereikte ouders spreken te gebrekkig Nederlands, 28 (22%) hebben geen tijd voor een interview, 11 (9%) hebben geen interesse

en 6 (5%) geven geen reden waarom ze niet willen deelnemen. Bij 8 (6%) lukt het niet om een afspraak te maken, alhoewel de ouders welwillend zijn om een interview te ondergaan. Uiteindelijk wordt er bij zeven ouders (6%) een interview afgenomen, waarvan één per telefoon.

De zeven respondenten zijn allen vrouwen. Hun verdere demografische kenmerken en die van hun doorverwezen kinderen staan samengevat in de onderstaande tabel.

Interview	Alias	Leeftijd	Beroep	Kind	Doorverwijzing
1	Hanane	41 j	zelfstandige	♂ 7 j	wel ingegaan
2	Fatima	40 j	verkoopster	♂ 9 j	niet ingegaan
3	Linda	40 j	zorgkundige	♂ 9 j	wel ingegaan
4	Natia	28 j	psychologe	♀ 3 j	niet ingegaan
5	Irenka	46 j	poetsvrouw	♂ 7 j	wel ingegaan
6	Ria	47 j	kok	♂ 10 j	wel ingegaan
7	Rosemarie	35 j	zorgkundige	♀ 11 j	wel ingegaan

Tab 5. Beschrijvende matrix van de respondenten, opgemaakt conform de suggesties van Mortelmans[36].

III.2.1. Door ouders ervaren belemmerende factoren voor doorverwijzing en de invloed die de medische equipe hierop kan hebben

In dit deel en het volgende worden de drie subvragen van de kwalitatieve studie beantwoord. In III.2.1 wordt ingegaan op welke factoren ouders ervaren als belemmerend voor het in gaan op de doorverwijzing. In III.2.2 komen de factoren uit de interviews aan bod de beantwoorden wat door ouders als bevorderend wordt ervaren. In beide delen komt de onderlijnde tekst overeen met de basis thema´s uit het codeboek (de paars gefluoriseerde delen in bijlage 5). Bij een aantal van deze belemmerende of bevorderende factoren geven de geïnterviewde ouders, letterlijk of tussen de regels door aan, dat de medische equipe er een invloed op kan hebben. Deze invloed vindt u bij de desbetreffende factoren terug in de kaderteksten. Tenslotte, in III.2.3 wordt gekeken naar de samenhang tussen de verschillende thema´s die tijdens het organiseren van het codeboek naar voren komen.

Dat een <u>doorverwijzing vanwege obesitas zeer gevoelig</u> ligt, wordt door een aantal respondenten aangegeven. De manier waarop het medisch luik van het CLB dit sensitieve

onderwerp aanbrengt, is voor één ouder aanstootgevend. **"Bijvoorbeeld als *naam van verwezen kind* nu naar jullie komt en uhm, zegt van: 'Ja, kijk ik word mishandeld thuis.' Aller ja, d´r wordt dan toch ook... aller das, dan gaat ge niet zomaar een brief meegeven van... D´r zijn bepaalde onderwerpen waarvan dat ik vind uhm, dat daarvoor eerst uhm de ouders gelijk horen en een oog ja..." (Rosemarie, 35 jaar)**

Deze ouder stelt voorop, dat het beter zou zijn dat er overleg plaats vindt met de ouders, voordat er wordt doorverwezen.

Kadertekst 6. Invloed op gevoelig liggen van doorverwijzing voor obesitas

Meerdere respondenten voelen tegenstrijdige gevoelens in zich opkomen, wanneer ze de brief van het medisch luik van het CLB krijgen en lezen dat er wegens obesitas wordt voorgesteld met hun kind naar het huisarts of kinderarts te gaan. **"Dat kwam als een shock over, van oei mijn kind heeft overgewicht, maar ook van oh, d´r is een bekommernis van de andere kant" (Hanane, 41 jaar)**. Een aantal ouders ervaart hierbij onmiddellijk ook een negatief gevoel. Bij een eerste doorverwijzing een gevoel van shock dat hun kind het label "obees" opgeplakt krijgt. Bij herhaalde doorverwijzingen kan er direct een gevoel ontstaan van frustratie dat de medisch equipe van het CLB nu alweer over de obesitas van het doorverwezen kind begint.

Ontkenning van obesitas of van fysieke kenmerken hiervan komt ook voor bij de respondenten. **"..., maar ik vind dat mijn zoon absoluut niet zwaarlijvig is. En ook als ik naar mijn zoon kijk, dan zie ik niet, aller, denk ik niet dat er overgewicht is. Ik vind die goed, ik vind hem goed, hoe dat hij is." (Hanane, 41 jaar)**. Hoewel deze respondent niet erkent dat haar kind obesitas heeft, gaat zij in eerste instantie wel in op de doorverwijzing. Bij andere ouders is er op bepaalde momenten sprake van ontkenning, terwijl zij op andere momenten dan wel weer inzien dat er sprake is van obesitas bij hun kind.

Het doorlezen van de ouderbrief en het bekijken van de groeicurves blijkt vaak een plots inzicht in het bestaan of de ernst van de obesitas van het doorverwezen kind te geven. **"Op het moment dat ik dat las, ik had ineens, ik keek naar haar en ik zag ineens zo een opgeblazen ballonneke." (Natia, 28 jaar)**. Ouders vertellen dat ze tijdens het lezen van de ouderbrief geschokt zijn, wakker geschud worden of met hun neus op de feiten worden gedrukt.

Kadertekst 7. Invloed op erkenning van (ernst van) obesitas

Veel van de respondenten hebben een sterk intern verantwoordelijkheidsgevoel bij de obesitas van hun kind en/of de behandeling ervan. Voor twee van deze moeders is dit gevoel een belemmerde factor, omdat zij zichzelf als volledig verantwoordelijk zien voor het behandelen van hun kind. Eén ouder wil hier nog wel tips over krijgen van de kinderarts, maar bij de andere ouder is dit gevoel zo sterk dat ze eerst zelf wil proberen de obesitas van haar kind te behandelen. Slecht indien deze eigen behandeling zou falen, wil ze hiervoor met haar kind naar de huisarts of kinderarts gaan.

Twee respondenten voelen zich sterk onder druk gezet door herhaalde doorverwijzingen. Bij hun kinderen heeft het medische luik van het CLB al meerdere keren laten weten dat er bij hun kind obesitas is vastgesteld en wordt hierdoor steeds opnieuw doorverwezen, zonder tussentijds input van deze ouders te vragen. Dit maakt dat deze moeders zich eerder machteloos voelen, dan gemotiveerd om in te gaan op de zoveelste doorverwijzing.

De medische equipe van het CLB blijkt druk op een ouder te kunnen leggen door herhaalde doorverwijzingen, wat tot een gevoel van verlamming of verplichting leidt. **“D´r wordt iets aan gedaan. Uhm, maar het is niet leuk als we elk jaar hetzelfde terug krijgen van: 'Kijk, ze heeft overgewicht.' Of het zelf zeggen tegen haar zeggen van: 'Kijk, u bent, ge zijt te dik. Ge moet hier iets aan doen. Ge moet meer fietsen.' Aller, het moet. Het moet niet altijd (Rosemarie, 35 jaar).**

Kadertekst 8. Invloed op herhaalde doorverwijzingen

Gewenning aan de obesitas van hun kind is een andere factor die belemmerend werkt wanneer ouders overwegen om in de gaan op de doorverwijzing hiervoor. **“Soms vergeet ik dat. Soms zie ik hem eigenlijk niet meer als dik, omdat ik dat gewoon ben...” (Fatima, 40 jaar)**

Bij het gros van de respondenten wordt tijdens de interviews duidelijk, dat ze bij tijd en wijle voor zichzelf de noodzaak tot behandeling van de meestal erkende obesitas wegredeneren. **“...ik weet wel met mijn oudste zoon, die was vroeger ook wel een beetje struis, maar dat is er al zo wat uit gegaan. Hij is nu al 15 dus ja, puberen en ineens een scheut en hij is fel vermagerd. Hij is nu verbeterd. Dus ik was in de hoop dat dat waarschijnlijk bij *naam van verwezen kind* ook zo gaat zijn.” (Fatima, 40 jaar)**. Behalve dat ze redenen hebben om te geloven dat hun kind vanzelf uit de obesitas zal groeien, werpen deze moeders ook nog tegen dat het hebben van obesitas niet zo een grote impact heeft op de fysieke of mentale gezondheid van hun kind, dat hun kind nog te jong is om te diëten of dat ze twijfelen aan de mate van overgewicht van hun kind.

Sommige ouders hebben al de ervaring van een moeizame behandeling. Na een eerdere doorverwijzing heeft de behandelend arts van hun kind met hen een behandeling besproken. Deze blijkt echter moeilijk vol te houden en weinig effect te hebben. **“Maar het probleem is, ge denkt dan ook in uw eigen, ik ga al naar de huisarts. Daar gaat ook niet veel veranderen. Ok, ik zal dan wel naar de huisarts gaan. Dan zal ´m waarschijnlijk hetzelfde zeggen van ‘Uw kind heeft overgewicht.’, aller … ‘Lengte en dinge, das’ (waarschijnlijk) ‘te veel, ik verwijs u naar de diëtist’, voila. Ja, dat weet ik allemaal al, snapde?” (Fatima, 40 jaar)**. De behandeling verloopt naar hun eigen zeggen moeizaam vanwege de te hoge kosten, de verkeersdrukte, de te hoge tijdsdruk, het er alleen voor staan en de vermoeidheid van de respondent, dat het dieet wordt ondermijnd door derden en dat de diëtiste niet in gaat op de etiologie van de obesitas.

Veel van de respondenten zoeken een tweede opinie over de mate van obesitas van hun kind, bij personen met wie ze op geregelde basis zaken bespreken. Dit gaat voornamelijk over hun vriendinnen en ook over hun echtgenoot en/of moeder. Al deze dagelijkse adviseurs ontkennen (de ernst van) de obesitas. Eén moeder zoekt bijkomend informatie over de ernst van obesitas op het internet. Dit leidt er mogelijk toe dat ze minder nood heeft om te overleggen met de behandelend arts.

Nagenoeg dezelfde respondenten leggen in een proces van shared decision-making aan hun dagelijkse adviseurs voor of ze al dan niet hun arts zullen bezoeken op aanraden van het medische luik van het CLB. De meerderheid van deze dagelijkse adviseurs vinden het ingaan op de doorverwijzing onnodig. Dezelfde moeder als bij het vorige punt zoekt ook informatie op het internet over potentiële behandelaars. De overvloed aan mogelijkheden en de zowel positieve als negatieve reviews over de behandelaars blijkt eerder verwarrend.

Eén respondent had een vertrouwensband met een hulpverlener waar niet naar werd doorverwezen. De medische equipe van VCLB De Wissel Antwerpen wijst in geval van obesitas standaard door naar de huisarts of kinderarts van het gezin. Deze ouder had na herhaalde doorverwijzingen echter weinig vertrouwen in het slagen van de behandeling als ze hiervoor weer naar haar kinderarts terug zou gaan. **“Nee, maar over laatst heb ik wel uhm, gebeld naar uhm een psycholoog van indertijd voor *naam van sibling*, want ik wou allebei inschrijven. En die zei waarschijnlijk eet hij dinges... na de scheiding...” (Fatima, 40 jaar)**

Vijf van de geïnterviewde ouders hadden nadat ze lazen over de vaststelling van obesitas door het medische luik van het CLB, er nood aan om dit te toetsen. De meeste van deze respondenten lieten dit aan de behandelend arts over, maar één ouder vond dat niet nodig. Ze verkoos haar kind zelf te wegen. Ze vond haar eigen vaststelling betrouwbaarder dat wat er op papier stond.

De bewoordingen van de boodschap dat hun kind obesitas heeft, heeft voor enkele respondenten een negatieve connotatie. Dit gaat zowel over woorden die tegenover hun kind worden geuit tijdens het medisch onderzoek, als over de inhoud van de ouderbrief. **"…want voor een kind kan dat heel hard aankomen. En ze heeft ja, bepaalde woorden: 'Dik zijn', "Ge weegt te veel', 'Uw kledij passen niet' … Want in die periode, toen dat ze dat hebben gezegd, ja ´t was zo randje van (*zucht*) richting boulimia gaan, eigenlijk, hè." (Rosemarie, 35 jaar)**. Deze ouder voelt zich ook onder druk gezet, doordat in een ouderbrief ongevraagd advies wordt gegeven over de behandeling van de obesitas. De medisch equipe van VCLB De Wissel Antwerpen legt in ouderbrieven bij doorverwijzingen voor obesitas eerst uit dat het gewicht van het kind te hoog is voor de lengte. Nadien volgen de woorden: "We maken ons hierover zorgen en denken dat nazicht bij de huisarts nuttig kan zijn." Eén ouder voelt haarfijn aan dat dit een standaard zin is. Ze is hierdoor eerder overtuigd dat het medische luik van het CLB niet echt bekommerd is om haar kind.

Het blijkt duidelijk dat tijdens het spreken met een wat oudere kind over obesitas en tijdens het schrijven van ouderbrieven, het medische luik van het CLB invloed kan hebben door de keuze van woorden en het geven van ongevraagd advies.

Kadertekst 9. Invloed op negatieve connotaties bij het geven van de boodschap obesitas

Een paar ouders maken tijdens hun interview de opmerking dat het CLB niet rechtstreeks bereikbaar lijkt. **"Ik dacht altijd dat dat via de school moest gaan, dat je als ouder niet direct om hulp of advies kon vragen." (Ria, 47 jaar)**. Hierdoor blijven deze ouders op meerdere momenten in de schoolloopbaan van hun kind met vragen of problemen zitten, in plaats van contact op te nemen met het CLB. Alhoewel op elke ouderbrief die VCLB De Wissel Antwerpen verstuurt de contactgegevens vermeld staan, kunnen ouders alsnog het gevoel krijgen dat ook de medische equipe voor hen onbereikbaar is.

Tenslotte steunde de medische equipe steunde bij het doorverwijzen van de kinderen van de geïnterviewde ouders vaak enkel op de ouderbrief. Meerdere respondenten krijgen na het lezen van hun ouderbrief daardoor het gevoel krijgen dat ze zonder hulp initiatief moeten nemen bij het zoeken van een behandeling of behandelaar. **"Dat ik die stappen zelf zo moet doen en dan, ja ik denk dat je dan als mama geneigder zijt om dan die brief weg te doen. Maar ik denk als die d´r zo echt achter zitten en mee ook voor een oplossing zoeken." (Fatima, 40 jaar)**

Deze moeders gaven toch wel aan dat ze graag suggesties hadden gekregen over of hulp gekregen hadden met het zoeken naar een geschikte behandelaar of behandeling. **"...bepaalde informatie ook. In de plaats van dat aan de ouders te geven, geven ze het gewoon mee met mijn dochter en dan komt ze thuis en dan zegt ze van: 'Ja mama, kijk ik heb allemaal papiertjes bij. Je moet dat nakijken en ik moet dit en ik moet dat.' En dan denk ik soms, maar ja, daar is nog helemaal niet over gesproken geweest met de ouders, aller, met mij dan. En ja, ze geven papieren mee voor uhm, in het Middelheim ziekenhuis, voor een project dat daar liep. … Dus ik zou eigenlijk liever hebben, als er een bepaald iets is dat de ouders eerst worden gecontacteerd en dat daar in de brief staat van: "Ja kijk, mogen we eens afspreken met *naam van verwezen kind*?' Zo of met mij of met naam van andere dochter, voor daar te praten over dat onderwerp. Zodanig dat ge zelf de beslissing nog kunt nemen van hè: 'Ja, ge moogt dat doen' of 'Nee, dat hebben we liever niet.'" (Rosemarie 35 jaar)**
Deze respondent ontbrak eigenlijk dat ze een proces van *shared decision-making* met het medische luik van het CLB kon doorlopen over de aanpak van de vastgestelde obesitas. Een andere ouder dacht dat ze, wanneer er meer overleg over de mogelijke etiologie van de obesitas van haar kind was geweest met de medische equipe, ze sneller een effectieve behandeling zou hebben gevonden.

Kadertekst 10. Invloed op gevoel zonder hulp initiatief te moeten nemen

De bovenstaande belemmerende factoren lijken op zichzelf staand niet doorslaggevend in de beslissing om niet in te gaan op de doorverwijzing. Bij de twee respondenten die besluiten niet op de doorverwijzing in te gaan wordt wel herhaaldelijk gesproken over een combinatie van factoren de meespelen in deze beslissing. Bij respondent 2 gaat dit over "druk zetten door herhaalde doorverwijzingen" in combinatie met "ervaring moeizame behandeling" en "vertrouwensband met hulpverlener waar niet naar wordt doorverwezen". Bij de ouder van interview 4 wordt tijdens het interview herhaaldelijk terug gekomen op "ontkenning van obesitas" samen met "dagelijkse adviseurs vonden ingaan op doorverwijzing onnodig" en haar "sterk intern verantwoordelijkheidsgevoel", om eerst zelf te willen behandelen.

Bij ouders die wel ingaan op de doorverwijzing zijn er net zo goed belemmerende factoren aanwezig, alleen wegen deze uiteindelijk niet op tegen de bevorderende factoren.

III.2.2. Door ouders ervaren bevorderende factoren voor doorverwijzing en de invloed die de medische equipe daarop kan hebben

Bij de respondenten die tegenstrijdige gevoelens bij het doorlezen van de ouderbrief ervaren, zijn er ook die onmiddellijk een positief gevoel krijgen over het feit dat het medische luik van het CLB zich over hun kind bekommert. **"...maar aller, ik vind het wel positief dat die zich er mee bezig houden en dat ze er mee, snapt u, dat ze er constant mee bezig zijn. Goe, maar eh, soms een beetje te veel." (Fatima, 40 jaar)**

Bezorgdheid over een bijkomend gezondheidsprobleem (fysiek of mentaal) speelt bij drie van de respondenten een belangrijke rol. **"*Naam van verwezen kind* altijd honger. En ook dat is misschien normaal omdat hij groeit, maar ik ben ook beetje te bang over andere ziekte... Ik wil geen andere kindjes hebben, ja, omdat dit is niet goed. … ik wil gaan** (*naar kinderarts*) **omdat ja als is, ik, ik moet bloed nemen in orde of niet, hè?" (Irenka, 46 jaar).** Deze ouder maakt zich zorgen dat ze haar schildklierlijden genetisch heeft overgedragen aan haar kind en wil terug gaan naar de kinderarts, totdat er een bloedafname gebeurd is om dit uit te sluiten. Een andere respondent leest in de verwijsbrief voor de behandelend arts dat er wordt gevraagd diabetes en schildklierlijden uit te sluiten, waar op ze prompt een bloedafname bij de huisarts laat doen. Tijdens het interview schuift zij dit naar voren als antwoord op de vraag wat de belangrijkste reden was om op de doorverwijzing in te gaan. Een laatste respondent heeft zelf uitgebreid te lijden gehad onder pesten wegens obesitas en wil dit haar kind koste wat het kost besparen.

Een sterk intern verantwoordelijkheidsgevoel is een bevorderende factor wanneer de geïnterviewde ouders denken hulp van de behandelend arts nodig te hebben vanwege de obesitas van hun kind. Ze voelen dat ze "moeten" weten wat de oorzaak van de obesitas is of dat ze er iets aan "moeten" doen.

Meer dan de helft van de respondenten zijn wanhopig op zoek naar een effectieve behandeling voor hun kind. **"Waar kan het dan aan liggen? Is het dan het voedingspatroon, is**

het, ja inderdaad, heeft ´m iets uhm, qua schildklier?... Is het dan nog iets anders?... dat moet toch van ergens komen?... Daar moet toch hulp zijn voor dat kind? … Uhm, ja dat ge gaat zoeken voor hulp, denk ik." (Ria 47 jaar)

Er zijn ook moeders bij, waarbij het externe advies van de medische equipe van het CLB aansluit bij hun interne overtuigingen. **"Dus al jullie zoiets weer zeggen van 'Oh ze is weer omhoog', dan denk ik van 'Shit, ik moet wel iets aan doen', weet je?" (Linda, 40 jaar).** Een andere ouder vermoedt een onderliggende oorzaak aan de obesitas van haar kind. De woorden in de verwijsbrief van de huisarts, waarin werd gevraag een onderliggende oorzaak uit te sluiten, sluiten hierbij aan.

Het bewust worden van de (gevolgen) van de obesitas in dagelijkse praktijk bewerkstelligt dat de meeste van de geïnterviewde ouders (opnieuw) de obesitas van hun kind erkennen of er dat ze de behandeling ervan weer als een prioriteit ervaren. **"Ik zien op foto´s ja? … Weet u, ik gaan naar de winkel om te broek kopen. Dat is ook niet gemakkelijk!" (Irenka, 46 jaar)**

Vrijwel alle respondenten vertellen dat ze plots inzicht hebben in de (ernst) van de obesitas door het lezen van de ouderbrief en het bekijken van de groeicurves. Dit laatste is geval bij twee van de moeders. **"Op het moment dat ik dat las, ik had ineens, ik keek naar haar en ik zag ineens zo een opgeblazen ballonneke. … Dus ge ziet effectief op die curve van het staat boven het streepje of het staat onder het streepje en als ge die curve gezien hebt en ge leest dat, dan staat er eigenlijk hetzelfde in, maar in woorden dus. Ik zie eigenlijk niet veel verschil… die zit boven de de basislijn, die zit boven het eerste lijntje, aller, alertlijntje en dan een tweede lijntje en dan OK en derde lijntje. Das al een beetje probleem, aller, das een beetje om beginnen te denken: 'D´r is iets wel aan de hand als dat zo een snelle stijging heeft.' Wan dat is wel op korte tijd eigenlijk." (Natia, 28 jaar)**

Tijdens de interviews wordt aangegeven dat het wordt beschouwd als noodzakelijk dat obesitas behandeld wordt. Dit gaat zowel om de obesitas van de verwezen kinderen, als om de eventuele obesitas van een sibling en/of die van de ouders zelf.

Een paar van de geïnterviewde ouders vinden steun tijdens shared desicion-making met dagelijkse adviseurs om in te gaan op de doorverwijzing. **"Ik heb, ja ik heb twee vriendinnen. Eén echt vriendinnen heb dezelfde probleem dan ik, ja? … Die gaan naar diëtist, omdat kindje echt nie goe eten, ja? … mijn vriendinnen ook zeggen: `Ja, je moet, je moet gaan.´" (Irenka, 46 jaar)**

Veruit de meeste respondenten hebben een vertrouwensband met een hulpverlener waar naar wordt doorverwezen door het medische luik van het CLB. Bij één ouders is deze vertrouwensband zo uitgesproken dat ze steeds terug bleef gaan naar de huisarts, ook na een reeks van herhaalde doorverwijzingen.

Een aantal ouders geeft aan dat ze bij deze vertrouwde hulpverlener zoeken naar een tweede opinie om de vaststelling obesitas van de medische equipe van het CLB te toetsen.
"Die huisarts moet uhm, zeg maar, die moet vergelijken..." (Linda, 40 jaar)

Sommigen hebben bij de vertrouwde hulpverlener graag uitleg over de voor hen onbegrijpelijke groeicurves.

Op basis van eerdere ervaringen verwachten een aantal respondenten shared decision-making bij hun vertrouwde hulpverlener. Dit kan gaan om het maken van afspraken over de aanpak van de behandeling van de obesitas alsook over het omgaan met de herhaalde doorverwijzingen van het medische luik van het CLB.

Tenslotte verwachten respondenten van hun vertrouwde hulpverlener hulp bij de behandeling van hun kind. Deze moeders verwachten naast bespreking van de praktische behandelmogelijkheden vooral ook dat de arts hun kind zal motiveren om mee te werken aan de afgesproken behandeling.

Een andere bevorderende factor blijkt een basis van vertrouwen in het instituut CLB te zijn. De meeste respondenten hebben al ervaringen met het CLB opgedaan, wanneer zij zelf als kind op school medische onderzoeken ondergingen. Een aantal van hen heeft uitgebreid contact gehad met het CLB vanwege een niet-medische hulpvraag voor een sibling. Bij één ouder ontbreekt wegens recente migratie alle ervaring met het CLB. Wanneer zij vanwege de medische onderzoeken van haar verwezen kind brieven van de medische equipe van het CLB begint te krijgen, blijkt het nodig deze lacune op te vullen: **"... ik een beetje praten met mij klanten dus over het CLB, wat is die institutie en alles, ja? … want ik ben van Polen en in Polen is geen CLB, dus ik vraag naar mij klanten over en de klanten vertellen naar mij welke institutie is dit CLB." (Irenka, 46 jaar)**

Dat het medisch luik van het CLB goed geplaatst is voor doorverwijzingen van schoolgaande kinderen na het vaststellen van een afwijking, daarvan zijn alle geïnterviewde moeders overtuigd. **"Uhm, ja dan hebt ge, al ge dat dan zo opvolgt eigenlijk uhm, dan het ge wel een reëel beeld van ja, zo was ´m als ´m klein was en dat gewicht is dan toch uhm, want als je dat zelf zo opvolgt...Ja maar, als ge dan effectief en visueel kunt waarnemen, de stappen die dat in de loop der jaren zijn geno... aller, geëvolueerd dan zo gezegd qua gewicht en... Ja, dan wordt je toch eigenlijk wel, hoe moet je dat zeggen, met je neus op de feiten gedrukt." (Ria, 47 jaar)**

Bij een aantal respondenten hecht er een positieve connotatie aan de bewoordingen die gebruikt worden om de boodschap dat er obesitas is vastgesteld door te geven. **"Ja, dat is wel fijn dat, dat ik denk dat jullie zich zorgen maken, aller bezorgd zijn eigenlijk om mijn kind. Dat vond ik ook wel een aangename ervaring." (Hanane 41 jaar)**. Een andere ouder geeft aan dat ze het op prijs stelt dat de vaststelling van obesitas en het voorstel tot doorverwijzing op een neutrale manier verwoord worden. Ze voelt zich goed geïnformeerd en ervaart zelfbeschikkingsrecht ten opzichte van de doorverwijzing. Ze ervaart geen druk om het advies te volgen.

De medische equipe kan gebruik makend van bewoordingen in ouderbrieven ouders het gevoel geven van betrokkenheid en zelfbeschikkingsrecht.
Het lezen over onderliggende gezondheidsproblemen in de verwijsbrief voor de huisarts, heeft één moeder een gevoel van bezorgdheid over de obesitas van haar kind gegeven**.**
"...vorig jaar had ik dan een brief van u gekregen met naam van verwezen kind met daarop suiker of schildklier en dat komt door... Ja en ik was heel efkes geschrokken, want ik dacht van: 'Ik zie dat er helemaal nie in.' Maar dan hebben we bloed laten testen en dan was dat ook negatief. ...maar het is wel door jullie uhm, door jullie brief eigenlijk dat ik ook eigenlijk ...verder ben gaan zoeken en, en... van aller d´r moet toch iets aan de hand zijn." (Ria, 47 jaar).

Kadertekst 10. Invloed op bewoordingen bij het geven van de boodschap obesitas

Het medisch luik van het CLB blijkt via ouderbrieven en groeicurves aan de respondenten over te kunnen brengen dat de informatie die gegeven wordt over het gewicht van hun kind, gebaseerd is op objectieve feiten. De twee geïnterviewde moeders die benadrukken dat dit belangrijk is, zijn in staat de groeicurves af te lezen en objectiveren zo zelf dat er per definitie sprake is van obesitas bij hun kind.

Ook krijgen de respondenten via de brieven voldoende informatie om op de doorverwijzing in te gaan. **“Ik denk dat dat wel een goeie aanpak is en dat daar niet nog meer informatie gegeven moet worden. ´t Is al duidelijk genoeg in die brief... Ik vond dat goe ja, ´t is een brief, hè, das duidelijk. Het staat er ook duidelijk in van zo en zo en zo zit het. Ik zou niet direct overgaan tot een gesprek. Een gesprek kan achteraf worden, uhm, je kan altijd achteraf een gesprek hebben met het CLB over wat de dokter heeft gezegd en zo.” (Hanane, 41 jaar)**

Slechts één ouder gaf aan dat ze bijkomend informatie uit de verwijsbrief voor de huisarts nodig had om de zin van de doorverwijzing in te zien.

Kadertekst 11. Invloed op voldoende informatie geven

Opvallend is dat de meeste respondenten open-minded blijven voor informatie van de medische equipe van het CLB, ook de moeders die niet op de doorverwijzing in gaan of die al herhaaldelijk doorverwezen zijn.

Vijf respondenten besluiten om wel op de doorverwijzing van hun kind in te gaan. Bij de bevorderende factoren is er één waarover drie van deze respondenten elk tijdens hun interview herhaaldelijk over spreken, namelijk “bezorgdheid over een bijkomend gezondheidsprobleem”. Bij een andere ouder is het “bij vertrouwde hulpverlener zoeken naar een tweede opinie over de vaststelling obesitas” dat steeds terug komt. Bij een laatste respondent die wel haar arts raadpleegde, wordt er herhaaldelijk gesproken over een “sterk intern verantwoordelijkheidsgevoel” om haar kind te laten behandelen en “vertrouwensband met een hulpverlener waarnaar werd doorverwezen”.

III.2.3. Thematisch netwerk

Wanneer de respondenten de boodschap ontvangen dat hun kind volgens de medische equipe van het CLB obesitas heeft en daarvoor doorverwezen wordt naar de behandelend arts, blijkt dit een impuls te geven. Meest onmiddellijk ontstaat er een emotionele reactie op deze boodschap. Nadien komt er een proces op gang waarbij de ontvangen boodschap meer rationeel wordt afgewogen. Vaak zoeken de geïnterviewde ouders vervolgens advies over deze boodschap bij hun dagelijkse adviseurs. Ze hebben verwachtingen over hoe een bezoek bij de behandelend arts zal verlopen en wat hen dit zal opleveren. De meeste respondenten besluiten dat het nuttig zal zijn om op de doorverwijzing in te gaan en

bezoeken hun vertrouwde huisarts of kinderarts. Tenslotte wordt het beeld dat men heeft van het medische luik van het CLB bekrachtigd of bijgesteld en wordt een houding ten opzichte hiervan aangenomen. De thema´s die uit de data naar voren komen, vormen het onderstaande thematische netwerk. In het codeboek (bijlage 5) zijn de basis thema´s terug te vinden in de eerste kolom als de paars gefluoriseerde tekst en de organiserende thema´s in de licht paarse kaders.

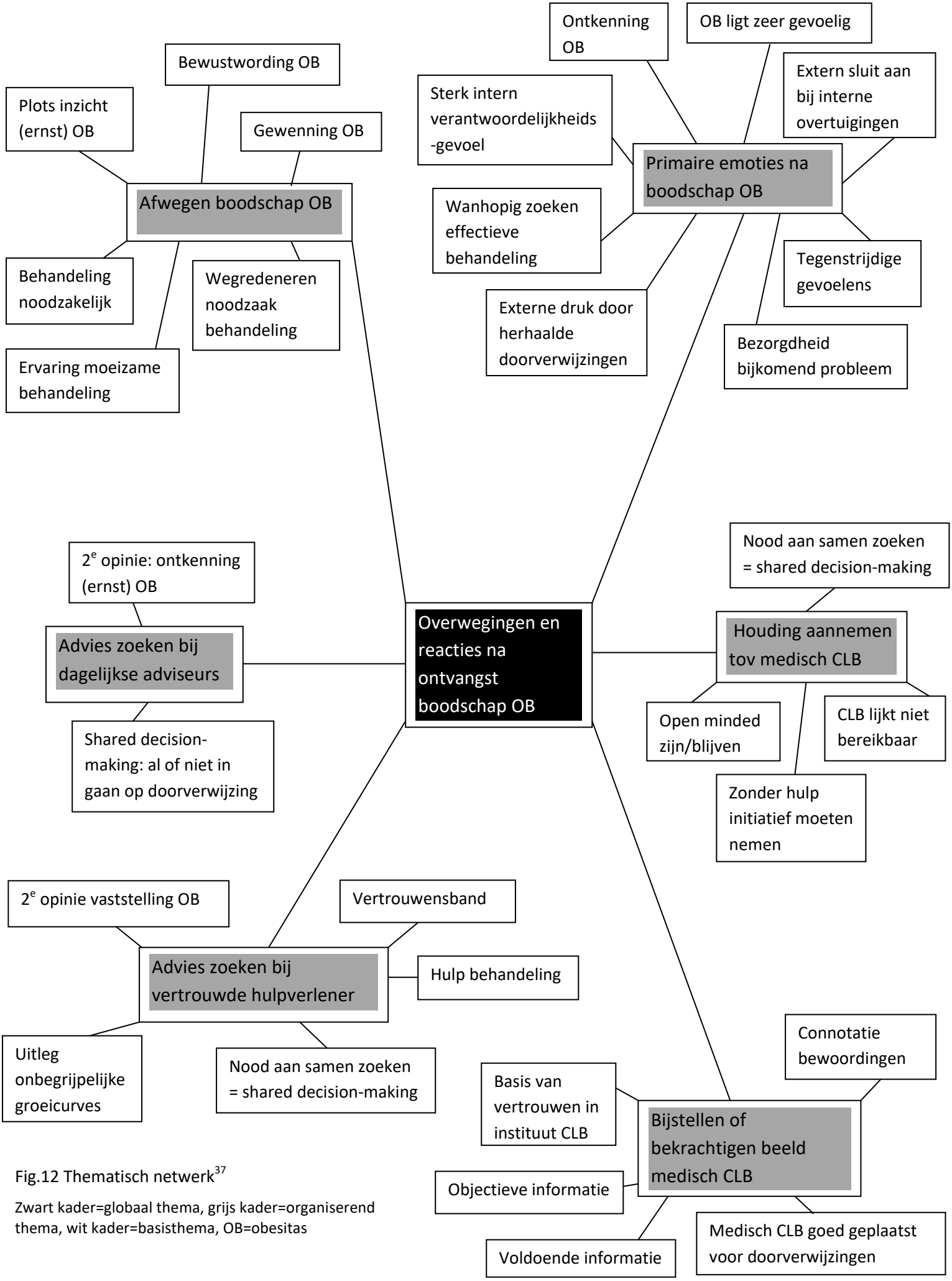

Fig.12 Thematisch netwerk[37]

Zwart kader=globaal thema, grijs kader=organiserend thema, wit kader=basisthema, OB=obesitas

IV. DISCUSSIE EN CONCLUSIES

IV.1. Discussie

IV.1.1. Het kwantitatieve deel

IV.1.1.a. De resultaten in een notendop

Uit de kwantitatieve studie blijkt dat in de populatie van VCLB De Wissel Antwerpen de gemiddelde prevalentie van obesitas bij 987 kinderen, die in 2017-2018 een verplicht medisch onderzoek ondergingen, tussen de 4.1-8.0% ligt. 80% (n=44) van de kinderen met obesitas wordt doorverwezen naar hun behandelend arts. Bij minimaal 48% van deze 44 kinderen wordt door de ouders ingegaan op dit advies en was er dus sprake van een geslaagde doorverwijzing.

IV.1.1.b. Aandachtspunten in de resultaten

Natuurlijk is de absolute hoeveelheid kinderen waarop de bovenstaande percentages werden berekend, klein om de bevindingen te veralgemenen. Ook valt het te verwachten dat in een populatie waar bijvoorbeeld meer ouders de taal van de ouderbrief machtig zouden zijn, het percentage geslaagde doorverwijzingen hoger zou liggen. Toch is het niet verwaarloosbaar dat ook in de multiculturele en kansarme populatie die door VCLB De Wissel Antwerpen wordt bediend, ruwweg één op de twee ouders ingaan op een doorverwijzing die zo gevoelig ligt.

IV.1.1.c. De resultaten in de context van de literatuur

De prevalentie van obesitas bij de kinderen uit de steekproef ligt tussen de 4.1-8.0%, gebaseerd op de Vlaamse groeicurves van 2004. In België zijn er prevalentiecijfers van obesitas bij kinderen gepubliceerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid/Sciensano. De nationale voedingsconsumptiepeiling van 2014/2015 geeft aan dat bij Belgische kinderen 3-5 jaar, 6-9 jaar en 10-13 jaar respectievelijk 2.7%, 4.2% en 3.9% obesitas heeft. De cut-offs die in deze publicatie worden gehanteerd zijn echter die van de International Obesity Task Force (IOTF), waardoor deze cijfers niet zomaar vergeleken kunnen worden met die van de eigen steekproef[4].

Ook beschikt men over de prevalentiecijfers van de gezondheidsenquête. Obesitas komt in 2013 voor bij 7% van de Belgische kinderen 2-17 jaar[7].
De enquête van 2018 toont een prevalentie van 5.8% en de auteurs besluiten dat de trend van obesitas stabiel is sinds 1997. Deze cijfers zijn echter berekend op basis van door ouders gerapporteerd lengte en gewicht en opnieuw zijn de cut-offs van de IOTF gebruikt[6].

Het Agentschap Zorg en Gezondheid publiceerde een rapport van de BMI bij schoolkinderen in Vlaanderen, gebaseerd op metingen uitgevoerd van 2011-2015 door de CLBs en met gebruik van de IOTF grenswaarden[38]. De prevalentie van obesitas was stabiel over de jaren; bij kinderen van de 2e kleuterklas (4 jaar)2.0%, het 1e leerjaar (6 jaar)3.5%, het 3e leerjaar (8 jaar) 3.8% en het 5e leerjaar (10 jaar) 3.5%.

IV.1.2. Het kwalitatieve deel

IV.1.2.a. De resultaten in een notendop

In de kwantitatieve studie wordt gezocht naar factoren die de doorverwijzing belemmeren of bevorderen en factoren waar de medische equipe van het CLB een invloed op kan hebben. Opvallend is dat bij de respondenten die op de doorverwijzing ingaan er niet alleen bevorderende, maar ook belemmerende factoren aanwezig zijn die overwonnen moeten worden om op de doorverwijzing in te gaan. Net zo goed is er bij de ouders die niet op de doorverwijzing in gaan sprake van bevorderende factoren. Het lijkt er op dat het totaal van belemmerende en bevorderende factoren meer of minder bewust tegen elkaar worden afgewogen en dat dan de beslissing valt of een ouder al of niet op de doorverwijzing in gaat. Hierbij worden sommige factoren meer herhaald dan andere. Bij de belemmerende factoren komen de twee ouders die niet op de doorverwijzing in zijn gegaan doorheen hun interview steeds terug op bepaalde factoren. Bij de ene ouder is dat een combinatie van "druk zetten door herhaalde doorverwijzingen", "ervaring moeizame behandeling" en "vertrouwensband met hulpverlener waar niet naar wordt doorverwezen". Bij de andere ouder gaat dit om "ontkenning van obesitas" in combinatie met "dagelijkse adviseurs vinden ingaan op doorverwijzing onnodig" en "sterk intern verantwoordelijkheidsgevoel". Deze ouder beslist om eerst zelf te proberen behandelen. Dit is een aanpak die de onderzoeker al vaker opmerkte tijdens motiverende gesprekken met ouders van kinderen met obesitas.

Bij de bevorderende factoren spreken drie respondenten die op de doorverwijzing in zijn gegaan elk tijdens hun interview herhaaldelijk over “bezorgdheid over een bijkomend gezondheidsprobleem”. Bij een andere ouder is het “bij vertrouwde hulpverlener zoeken naar een tweede opinie over de vaststelling obesitas” wat steeds terug komt. Bij een laatste respondent die wel haar arts raadpleegde, wordt er herhaaldelijk gesproken over een “sterk intern verantwoordelijkheidsgevoel” om haar kind te laten behandelen en “vertrouwensband met een hulpverlener waarnaar werd doorverwezen”.

IV.1.2.b. Aandachtspunten in de resultaten

Er worden verschillende factoren gevonden waarop de medische equipe van het CLB invloed kan hebben volgens de respondenten. De geïnterviewde ouders zijn er van overtuigd dat de ouderbrieven die ze toegestuurd krijgen een wake-up call vormen. Ze bevatten naar hun eigen zeggen doorgaans voldoende en objectieve informatie om te beslissen of ze al dan niet op de doorverwijzing in zullen gaan. De ouders zijn en blijven open minded ten opzicht van deze informatie. Desondanks blijkt het wenselijk om in een eerder stadium in gesprek te gaan met de ouders over deze zeer gevoelige doorverwijzing. Het is duidelijk dat het initiatief voor zo een gesprek door de medische equipe van het CLB moet worden genomen; ouders voelen dat het CLB niet rechtstreeks bereikbaar is. Tijdens een gesprek zou het aansluiten bij de gevoelens en inzichten van de ouders centraal moeten staan. Het medische luik van het CLB zou in een proces van shared decision-making samen met de ouders kunnen peilen naar bereidheid om op de doorverwijzing in te gaan, in welke hulpverlener zij vertrouwen hebben en hen zo op het spoor zetten van een zoektocht naar een effectieve behandeling voor de obesitas. Dit zou kunnen voorkomen dat herhalingen van doorverwijzingen zonder input van de ouder een tegenovergesteld effect beginnen te krijgen dan het beoogde.

Net zo belangrijk blijken de bewoordingen die gebruikt worden in de ouderbrieven of zelfs al die manier waarop de vaststelling van obesitas wordt besproken met een wat ouder kind tijdens een medisch onderzoek. Empathische woorden kunnen een ouder het gevoel geven dat de medische equipe werkelijk bezorgd is om het doorverwezen kind. Voorbeelden van mogelijk onderliggende aandoeningen kunnen een ouder in die mate bezorgd maken dat ze op de doorverwijzing in gaat. Neutrale bewoordingen kunnen een ouder het gevoel geven

dat ze niet onder druk wordt gezet om op de doorverwijzing in te gaan, maar dat ze hierin zelf een keus heeft. Een empathisch gesprek kan tonen standaard bewoordingen in een ouderbrief, die niet oprecht aanvoelen, ontkrachten. Zonder overleg met de ouders advies geven over de behandeling geeft het gevoel dat zij niet meer zelf kunnen beslissen over de aanpak van de obesitas van het kind. Tenslotte blijkt het gebruik van kwetsende woorden ten opzichte van een kind met obesitas zelf, te kunnen leiden tot een verergering van een eetstoornis.

Ontvangen van een ouderbrief met de boodschap dat er sprake is van obesitas bij hun kind geeft alleszins bij de respondenten een impuls aan hun erkennen van de aanwezigheid van de obesitas of van de ernst ervan en/of wakkert hun eigen verantwoordelijkheidsgevoel en bezorgdheid aan. Na het lezen van de ouderbrief wordt hernieuwd overwogen of hulp zoeken bij de behandelende arts zinvol lijkt of niet. Vaak gebeurt dit in samenspraak met dagelijkse adviseurs zoals vriendinnen of echtgenoot. Het is alleszins zeker dat het ontvangen van de boodschap dat een kind obesitas heeft een grote impact kan hebben op een ouder en een kind, in positieve of negatieve zin.

IV.1.2.c. De resultaten in de context van de literatuur

De bevorderende en belemmerende factoren gevonden in de eigen kwalitatieve studie liggen in de lijn met die uit de literatuurstudie. Wat wel alleen duidelijk naar voren komt in de eigen studie is dat ouders makkelijk kunnen wisselen tussen volledig gewend zijn aan de obesitas van hun kind en het in bepaalde situaties plots weer erkennen daarvan (bijvoorbeeld tijdens het bekijken van foto´s van hun opgroeiend kind of tijdens het kopen kledij ervoor). Ook kunnen moeders de mening er op na houden dat behandeling van obesitas noodzakelijk is en kunnen ze binnen hetzelfde interview de noodzaak tot behandelen van de obesitas van hun kind wegredeneren. Dit ondersteunt de kritiek dat het model van Prochaska en DiClemente te simplistisch is. Zij er vanuit gaan dat als patiënten voldoende geïnformeerd en gemotiveerd zijn, ze steeds naar een volgende fase binnen het model gaan, tenzij er sprake is van volledige terugval. Ouders blijken niet zo lineair te denken over de obesitas van hun kind.

Nog een opvallende bevinding uit de eigen kwalitatieve studie is dat de vertrouwensband met de hulpverlener waarnaar verwezen wordt belangrijk is. Er werden tijdens de literatuurstudie geen publicaties gevonden over onderzoeken die keken naar factoren die meespeelden bij het al dan niet ingaan op een doorverwijzing vanuit de preventieve medische sector naar de behandelend arts. Er was steeds sprake van kinderen met obesitas die werden doorverwezen voor behandeling naar gespecialiseerde, multidisciplinaire centra. Hierdoor kan er natuurlijk bijna nooit sprake zijn van reeds bestaand vertrouwen tussen de ouder en de behandelend arts.

Bij deze vertrouwde hulpverlener wordt onder andere gezocht naar een tweede opinie over de vaststelling van de medische equipe dat hun kind obesitas heeft. Dat is een volgend een aspect dat niet uit de literatuurstudie naar voren kwam.

Verder toonde de onderzochte literatuur vooral aan dat brieven waarin aan ouders werd geschreven over de obesitas van kinderen, belemmerend konden werken op het al dan niet in gaan op een doorverwijzing. BMI-curves waren te ingewikkeld om te begrijpen en ook dat werkte belemmerend. Uit de eigen studie blijkt echter ook dat tijdens het lezen van zo een brief en het bekijken van groeicurves, er plots inzicht kan ontstaan bij ouders. Dit mogelijk met erkenning van de obesitas van hun kind of de ernst ervan tot gevolg. De onderzoekspopulaties in de literatuurstudie bestond in veruit de meeste studies uit een combinatie van kinderen met overgewicht en met obesitas. Mogelijk kan dit deze bevinding deels verklaren.

Wat tenslotte een terugkerende bevinding is uit de eigen studie, is dat moeders nood hebben aan shared decision-making. Dit zowel met partner en vriendinnen, hun vertrouwde hulpverlener, als met het CLB. Vaak wordt met partner en vriendinnen gezamenlijk overwogen al dan niet in te gaan op de doorverwijzing van het medische luik van het CLB. Van de gekende behandelend arts wordt verwacht dat er tijdens het ingaan op een doorverwijzing samen de aanpak van de obesitas wordt besproken. Eén ouder heeft liefst ook de kans om dit samen met de medische equipe te doen. In de literatuurstudie kwam de nood aan shared decision-making niet naar voren uit de gevonden bevorderende factoren, alhoewel dit verondersteld wordt een belangrijke rol te spelen in de motivationele gespreksvoering en in het *interaction model of client health behavior* van Cox.

IV.1.2.d. De resultaten in de context van de theoretische motivatiemodellen

Van de verschillende modellen lijkt het *interaction model of client health behavior* van Cox het meest volledig rekening te houden met alle verschillende aspecten die meespelen wanneer ouders overwegen al of niet in te gaan op een doorverwijzing. Gross et al[39]. gebruikte dit model om determinanten van gezondheidsgedrag van moeders voor hun kinderen te onderzoeken. Uit die studie blijkt dat moeders gezondheidsbeslissingen voor hun kinderen voornamelijk baseren op gepercipieerde ernst van het gezondheidsprobleem, de mate van angst die ze hebben ten opzichte van de aandoening, voorafgaande ervaring met het gezondheidsprobleem, ondersteuning van de beslissing vanuit het sociale netwerk van de moeder en de houding van de gezondheidswerker. Deze bevindingen stroken met die uit de eigen literatuurstudie, inclusief het deel over de theoretische modellen voor het handelen van ouders bij doorverwijzing (bijlage 1) en kwalitatieve studie.

IV.2. Kritische reflectie eigen werk

IV.2.1. Zwakke punten van dit onderzoek

Het kwalitatieve onderzoek heeft, ondanks enorme inspanningen van de onderzoeker maar geleid tot 7 interviews. Deze worden vooral gehouden met ouders die wel op de doorverwijzing ingaan en waarvan de kinderen niet uit alle voorziene klasgroepen komen. Zo wordt een minder gevarieerde steekproef bekomen.
Bovendien stelt bij het afnemen van interviews zich het probleem van de sociaal wenselijke antwoorden. De onderzoeker nam daarom zowel aan het begin van de interviews, als voor het stellen van de sleutelvragen de tijd de moeders op dat vlak gerust te stellen. Wat dat betreft was het beter geweest dat een derde partij de interviews had afgenomen.

IV.2.2. Sterke punten van dit onderzoek

Er is weinig onderzoek gedaan in België naar de rol van ouders bij de doorverwijzing van een kind met obesitas vanuit het CLB naar de curatieve sector. Dit onderzoek draagt bij tot het sluiten van de gap in kennis. Ouders werden tijdens het kwalitatieve onderzoek uitgebreid gehoord en dat leverde waardevolle inzichten en suggesties op.

Verder speelde het tijdens de analyse een belangrijke rol dat de onderzoeker de interviews zelf had uitgevoerd. Hierdoor waren de data goed gekend en was interpretatie ervan beter mogelijk.

IV.2.3. Wat leerde ik uit dit eindwerk?

Het belangrijkste wat ik leerde is het uitvoeren van kwalitatief onderzoek, de vele uitdagingen die eraan te pas komen, het doorzettingsvermogen dat ervoor nodig is. Het was mijn eerste echte contact met kwalitatief onderzoek en behalve de moeilijkheidsgraad blijft ook de rijkdom aan informatie die het oplevert me bij. De waarde van kwalitatief onderzoek, al dan niet in aanvulling op kwantitatief onderzoek zal me altijd bijblijven.

Daarnaast heb ik bij het opzoeken van literatuur en het inlezen in de materie, een heleboel kennis opgedaan over verklarende modellen. Ik leerde over meerdere verklarende modellen die inzicht kunnen geven in de factoren die meespelen wanneer ouders al dan niet ingaan op een doorverwijzing van hun kind. Deze modellen hebben de factoren die naar voren komen tijdens het beantwoorden van de onderzoeksvraag in de kwalitatieve studie helpen kaderen. Het leidde te ver om die modellen te vermelden in deze thesis die een maximum lengte kent van 50 pagina's. Voor de geïnteresseerde lezer voegde ik een overzicht met korte bespreking van de modellen toe in bijlage 1.

Uit dit alles leerde ik vooral hoe centraal het in gesprek gaan met ouders staat tijdens het doorverwijzen voor obesitas.

IV.2.3. Bijkomend inzicht verkregen tijdens de masterproef

Opvallend is dat, ondanks dat deze thesis volledig gericht is op het beter begrijpen van factoren die bij ouders een rol spelen, ik toch een aantal punten meekreeg over het spreken met een kind over obesitas. De ouders dienen in eerste instantie aangesproken te worden, echter in het CLB zijn niet de ouders, maar het kind aanwezig tijdens de vaststelling van de obesitas. Verder blijken sommige (niet alle!) ouders vragende partij te zijn voor een gesprek met hun kind over de obesitas. Enkele tips hiervoor vindt u in de praktische handvaten voor CLB-artsen in bijlage 6.

IV.3. Relevantie voor de jeugdgezondheidszorg & aanbevelingen

IV.3.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het is de moeite waard om dit kwalitatief onderzoek in de toekomst te herhalen in andere CLB's, om alzo resultaten voor een grotere en meer gevarieerde steeproef te bekomen, ter bevestiging of bijsturing van de aanbevelingen die de onderzoeker opmaakte op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve studie. Deze aanbevelingen zullen gepresenteerd worden aan de geïnteresseerden binnen het eigen CLB.

IV.3.2. Aanbevelingen voor CLB-artsen

Uit de bevindingen van het eigen onderzoek, worden de volgende aanbevelingen voor CLB-artsen en voor medische equipes in CLBs in het algemeen gedistilleerd (zie blauwe gefluoriseerde tekst in het codeboek in bijlage 5).

Werk op maat.

Uit de zeven interviews blijkt dat ouders eigenlijk op maat benaderd moeten worden om het percentage geslaagde doorverwijzing te verhogen. De vaststelling van obesitas en een doorverwijzing daarvoor kan zeer gevoelig liggen, bij zowel ouders als kind. Contact name met de ouders om een aanpak te bespreken is wenselijk. Hier is het van cruciaal belang om aansluiting te zoeken. Er kan gepeild worden naar de houding ten opzichte van de obesitas: is er sprake van ontkenning of erkenning? In welke mate beschouwen de ouders de obesitas als ernstig en de behandeling als noodzakelijk? Zijn ze bereid om op een doorverwijzing in te gaan en zo niet, welke barrières staan hen in de weg? Als er bereidheid is, in welke hulpverlener stellen zij vertrouwen voor de behandeling van hun kind?

Let op taalgebruik.

Het is belangrijk om al tijdens het medisch onderzoek te letten op bewoordingen. Onvoorzichtig taalgebruik blijkt zeker voor een kind met een onderliggende eetstoornis, grote gevolgen te kunnen hebben. Ook tijdens het schrijven van de

ouderbrief en contact name met de ouders dient gebruik gemaakt te worden van empathische, neutrale en concrete bewoordingen.

Leid toe naar gespecialiseerde behandeling.

De CLB-arts kan het kind met obesitas toe leiden naar multidisciplinaire behandeling, al hoewel dit eigenlijk de taak van de huisarts of kinderarts is. Dit kan bij voorkeur door met instemming van de ouders overleg te plegen met de behandelend arts. Zo nodig kan er rechtstreeks naar een multidisciplinaire behandeling verwezen worden.

Betrek een vertrouwenspersoon van het gezin.

Wanneer de ouders gekant zijn tegen in op een doorverwijzing, terwijl dit voor de gezondheid of het welzijn van het kind wel nodig is, valt te overwegen om na te gaan met welke dagelijkse adviseur er voornamelijk over de obesitas van het kind gesproken wordt. Deze persoon zou samen met de ouder op een gesprek uitgenodigd kunnen worden, met de bedoeling om te bevragen of deze adviseur tegenwerpingen heeft tegen de doorverwijzing. Tijdens zo een gesprek kunnen onder andere de groeicurves overlopen worden om de vaststelling van de (toename van) de obesitas te objectiveren. Tenslotte mag niet uit het oog verloren worden, dat indien ouders er niet van gediend zijn dat hun kind wegens obesitas door het medische luik van het CLB wordt opgevolgd, het noodzakelijk is om dit recht te respecteren.

Leer over de motivationele modellen en motivationele gespreksvoering.

Kennis is de basis, het toepassen ervan is het doel. De onderzoeker ervoer aan den lijve dat welwillende ouders uitnodigen voor een gesprek – voor deelname aan het interview – al een huzaren klus is. Een gesprek voeren over de doorverwijzing van het kind met obesitas, met ouders die er niet op zitten te wachten is nog moeilijker. Vanuit die leerpunten adviseert de onderzoeker haar collega's, om bij bijscholingen te kiezen voor praktijkgerichte opleidingen waarbij de medische equipe gespreksvoering in een veilige omgeving met rollenspelen aanleert.

IV.3.3. Praktische handvaten voor CLB-artsen

Verder bouwend op de 5de aanbeveling, “school u bij, volg praktijk gerichte opleiding over motivationele gespreksvoering’, wilde de onderzoeker met deze thesis een praktische bijdrage leveren, zelf iets aanbieden wat handig is in de dagdagelijkse praktijk van CLB-artsen of bij uitbreiding voor het medische team van het CLB.

In bijlage 1 vindt u een kort overzicht toe van theoretische modellen over motivatie bij ouders, hetgeen een inspiratie kan zijn voor geïnteresseerde lezers.

En tenslotte ontwikkelde de onderzoeker, op basis van de vele gelezen publicaties en de eigen bevindingen praktische handvaten voor CLB-artsen. U vindt drie handvaten – een checklist, een do’s and don’ts, en tips voor gesprek met het kind met obesitas – in bijlage 6.

De checklist kan de CLB-arts tijdens een gesprek met de ouders bedachtzaam maken op de aanwezigheid van veel voorkomende belemmerende en bevorderende factoren. De CLB-arts kan zich voorbereiden op een doorverwijzing door vooraf een overzicht met do’s and don’ts te lezen.

We praten met de ouders over de obesitas van hun kind. Maar waar op te letten tijdens een gesprek met het kind zelf, tijdens het medische onderzoek of op vraag van de ouders? De onderzoeker maakte een handvat waarop CLB-artsen kunnen steunen bij de gespreksvoering met het kind.

IV.4. Conclusies

Voor een steekproef van kleuters in de 1e en 2e kleuterklas, en lagere school kinderen, in het 1e, 3e en 5e leerjaar die in het schooljaar 2017-2018 op medisch onderzoek kwamen bij CLVB De Wissel, vonden we voor de onderzoeksvragen de volgende antwoorden via kwantitatief onderzoek:

1. De gemiddelde prevalentie van obesitas bij 987 kinderen lag tussen de 4.1-8.0%
2. 80% (N=44) van de kinderen met obesitas werd door de medische equipe doorverwezen naar hun behandelend arts. De belangrijkste reden voor niet-doorverwijzing was dat besloten werd de leerling verder op te laten volgen door de medische equipe.
3. Bij minimaal 48% van deze 44 kinderen werd door de ouders ingegaan op dit advies en was er dus sprake van een geslaagde doorverwijzing.

Via aanvullend kwalitatief onderzoek noteerden we volgende resultaten:

a. De meest herhaalde belemmerende factoren voor ouders om niet in te gaan op een doorverwijzing zijn “ontkenning van obesitas”, “druk zetten door herhaalde doorverwijzingen”, “ervaring moeizame behandeling”, “vertrouwensband met hulpverlener waar niet naar werd doorverwezen” en “dagelijkse adviseurs vonden ingaan op doorverwijzing onnodig”.
b. Qua bevorderende factoren worden genoteerd “bezorgdheid over een bijkomende gezondheidsprobleem” en “bij vertrouwde hulpverlener zoeken naar een tweede opinie over de vaststelling obesitas”, “vertrouwensband met een hulpverlener waarnaar werd doorverwezen”. “Sterk intern verantwoordelijkheidsgevoel” kan zowel belemmerend als bevorderend werken.
c. Volgens de bevraagde ouders heeft de medische equipe wel degelijk een invloed op het al dan niet succesvol maken van de doorverwijzing: op een empathische wijze samen zoeken naar een concrete oplossing is cruciaal.

De belangrijkste relevantie van het onderzoek is dat CLB-artsen, en bij uitbreiding de verpleegkundigen van de medische equipe, wel degelijk een positieve invloed kunnen hebben op de aanpak van obesitas. Dit door de kinderen door te verwijzen op een manier die door de ouders en het kind als constructief, informatief en motiverend ervaren wordt zodat de kansen maximaal zijn dat ouders de doorverwijzing ter harte nemen.

De aanbevelingen voor de medische equipe is om maatwerk te leveren, voorzichtig om te springen met taalgebruik naar ouders en kind toe, tijdig in gesprek te gaan met ouders, via de behandelend arts toe te leiden naar multidisciplinaire behandeling en eventueel een vertrouwenspersoon van het gezin in te schakelen. Verder volgt de aanbeveling om te investeren in opleidingen in motiverende gesprekstechnieken. Tot slot wordt aangeraden om te overwegen gebruik te maken van de handvaten die de onderzoeker ontwikkelde om de medische equipe praktische te ondersteunen bij het in gesprek gaan met ouders en kinderen over verwijzingen in het kader van obesitas.

SAMENVATTING

Obesitas is een serieus gezondheidsprobleem voor kinderen en vergt vroegtijdig ingrijpen, met een sleutelrol voor de CLBs. De onderzoeker ervaarde, als CLB-arts, dat ouders geregeld niet ingaan op de doorverwijzing van het kind met obesitas naar de behandelende arts, en wijdde er haar thesis aan. De literatuur verhelderde door ouders ervaren belemmerende en bevorderende factoren voor doorverwijzing, alsook wat de factoren zijn waar de medische equipe een invloed op heeft.

Doelstelling van de thesis was om 1) te meten in welke mate kinderen met obesitas door het CLB werden doorverwezen en of de ouders op die doorverwijzing in gingen, en 2) hoe de ouders de doorverwijzing ervaarden en wat bepaalde of ze al dan niet werkelijk een behandelende arts consulteerden voor de obesitas van hun kind en of de medische equipe daar een invloed op had. De steeproef omvatte 987 leerlingen uit de 1^{e} en 2^{e} kleuterklas en het 1^{e}, het 3^{e} en het 5^{e} leerjaar die in 2017-2018 een verplicht medisch onderzoek ondergingen bij VCLB De Wissel Antwerpen, waar de onderzoeker tewerkgesteld is, en hun ouders.

4.1-8.0% (n=55) van deze kinderen bleek obees. Daarvan werd 80% (n=44) doorverwezen naar hun behandelend arts. Bij minimaal 48% hiervan werd ingegaan op dit advies. Semi-gestructureerde diepte-interviews met 7 ouders werden thematisch geanalyseerd. De meest herhaalde belemmerende factoren waren “ontkenning van obesitas”, “druk zetten door herhaalde doorverwijzingen”, “ervaring moeizame behandeling”, “vertrouwensband met hulpverlener waar niet naar werd doorverwezen” en “dagelijkse adviseurs vonden ingaan op doorverwijzing onnodig”. De meest genoemde bevorderende factoren waren “bezorgdheid over een bijkomende gezondheidsprobleem” en “bij vertrouwde hulpverlener zoeken naar een tweede opinie over de vaststelling obesitas”. Ook “vertrouwensband met een hulpverlener waarnaar werd doorverwezen” bleek een belangrijke rol te spelen. “Sterk intern verantwoordelijkheidsgevoel” kon zowel belemmerend als bevorderend werken.

De onderzoeker beveelt maatwerk, nabije opvolging en begeleiding, het inschakelen van een vertrouwenspersoon en opleiding in motivationele gespreksvoering aan, en biedt tot slot drie handvaten ter ondersteuning van de CLB-arts in de dagdagelijkse praktijk.

DANKWOORD

In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar Prof. Dr. Hilde Bastiaens en Dr. Katelijne Van Hoeck, promotoren van deze thesis. Dank voor de uitgebreide gesprekken om mij op weg te helpen en om mij op de juiste koers te zetten met de kwantitatieve en kwalitatieve studie. Dank voor uw geduld bij het doorlezen van de documenten voor het Ethisch Comité en voorlopige versies van mijn eindwerk en het geven van feedback op een constructieve manier. U bent beiden drukbezette professionals en dat u zo veel tijd maakte voor het begeleiden van mijn eindwerk kan ik zeer waarderen.

Graag zou ik de ouders die deelnamen aan de interviews oprecht willen bedanken voor hun onbaatzuchtige en bereidwillige medewerking aan dit onderzoek. Jullie antwoorden en inzichten vormen de kern van de kwalitatieve studie. Wat jullie openhartig met mij deelden over dit gevoelige onderwerp, is bijzonder waardevol voor dit eindwerk en voor mijn begrip van het belang van goede communicatie tussen jullie als ouders en mij als CLB-arts. Ik heb veel van jullie mogen leren.

De collega's van VCLB De Wissel Antwerpen bedank ik voor hun hartelijke collegialiteit. Het is fijn op het werk te komen, om me welkom en geapprecieerd te voelen. Doorverwijzing van een kleuter of lagere schoolkind met blijvende obesitas, via de ouders, naar de behandelende arts. Ik sta open voor kritiek en hoor graag wat jullie ervan vinden, of wat er aangevuld kan worden.

Verder dank ik vrienden en familieleden die me met raad en daad hebben bijgestaan. In het bijzonder denk ik aan Katrien Mortelmans, die de tijd heeft genomen deze thesis na te lezen en onmisbare input heeft gehad op de definitieve versie er van.

Natuurlijk mag ik mijn man Dorian en onze kinderen, Angelina, Vasimir, Kristina en Kuniana niet vergeten. De voorbije jaren was ik meer dan hen lief was in beslag genomen door het werk aan mijn thesis en voelden ze bij tijd en wijle de stress dit opleverde. Dank jullie wel voor de liefdevolle en geduldige manier waarop jullie dit hebben verdragen.

Tenslotte dank ik mijn Vader in de hemel, voor de kracht die Hij me heeft gegeven om dit werk tot een goed einde te brengen.

BIJLAGEN & REFERENTIELIJST

Bijlage 1: Theoretische modellen voor het handelen van ouders bij doorverwijzing

Tijdens het lezen van de behouden publicaties kwamen de onderstaande verklarende modellen naar voren, die inzicht kunnen geven in de factoren die meespelen wanneer ouders al dan niet ingaan op een doorverwijzing van hun kind. Deze modellen kunnen de belemmerende en bevorderende factoren die naar voren kwamen uit de literatuurstudie helpen kaderen.

Transtheoretic model of behaviour change

Het eerste is het ***transtheoretic model of behaviour change*** van Prochaska en DiClemente, waarover zij oorspronkelijk publiceerden in 1982[1].

Om te gaan van bewustwording van ouders dat hun kind obesitas heeft, tot het volhouden van de aanpassingen in de levensstijl die nodig zijn voor de behandeling van de obesitas, is een heel proces. Het vereist volgens het motivatiemodel van Prochaska en DiClemente het doorlopen van verschillende stadia van gedragsverandering (zie tabel 1).

Precontemplatie	Geen belangstelling, problematiek wordt ontkend
Contemplatie	Bewust van problematiek en dat gedragsverandering nodig is, maar geen verbintenis daartoe
Preparatie	Klaarmaken voor gedragsverandering, plan opgesteld, beslissing tot gedragsverandering in nabije toekomst
Actie	Gedragsverandering gestart, plan wordt met vallen en opstaan uitgevoerd
Consolidatie	Nieuwe gedrag heeft vaste plaats in dagelijks leven
Terminatie of herval	Jaren gedragsbehoud, neiging tot herval is verdwenen of hervallen in oud gedrag, demoralisatie

Tab. 1 Stadia van gedragsverandering uit motivatiemodel van Prochaska en DiClemente

Herval in het consolidatie stadium is volgens dit model eigenlijk te verwachten (zie fig 1). Deze werpt een patiënt terug naar een eerder stadium, van waaruit men zich weer opwerkt tot de volgende stadia, totdat de gedragsverandering jarenlang volgehouden kan worden.

[1] Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. Am Psychol.1992 Sep; 47: 1102-4. doi: 10.1037//0003-066x.47.9.1102.

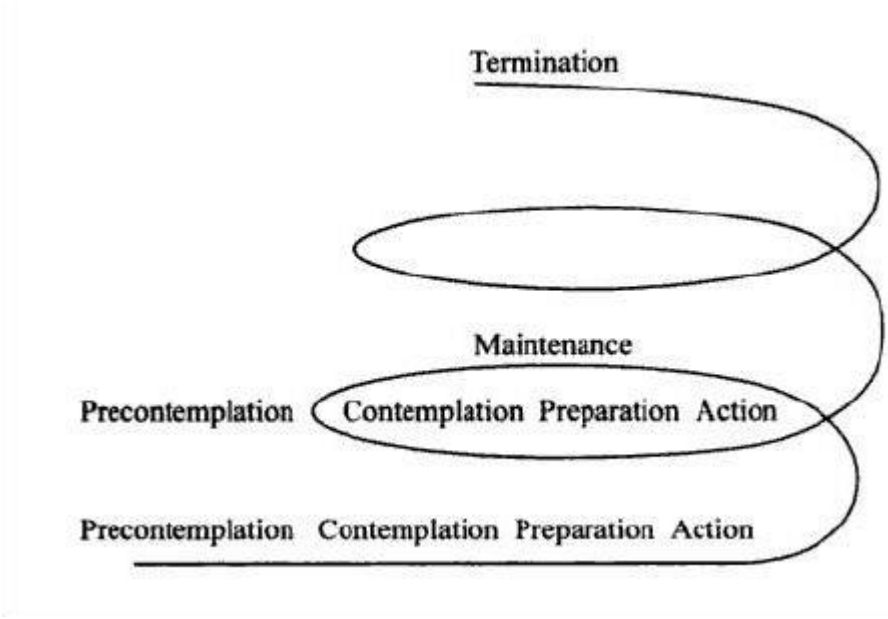

Fig 1. Motivatiemodel van Prochaska en DiClemente

Alleen al om in te gaan op doorverwijzing van het CLB naar de behandelend arts bijvoorbeeld, zullen ouders van precontemplatie moeten evolueren naar het contemplatie en preparatie stadium van dit model:

1. ontkenning van het gewichtsprobleem (precontemplatie)
2. de erkenning van de obesitas van hun kinderen (contemplatie)
3. het inzien van de noodzaak om hier iets aan te doen (contemplatie)
4. het nemen van de beslissing om naar hun arts te gaan om de problematiek te bespreken (preparatie)
5. het maken van een afspraak met hun arts en daarop aanwezig zijn (actie).

Prochaska en DiClemente gaan er vanuit dat als patiënten voldoende geïnformeerd en gemotiveerd zijn, ze naar een volgende fase binnen het model gaan. Dit blijkt echter lang niet altijd het geval te zijn. Een behoorlijk percentage patiënten start aan behandeling in het niveau van precontemplatie. Dat het model hier mank gaat, kan verklaard worden doordat er bij de stadia precontemplatie en contemplatie voornamelijk vanuit wordt gegaan dat de patiënt nood heeft aan probleemherkenning. Andere factoren, zoals gepercipieerde externe druk, verwachtingen voor wat betreft effect van de behandeling of de verwachte duurzaamheid van het effect van de behandeling, die invloed kunnen hebben op verbintenis tot behandeling, worden genegeerd[2].

Zelfdeterminatie model

Een ander model waarin ook motivatie tot verandering van gedrag centraal staat is de ***zelfdeterminatie theorie*** van Deci en Ryan[3]. Deze is vooruitgeschoven als de onderbouwing voor motivationele gespreksvoering, een methodiek die in nauw verband met het motivatiemodel van Proshaska en Diclemente gebruikt wordt.

---

[2] Drieschner KH, Lammers SM, Van der Staak CP. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. Clin Psychol Rev. 2004 Jan; 23(8): 1115-37. doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.003.

[3] Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational Interviewing and Self–Determination Theory . J Soc Clinical Psychol. 2005; 24 (6): 811-831. https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.811

In motivationele gespreksvoering zoekt de behandelaar samen met de patiënt naar ambivalentie ten opzichte van gedragsverandering. Men probeert conflicten tussen beweegredenen om al of niet aan gedragsverandering te beginnen, op te lossen. Deze manier van in gesprek gaan is het tegenovergesteld van ongevraagd advies geven, aan een patiënt die dit passief dient aan te horen. Als de behandelaar tijdens een consultatie gelijk argumenten aan haalt om een bepaald gedrag te verbeteren, zou de patiënt daardoor geneigd zijn om de beweegredenen om het gedrag niet te veranderen, te verdedigen. De empathische houding van de behandelaar speelt een cruciale rol om de patiënt zich geaccepteerd en gewaardeerd te doen voelen.

Zowel van het motivatiemodel, als van de motivationele gespreksvoering is de effectiviteit vooral bewezen in interventies in de verslavingsproblematiek. Nadien zijn deze toegepast in allerlei andere klinische gebieden, waar behandelaars stuitten op problemen met gedragsverandering en de daarmee gepaard gaande weerstand. Een review geschreven door Knight et al in 2006 besluit dat de effectiviteit van motivationele gespreksvoering in verschillende gezondheidszorgsettings veelbelovend is, maar dat er onvoldoende bewijs op tafel ligt om deze techniek al in andere domeinen toe te passen. Men roept vooral op om meer onderzoek te doen naar hoe uitgebreid hulpverleners getraind moeten zijn in deze techniek en hoe langdurig motivationele gespreksvoering gebruikt moet worden voor interventies om effectief te zijn[4].

Het *Maternal and Child Health Bureau* in de VS heeft aanbevelingen voor de behandeling van obesitas[5]. Hierin wordt als eerste stap vóór doorverwijzing naar een behandelingsprogramma gesteld dat het belangrijk is te peilen in hoeverre ouders, kind en andere gezinsleden klaar zijn voor gedragsverandering. Indien het gezin er niet klaar voor is, wordt motivationele gespreksvoering genoemd als mogelijkheid om hier aan te werken. Het wordt afgeraden te starten aan een behandelingsprogramma voordat de motivatie voldoende hoog is. Wanneer het beoogde resultaat namelijk niet wordt behaald, zou dit schadelijk kunnen zijn voor het zelfbeeld van het kind en voor toekomstige inspanningen om de BMI te verbeteren.

In de richtlijnen overgewicht van de jeugdgezondheidzorg in Nederland wordt er vanuit gegaan, dat ouders van kinderen met overgewicht de stadia van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente doorlopen tijdens de behandeling van overgewicht/obesitas[6]. Men raadt aan na te gaan in welke stadium van gedragsverandering ouders zich bevinden, zodat de hulpverlener daarbij kan aansluiten. Het is in deze richtlijnen en in die van de VWVJ in Vlaanderen de bedoeling door middel van motivationele gespreksvoering ouders in dit proces vooruit te helpen[7].

De VWVJ wijst op de zelfdeterminatiethorie, die de motivationele gespreksvoering onderbouwd. Deze theorie is gestoeld op de principes van ontwikkeling van persoonlijkheid

---

[4] Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy CA. Ssystematic review of motivational interviewing in physical health care settings. Br J Health Psychol. 2006 May;11(2): 319-32.
[5] Barlow SE, Dietz WH. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations. Pediatrics. 1998 Sep 1; 102 (3) :e29.
[6] Kist-van Holthe JE, Beltman M, Bulk-Bunschoten AM, L'Hoir M, Kuijpers T, Pijpers F, et al. Richtlijn JGZ Overgewicht: Preventie, signalering, interventie en verwijzing van kinderen van 0-19 jaar. 2012 mei.
[7] Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg [Internet]. Available from: https://www.vwvj.be/integrale-tekst-richtlijn-gewicht. [Accessed 19th Apri 2021].

en zelf-gemotiveerde gedragsverandering[8]. Volgens deze theorie hebben mensen een aangeboren neiging tot groei, integratie van het zelf en oplossen van psychologische tegenstrijdigheden. Alle motivatie voor gedragingen van een individu zouden zich bevinden op een schaal van externe regulatie aan het ene uiteinde, tot zelfregulatie aan het andere uiteinde (zie figuur 2).

Behaviour	Nonself-determined					Self-determined
Type of Motivation	Amotivation	Extrinsic Motivation				Intrinsic Motivation
Type of Regulation	Non-regulation	External Regulation	Introjected Regulation	Identified Regulation	Integrated Regulation	Intrinsic Regulation
Locus of Causality	Impersonal	External	Somewhat External	Somewhat Internal	Internal	Internal

Fig 2. Self-determination theory

Een voorbeeld van externe regulatie is een patiënt die een gedragsverandering doorvoert, omdat hij/zij zich daartoe onder druk gezet voelt door een behandelaar. Het niveau van motivatie en de mate van inzet is laag. De gedragsverandering kan daardoor maar kortdurend worden volgehouden. Bij volledige zelfdeterminatie van gedrag voelt de persoon geen enkele dwang van buitenaf, maar wordt volledig gedreven door interne motivatie, waardoor het volhouden van dat gedrag geen plicht is maar een plezier. In de meeste klinische settings echter, is er in het beste geval sprake van geïntegreerde regulatie, wat wil zeggen dat een individu zich met het van buiten opgelegde gewenste gedrag heeft geïdentificeerd en dit heeft geïntegreerd in de eigen waarden en overtuigingen.

Een meer intrinsieke vorm van motivatie wordt volgens deze theorie gestimuleerd door omstandigheden die voldoen aan de drie psychologische basisbehoeften: autonomie, competentie en verwantschap. Autonomie duidt op de behoefte zelfstandig het eigen gedrag te kiezen. Competentie omvat het vertrouwen in de eigen mogelijkheden, ook om situaties te beïnvloeden. Bij verwantschap gaat het om het gevoel verbonden te zijn met anderen en de nood aan bevredigende en ondersteunende sociale relaties. Als er aan deze basisnoden meer voldaan is, bevordert dit het harmonieus gevoel van het zelf van een individu en faciliteert dit het integreren van nieuwe regels. Het omgekeerde is ook het geval. Om tegemoet te komen aan deze noden is het belangrijk dat een hulpverlener tijdens gesprekken een ondersteunende houding aanneemt die de autonomie van de patiënt in zijn waarde laat, duidelijke en neutrale structuur biedt en betrokkenheid toont (zie figuur 3)[3].

[8] Deci EL, Ryan RM. Handbook of Self-determination Research: Overview of self-determination theory: an organismic dialectical perspective," Rochester. University of Rochester Press; 2002.

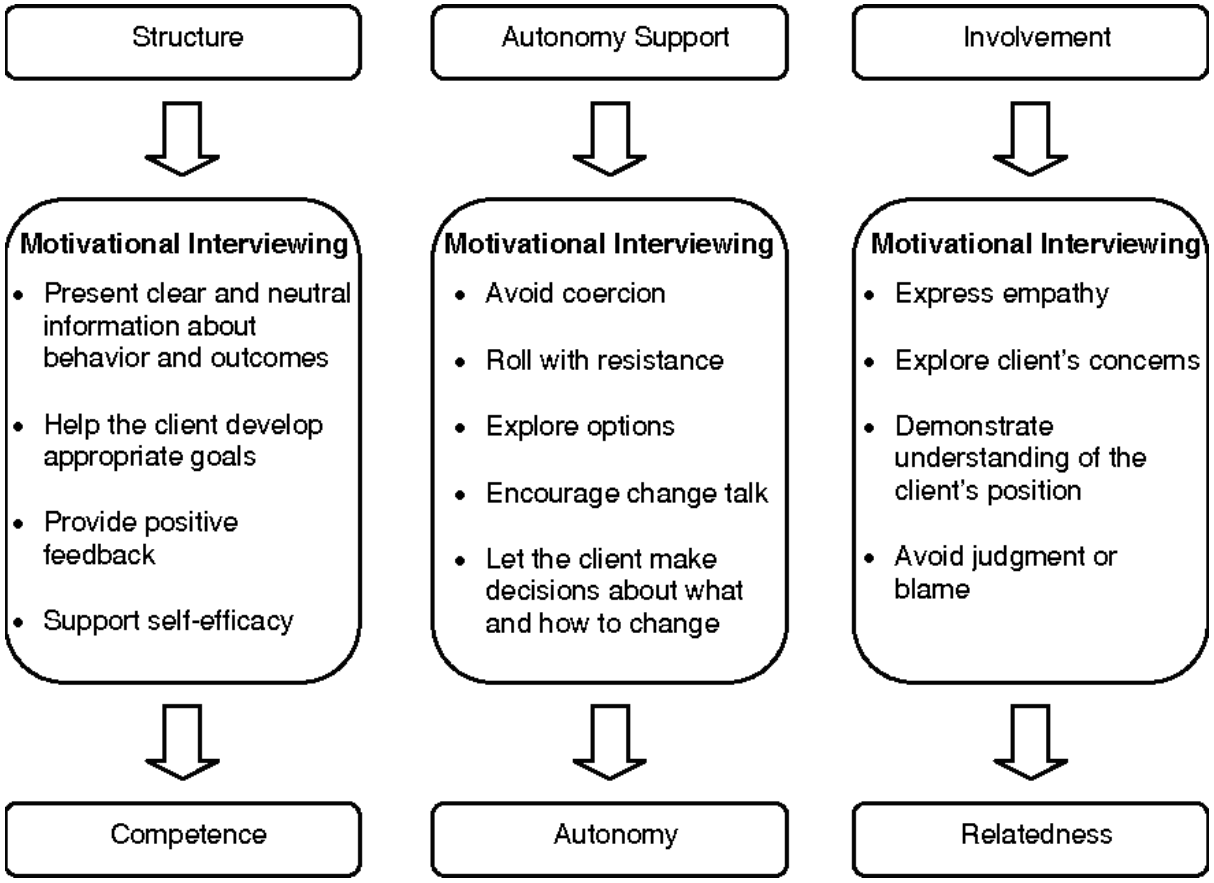

Fig 3. Motivational interviewing and self-determination theory

Wanneer dit wordt toepast op de gezondheidszorg door Ryan en Deci, komt men tot de *self-determination theory model of health behaviour change* (figuur 4)[9].

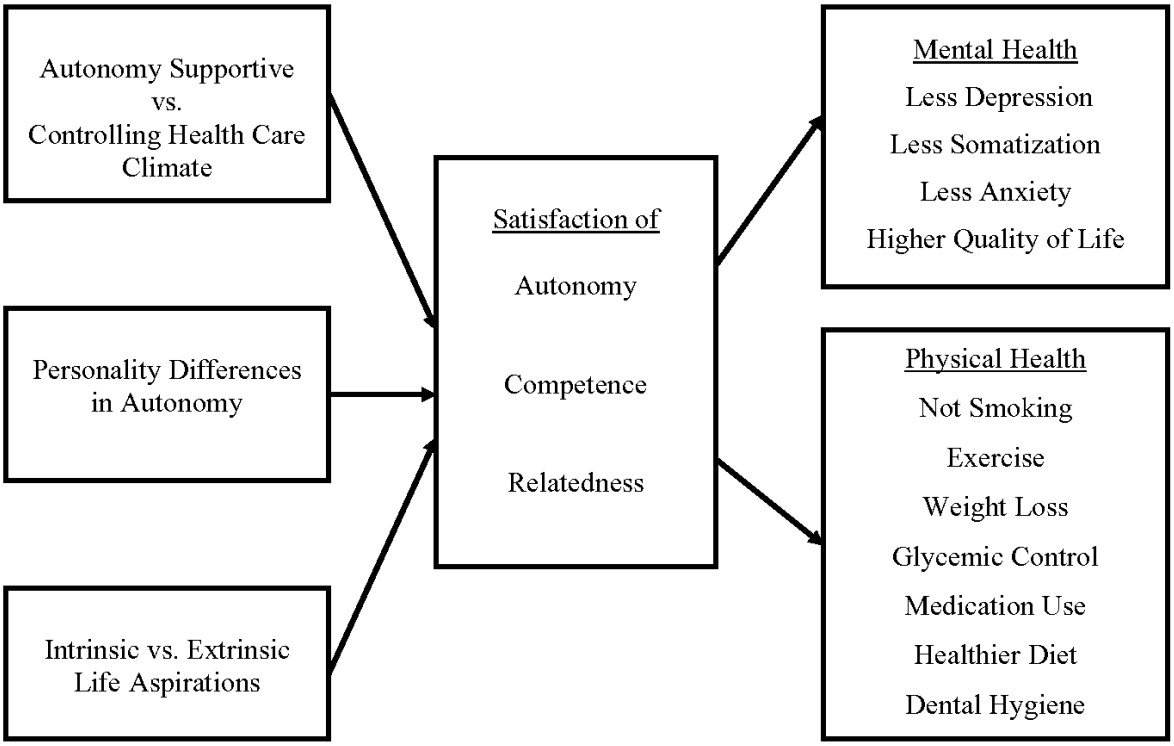

Fig 4. Self-determination theory model of health behavior change

[9] Ryan RM, Patrick H, Deci EL, Williams GC. Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. Europ Health Psychol. 2008; 10(1)

Model van gepland gedrag

Een volgend model dat toegepast kan worden op ingaan op doorverwijzing, is de ***theory of planned behavoir*** van Ajzen (zie figuur 5)[10]. Het is ontworpen om menselijk gedrag te begrijpen en voorspellen. Er wordt in het model verondersteld dat een persoon beschikt over de niet-motivationele factoren (werkelijke gedragscontrole) die nodig zijn om het gedrag uit te voeren, namelijk de mogelijkheid en de middelen bv. tijd, geld, voldoende informatie, vaardigheden, medewerking van anderen.

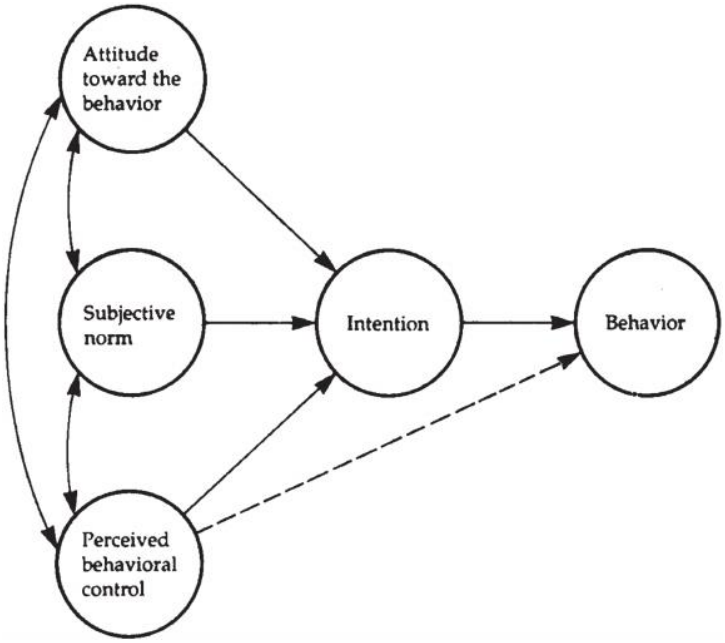

Fig 5. Theory of planned behavior

Hoe gemotiveerd een persoon is om een bepaald gedrag uit te voeren, wordt intentie genoemd. Intentie wordt gevormd door welke attitude een persoon heeft ten opzichte van een bepaald gedrag, de waargenomen sociale druk om het gedrag uit te voeren en de waargenomen gedragscontrole. Met waargenomen gedragscontrole verwijst Ajzen naar de perceptie van het gemak of de moeite waarmee een bepaald gedrag uitgevoerd kan worden. Deze omvat vroegere ervaringen alsook geanticipeerde belemmeringen en obstakels. Intentie in combinatie met waargenomen gedragscontrole kunnen volgens het model gedrag voorspellen.

De *theory of planned behavior* zou redelijk goed toepasbaar zijn op gezondheid-gerelateerd gedrag volgens een review van Godin en Kok, alhoewel dat wel afhankelijk is van de categorie van gedrag. Deelname aan medische screening en aanwezigheid op gezondheidscontroles is een categorie waarin blijkt dat waargenomen gedragscontrole zwaarder doorweegt dan intentie[11].

[10] Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991; 50: 179-211.
[11] Godin G, Kok G. The Theory of Planned Behavior: A Review of Its Applications to Health-Related Behaviors. Am J Health Prom. 1996 Nov 1; 11(2): 87-98. doi 10.4278/0890-1171-11.2.87.

Interactie model van gedrag van gezondheidsklanten

Tenslotte gebruikten Gross et al het ***interaction model of client health behavior*** om de determinanten van gezondheidsgedrag van moeders voor hun kinderen te onderzoeken (zie figuur 6)[12].

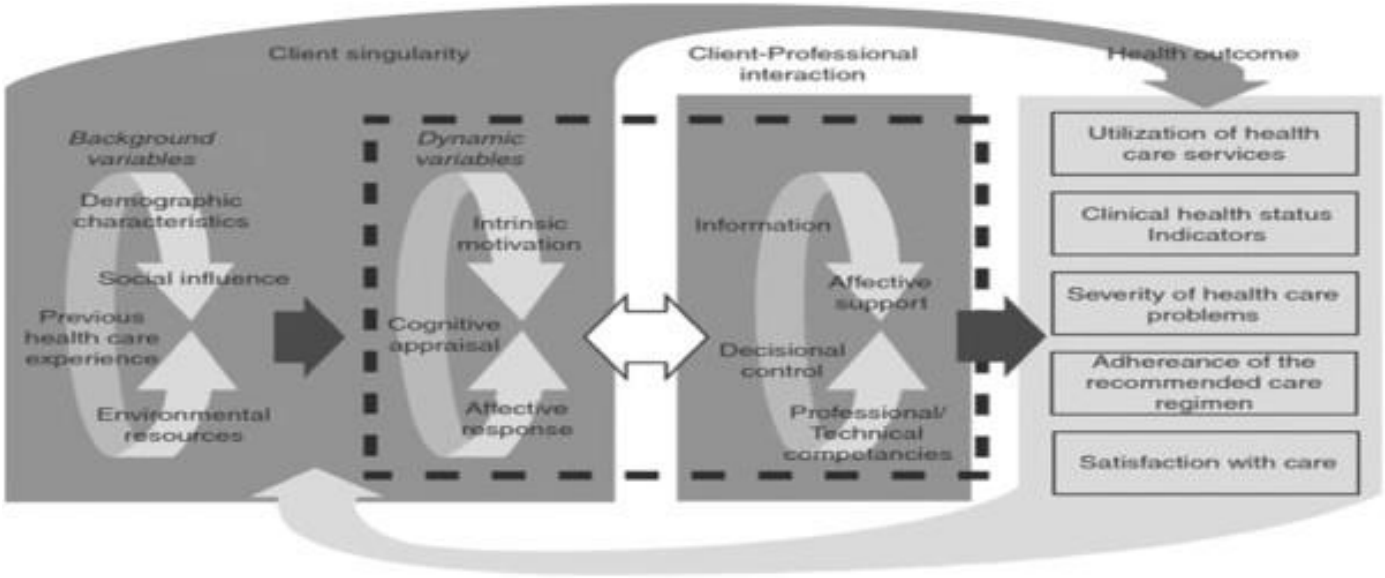

Fig 6. Interaction model of client health behavior

Dit model is oorspronkelijk voorgesteld door Cox als basis waarop interventies in de verpleegkunde ontwikkeld kunnen worden. Zij was van mening dat de toenmalig bestaande modellen van gezondheidsgedrag te kort schoten om in de verpleegkunde gebruikt te worden. Cox beoogde door middel van gevalideerde verpleegkunde in relatie tot de individuele patiënt tot cliënt-gerichte zorg te komen[13].
Cox gaat er vanuit dat de karakteristieken van een patiënt deels gebaseerd zijn op redelijk statische achtergrondvariabelen en deels op eerder dynamische variabelen, namelijk intrinsieke motivatie, cognitie (kennis, overtuigingen, attitudes) en emotie. Bij de achtergrondvariabelen denkt Cox aan demografie (bv geslacht, leeftijd, etniciteit), sociale invloed (oa cultuur, godsdienst, peer invloed, sociaal netwerk, ondersteuning vanuit sociaal netwerk), voorafgaande gezondheidszorg ervaring (medische voorgeschiedenis, huidige fysiologische gezondheid, staat van ontwikkeling) en beschikbare middelen (toegang tot gezondheidszorg, barrières tot gezondheidszorg, persoonlijke middelen).
Zowel deze karakteristieken van de patiënt als de manier waarop interactie tussen de zorgverlener met de patiënt verloopt, spelen volgens dit model een belangrijke rol in de gezondheidsuitkomsten voor de patiënt. Bij de interactie met de patiënt staan naast de competenties van de zorgverlener centraal: affectieve ondersteuning (ingaan op emotionele

[12] Mathews SK, Secrest J, Muirhead L.J . The Interaction Model of Client Health Behavior: A model for advanced practice nurses. Am Acad Nurse Pract.2008 Aug; 20(8): 415-22. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00343.x.

[13] Cox CL. An interaction model of client health behavior: Theoretical prescription for nursing. ANS Adv Nurs Sci. 1982 Oct; 5(1): 41-56.

nood en opbouwen van een band), door wie gezondheidsbeslissingen worden genomen (belang van de keuzes bij de patiënt te laten, patiënt kan kiezen om gezondheidswerker de keuzes te laten maken) en de gezondheidsinformatie (inhoud, hoeveelheid, persoonlijk gesprek of geschreven informatie en emotionele staat van patiënt tijdens geven van informatie). Tenslotte oefent men als zorgverlener tijdens deze interactie invloed uit te op de dynamische variabelen van de patiënt.

Uit de studie van Gross et al blijkt dat moeders gezondheidsbeslissingen voor hun kinderen voornamelijk baseren op gepercipieerde ernst van het gezondheidsprobleem, de mate van angst die ze hebben ten opzichte van de aandoening, voorafgaande ervaring met het gezondheidsprobleem, ondersteuning van de beslissing vanuit het sociale netwerk van de moeder en de houding van de gezondheidswerker[14].

Eigenlijk integreert het model van Cox veel belangrijke aspecten van de eerder besproken modellen. De motivatie en informatie die voor Prochaska en DiClemente centraal staan, nemen een plaats in binnen de dynamische cliëntvariabelen en de interactie met de zorgverlener. De intrinsieke motivatie, het geven van duidelijke gezondheidsinformatie, betrokkenheid van de behandelaar en ondersteuning door het sociale netwerk, alsook het belang van de autonomie van de cliënt in het nemen van gezondheidsbeslissingen, zoals vooropgesteld door Deci en Ryan, zijn vooral terug te vinden in de cliënt-zorgverlener interactie. En tenslotte zien we binnen de achtergrondvariabelen van de cliënt de sociale invloeden, vroegere ervaring met gezondheidszorg en beschikbare middelen die volgens Ajzen samen met attitudes (deel van cognitie volgens Cox), aanleiding geven tot de intentie tot gedragsverandering.

Kadertekst 1. De studie van Gross et al toont dat het model van Cox belangrijke aangrijpingspunten biedt om ouders te motiveren om in te gaan op een doorverwijzing van hun kind

[14] Gross GJ, Howard M. Mothers' decision-making processes regarding health care for their children. Public Health Nurs. 2001 May-Jun; 18(3): 157-68.

Bijlage 2: Ethisch Comité

Goedkeuring van Ethisch Comité voor de kwantitatieve en kwalitatieve studie

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Prof. dr. H. Bastiaens

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Nieuwe titel:
De overwegingen en reacties van ouders ten aanzien van doorverwijzing van hun kind wegens obesitas door het CLB (manama jeugdgezondheidszorg Froukje Kafeja)

Oude titel:
De overwegingen en acties van ouders ten aanzien van doorverwijzing van hun kind wegens obesitas door het CLB.

Belgisch Registratienummer: B300201837316

datum	ons kenmerk	contactpersoon
3/09/2018	18/33/369	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 3/09/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  versie 5 dd. augustus 2018
- Protocol
  versie 5 dd. augustus 2018
- Diverse
  script interviews, versie 4 dd. Juli 2018

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

datum
3/09/2018

ons kenmerk
18/33/369

contactpersoon
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat voor in het UZA lopende studies de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. F. Kafeja, NVT, Oude Terelststraat 20 - 2650 Edegem

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

datum
3/09/2018

ons kenmerk
18/33/369

contactpersoon
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 30/07/2018.
Deze studie werd besproken op vergadering van 3/09/2018.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
PAELINCK Bernard	Cardiochirurg	M	+
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	-
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
Uitgenodigde Experten			
AERTSEN Veerle	Patiëntenvertegenwoordiger	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
DOCKX Celine	Jurist	V	+
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Verloop van de rekrutering van de kwalitatieve studie met ervaren moeilijkheden

Alle ouders van de steekproef, waarvoor het kind in 2017-2018 schoolgingen in scholen waar de onderzoeker als CLB-arts tewerkgesteld was en waarvan het kind naar aanleiding van een verplicht medisch CLB-onderzoek wegens obesitas werden doorverwezen naar de behandelende arts, kwamen in aanmerking per telefoon uitgenodigd te worden om mogelijk deel te nemen aan een interview (zie script in bijlage 3).

Om deze ouders te identificeren werd in eerste instantie als steekproefkader de klaslijsten van het schooljaar van 2017-2018 van de 1e en 2e kleuterklas en het 1e, 3e en 5e leerjaar gebruikt van de zes lagere scholen waar de onderzoeker tewerkgesteld was om medische onderzoeken uit te voeren. Van de 44 ouders met een kind doorverwezen voor obesitas, stemde er één toe in het afnemen van een interview. Aan deze ouders werd gevraagd om deel te nemen aan een diepte-interview van een uur tot maximaal anderhalf uur op het CLB.

Vanwege de moeizaam verlopende rekrutering werd in overleg met de promotoren een amendement ingediend bij het Ethisch Comité (EC). Daarin werd gevraagd om de bovengenoemde klaslijsten ook te mogen gebruiken van acht bijkomende lagere scholen, waar de onderzoeker tewerkgesteld was om de vraag-gestuurde werking van het eigen CLB op te nemen. Verder werd toestemming gevraagd om de interviewmethodiek uit te breiden. Dit ging concreet om het verkorten van de duur van een interview en de om het aanpassen van de plaats waar het afgenomen kon worden. Zo kon dat niet enkel in het CLB, maar ook bij de ouders thuis of zelfs telefonisch (na een mondeling informed consent procedure). Het EC ging met dit voorstel akkoord. Door het uitbreiden tot deze opties, werd het mogelijk om 81 bijkomende ouders te identificeren die in aanmerking kwamen voor deelname. Van hen waren zeven ouders welwillend om deel te nemen aan een interview.

Tijdens de telefonische rekrutering werd indien nog niet geregistreerd in LARS, nagegaan of de ouders al of niet op de doorverwijzing van het CLB waren ingegaan. Indien ouders na een korte uitleg van de opzet van de studie interesse toonden om deel te nemen aan het onderzoek, werden ze in eerste instantie bijgeschreven op een lijst van geïnteresseerden. Nadien kregen ze de informatiebrief en het toestemmingsformulier toegestuurd (zie bijlage 2).

Deze documenten werden net voor het interview met de ouders overlopen. Er was mogelijkheid tot het stellen van vragen. Tenslotte werd er, indien ouders nog altijd akkoord waren tot deelname, gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen. Wanneer ouders op eender welk moment tijdens de rekrutering of tijdens het onderzoek weigerden deel te nemen, werd geprobeerd om van hen te vernemen waarom ze hiervoor kozen.

De interviews werden afgenomen tussen februari en juli 2019.

Amendement ingediend bij Ethische Commissie naar aanleiding van rekruteringsproblemen kwalitatieve studie.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Nieuwe titel:
De overwegingen en reacties van ouders ten aanzien van doorverwijzing van hun kind wegens obesitas door het CLB (manama jeugdgezondheidszorg Froukje Kafeja)

Oude titel:
De overwegingen en acties van ouders ten aanzien van doorverwijzing van hun kind wegens obesitas door het CLB.

Belgisch Nummer: B300201837316

datum	ons kenmerk	contactpersoon
12/03/2019	18/33/369	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

AMENDEMENT: Amendement dd. 8/03/2019

Geachte collega

Dit amendement, met de hierna vermelde bijlagen, werd met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité dd. 11/03/2019.

- Protocol
  versie 5 dd. Maart 2019
- Begeleidende brief Amendement

Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 18/03/2019.

Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Bijlage 3: Informatiebrief en informed consent voor deelnemers aan kwalitatief onderzoek

Informatiebrief voor deelnemers - versie 5, aug 2018

Titel van het onderzoek

De overwegingen en reacties van ouders ten opzichte van doorverwijzing van hun kind vanwege overgewicht door het CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding).

Inleiding

Beste ouder,

U wordt gevraagd deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek zal gaan over de manier waarop ouders omgaan met een doorverwijzing van het CLB, wanneer hun kind volgens de groeicurves overgewicht heeft. Alle ouders waarvan een kind in het schooljaar 2017-2018 is doorverwezen voor overgewicht in de school van uw kind, zijn uitgenodigd om aan dit onderzoek deel te nemen.

Aan u wordt gevraagd deel te nemen aan een interview met vragen over de gedachten en gevoelens die u hebt bij het gewicht van uw kind, wat u vindt over de manier waarop het CLB op het gewicht van uw kind heeft gereageerd en of u het nodig vindt om het gewicht van uw kind met de behandelend arts te bespreken. Naar verwachting zal het hele interview 1.5 uur in beslag nemen. Vermoedelijk zal er bij 8 tot 10 ouders een interview worden afgenomen. De interviews zullen plaatsnemen in VCLB De Wissel Antwerpen.

Ik wil u vragen de onderstaande punten goed door te lezen en als u ermee akkoord bent het toestemmingsformulier te ondertekenen.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Overgewicht komt in westerse landen uitgebreid voor, ook bij kinderen. Toch zoekt een minderheid van de ouders met kinderen hier hulp voor. Ook wanneer ouders door bijvoorbeeld het CLB aangeraden worden het overgewicht van hun kind met de behandelend arts te bespreken, gaan lang niet alle ouders hier op in. Met dit onderzoek wordt geprobeerd te begrijpen hoe dit komt.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Tijdens dit onderzoek wordt bij alle ouders die deelnemen, een interview van ruwweg 1.5 uur afgenomen. Er wordt van elk interview een geluidsopname gemaakt. Na de interviews zullen de geluidsopnames woord voor woord worden uitgetypt en geanalyseerd. Er zal worden beschreven welke thema´s aan bod zijn gekomen tijdens de interviews. Dit onderzoek zal tijdens het schooljaar 2018-2019 worden uitgevoerd.

3. Wat wordt er van u verwacht?

We vragen u deel te nemen aan een interview van ruwweg 1.5 uur in VCLB De Wissel Antwerpen.

4. Welke risico's zijn er mogelijk?

Er zijn geen specifieke risico's verbonden aan deze studie.

5. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Op basis van onder andere uw antwoorden, zal in de toekomst de manier waarop ons CLB omgaat met informeren en doorverwijzen van kinderen met overgewicht volgens de groeicurves, verbeteren. Ook is het mogelijk dat u tijdens het interview meer zicht krijgt op de manier waarop u denkt over en omgaat met het gewicht van uw kind.

Er wordt van u verwacht dat u zich voor het interview verplaatst naar VCLB De Wissel Antwerpen en dat u ongeveer 1.5 uur tijd investeert in het interview. Mogelijk vindt u enkele van de vragen van het interview lastig.

6. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

Een onderzoek wordt altijd uitgevoerd op vrijwillige basis. Als ouder bent u helemaal niet verplicht om deel te nemen en wordt u nooit in een bepaalde richting geduwd. Als de onderzoekende CLB-arts vraagt deel te nemen aan het onderzoek mag u zonder meer weigeren. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Als u toch beslist om deel te nemen, mag u op eender welk moment het onderzoek stopzetten. De geluidsopname die tot dan toe van het interview gemaakt is, zal dan direct vernietigd worden. Als u liever niet deelneemt aan het onderzoek of graag het interview voortijdig afbreekt, zal de onderzoekende CLB-arts u alleen vragen wat de reden hiervoor is. U bent niet verplicht om op deze vraag een antwoord te geven.

Als u liever niet deelneemt aan het onderzoek of graag het interview voortijdig afbreekt, heeft dit helemaal geen gevolgen voor de manier waarop nadien door het CLB met u of uw kind omgegaan wordt. Ook zal dit geen gevolgen hebben voor de schoolloopbaan van uw kind. De school van uw kind wordt er niet van op de hoogte gebracht of u al dan niet deelneemt aan het onderzoek.

7. Wat gebeurt er met uw gegevens?

De manier van omgaan met uw gegevens is in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Alleen de onderzoekende CLB-arts heeft inzage in uw interview en in de gegevens die tijdens het onderzoek over u of uw kind worden verzameld. De geluidsopname van het interview zal vernietigd worden direct nadat het interview woord voor woord uitgetypt is. De gegevens die u en uw kind identificeren en het uitgetypte interview zullen bewaard worden op een beveiligde server binnen VCLB De Wissel Antwerpen in een map waar alleen de onderzoekende CLB-arts toegang toe heeft. Daarvoor geeft u toestemming als u meedoet aan dit onderzoek. De gegevens die van u verzameld worden tijdens het onderzoek, zullen door geen enkele andere CLB-medewerker ingezien worden. Uw gegevens zullen niet aan derden worden doorgegeven.

U hebt het recht om de wijze waarop uw gegevens zijn opgeslagen in te zien.

Wanneer de onderzoeksresultaten uitgeschreven en gepresenteerd worden, zullen deze op geen enkele manier tot u of uw kind herleid kunnen worden. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens die tijdens dit onderzoek van u verzameld worden, te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal hiervoor opnieuw toestemming aan u worden gevraagd.

8. Zijn er extra kosten/is er een vergoeding wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?

Er is geen vergoeding voorzien voor uw deelname aan dit onderzoek.

9. Heeft het ethische comité dit onderzoek goedgekeurd?

Voor dit onderzoek is goedkeuring verkregen van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen op de datum van 3/9/2018.

10. Wilt u verder nog iets weten?

Als u meer bedenktijd nodig heeft voor het al dan niet geven van uw toestemming voor deelname aan dit onderzoek, dan is dat mogelijk. Voor het stellen van vragen en het inwinnen van meer informatie voor, tijdens en na het onderzoek kunt u contact opnemen met de onderzoekende CLB-arts, Froukje Kafeja op het telefoonnummer 03/637 50 60 of per email: froukje.kafeja@vclbdewisselantwerpen.be

Dr. Froukje Kafeja,

VCLB De Wissel Antwerpen

Toestemmingsformulier voor deelnemers - versie 5, aug 2018

Titel van het onderzoek

De overwegingen en reacties van ouders ten opzichte van doorverwijzing van hun kind vanwege overgewicht door het CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding).

Ik heb de informatiebrief voor deelnemers gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn volledig beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik deel neem.

Ik weet dat deelnemen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en dit zal geen negatieve gevolgen hebben voor mij of mijn kind.

Ik weet dat de onderzoekende CLB-arts mijn gegevens kan zien. Deze persoon staat vermeld in de informatiebrief. Zelf heb ik het recht om de wijze waarop mijn gegevens zijn opgeslagen in te zien.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Naam deelnemer:

Handtekening: Datum : ___ / ___ / ____

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Naam onderzoeker:

Handtekening: Datum: ___ / ___ / _____

Bijlage 4: Interviews

De opmaak en het uittesten van het interview

Het interview werd opgesteld er van uitgaand dat de ouder niet ingegaan is op de doorverwijzing omwille van obesitas van het kind vanwege het CLB, omdat werd verwacht dat dit het geval zou zijn voor het gros van de geïnterviewde ouders. Indien een ouder wel inging op doorverwijzing van het CLB, werden de vragen op passende wijze aan deze situatie aangepast (namelijk, vragen naar de ervaringen tijdens het proces van ingaan op de verwijzing in tegenstelling tot vragen passend bij hypothetisch ingaan op doorverwijzing in de toekomst).

Er werd gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews met open vragen, die vooraf werden becommentarieerd door de promotor en de co-promotor. Het script werd opgebouwd op basis van de bevorderende en belemmerende factoren in combinatie met de verklarende modellen, gevonden tijdens de literatuurstudie. De meeste gevoelige vragen werden pas gesteld, nadat er meer inleidende en algemene vragen aan bod waren gekomen. Aan het einde van de interviews werd de inhoud samengevat en de respondenten gevraagd om naar eigen inzicht aanvullingen te doen. Als voorbereiding op het afnemen van de interviews werd gelezen over de do´s en don´ts in hoofdstuk 8 van het Handboek kwalititief onderzoek (Acco 2013) geschreven door Mortelmans. Ook werd een proefinterview gedaan. Aan het begin van de interviews en nogmaals voor het stellen van de sleutelvragen werden de respondenten gerustgesteld om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen.

Inleiding tot het interview

1. Interviewer stelt zich voor en legt kort uit wat het CLB is en wat de taak van de medische equipe van het CLB is. De interviewer toetst kort of deze uitleg nieuwe informatie bevat voor de respondent.
2. De voornaam, achternaam en geboortedatum van de respondent en de naam van het kind van de respondent wordt gevraagd. Het geslacht van de respondent wordt genoteerd.
3. Doel en structuur van het interview wordt uitgelegd. Hierbij wordt er nadrukkelijk uiteengezet dat de interviewer veel belang stelt in het begrijpen van de inzichten en beweegredenen van de respondent, zonder dat de interviewer een waardeoordeel velt over het feit of de respondent heeft besloten al of niet op de doorverwijzing van het CLB in te gaan.
4. Vertrouwelijkheid van de verkregen informatie wordt uitgelegd.

Het interviewscript

Openingsvraag

a. Hoe gaat het met (*naam van verwezen kind*)?
b. In welke klas is hij/zij dit schooljaar begonnen?

Inleidingsvraag

c. Als men spreekt van overgewicht bij kinderen, waar denkt u dan aan?

Transitievragen

d. Bent u in het verleden al voor het gewicht van iemand in uw gezin naar een hulpverlener gegaan? Hoe heeft u dat ervaren?
e. Wat denkt u dat (*naam van verwezen kind)* er van zou vinden wanneer u eventueel hulp voor zijn/haar gewicht zou zoeken?
f. Als u het in de toekomst nodig lijkt hulp voor het gewicht van (*naam van verwezen kind)*te zoeken, voorziet u dan bepaalde praktische problemen?
g. Wat vindt u zelf van de lichaamsbouw van (*naam van verwezen kind)*?
h. Hoe voelt u zich erbij als (*naam van verwezen kind)* dezelfde lichaamsbouw als nu blijft houden in de toekomst?

Sleutelvragen

Opmerking: voor het stellen van deze vragen wordt er opnieuw nadrukkelijk uiteengezet dat de interviewer veel belang stelt in het begrijpen van de inzichten en beweegredenen van de respondent, zonder dat de interviewer een waardeoordeel velt over het feit of de respondent er al of niet een positieve mening over het CLB heeft.

i. Herinnert u zich op welke manier het CLB u op de hoogte heeft gebracht dat (*naam van verwezen kind)* op basis van de groeicurves overgewicht heeft? Hoe kwam dit op u over?
   Voorbeeld van groeicurves wordt getoond.
j. Tot nu toe heeft u nog niet beslist om met (*naam van verwezen kind*) naar de behandelend arts te gaan. Kunt u daar meer over vertellen?

Besluitende vragen

Opmerking: voor het stellen van deze vragen wordt het interview samengevat)

k. Wilt u graag iets aanvullen dat tijdens ons gesprek nog niet gevraagd of gezegd is?
l. Hoe heeft u ons gesprek ervaren?
   Heeft u tijdens ons gesprek nieuwe inzichten gekregen voor wat betreft de doorverwijzing van (*naam van verwezen kind*) door ons CLB? Kunt u dit verder toelichten?

Bijlage 5: Codeboek interviews

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Qoutes	Proces
Organiserend thema: primaire emoties bij boodschap OB					
Doorverwijzing OB ligt zeer gevoelig	Bij ontvangst ouderbrief wel op nieuwe doorverwijzing visus ingegaan	2,19,3-5,5,1-7,37,1-7,38,1	belemmeren invloed	5,5,1: "Maar die gezicht ook is nodig. Af en toe, af en toe om te gaan ja voor iedereen." 7,37,1: "Ja, want gelijk uw ogen dat is helemaal iets anders. Uhm, dat hebben ze ook een verwijzing voor en dat is ook gebeurd. Ik ben ook naar den oogarts geweest, ze draagt nu een bril... Maar ja, dat gewicht ja. Ik vind dat toch een heel moeilijke … Nee, met de ouders eerst hè?!" 7,38,1: "Bijvoorbeeld als *naam van verwezen kind* nu naar jullie komt en uhm, zegt van: 'Ja, kijk ik word mishandeld thuis.' Aller ja, d´r wordt dan toch ook... aller das, dan gaat ge niet zomaar een brief meegeven van... D´r zijn bepaalde onderwerpen waarvan dat ik vind uhm, dat daarvoor eerst uhm de ouders, gelijk horen en een oog ja..."	Doorverwijzing OB ligt veel gevoeliger dan bv. doorverwijzing voor verminderde visus of gehoor Ouder 7 stelt voorop de bij dit gevoelige thema eerst overlegd dient te worden met de ouders alvorens door te verwijzen

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Tegenstrijdige gevoelens	Bij ontvangst ouderbrief tegenstrijdig gevoel/ Bij ontvangst ouderbrief tegenstrijdig gevoel (Bij ouder 1 en 2 druk/ bezorgdheid vs medisch CLB bekommert-herinneren zich letterlijk bewoordingen ouderbrief: “wij maken ons hierover zorgen”. Bij ouder 4 verontwaar-diging vs erkenning OB)	1,10,4-2,17,9-4,24,1-4,24,2-4,27,1-4,35,1-	bevorderen/ belemmeren	1,10,4: “Dat kwam als een shock over, van oei mijn kind heeft overgewicht, maar ook van oh, d´r is een bekommernis van de andere kant” 2,17,9: “...maar aller, ik vind het wel positief dat die zich er mee bezig houden en dat ze er mee, snapt u, dat ze er constant mee bezig zijn. Goe, maar eh, soms een beetje te veel.” 4,24,1-2: “´t Is uw, die is altijd de mooiste, hè en het beste van allemaal, dus al iemand zegt: ‘Die heeft iets’ of ‘Die heeft overgewicht’ dan, dan komen de frustraties van: ‘Hoe kunnen zij dat zeggen van míjn kind’ en dit en dat, maar dat is effectief!”	Ouder 1 bij ontvangst ouderbrief: kind zou OB hebben (bezorgd gevoel) en bekommernis medisch CLB (betrokkenheid-empathie voelen) Ouder 2 bij ontvangst ouderbrief: herhaling boodschap OB (gevoel van druk om behandeling te doen slagen) en bekommernis medisch CLB (betrokkenheid-empathie voelen) Ouder 4 bij ontvangst ouderbrief: verontwaardiging dat CLB OB van kind benoemt en erkenning dat kind OB heeft.

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Ontkenning OB	Kind heeft geen OB/ Geen OB zichtbaar bij het kind (is in proportie)/ Kind is gezond, want weinig doktersbezoek/ Bij ontvangst ouderbrief twijfel aan noodzaak doorverwijzing/ Bij ontvangst ouderbrief boodschap rond OB niet willen aanvaarden	1,4,1-1,5,1-1,5,2-1,6,3-1,8,4-1,9,2-1,9,3-1,10,2-2,17,7-4,26,1-4,30,3-4,31,2-4,35,1	belemmeren	1,5,1: "..., maar ik vind dat mijn zoon absoluut niet zwaarlijvig is. En ook als ik naar mijn zoon kijk, dan zie ik niet, aller, denk ik niet dat er overgewicht is. Ik vind die goed, ik vind hem goed, hoe dat hij is." 2,17,7: "Ge wilt dat eigenlijk niet aanvaarden..." 4,26,1: "Ik vind dat dat een menselijke manier is van: 'Wat heeft die hier allemaal opgeschreven!'… 'Wat staat er hier allemaal?' 'Wie heeft dat allemaal opgeschreven?!' en zo van dien dinge."	Ontkenning OB of fysieke kenmerken OB resulteert in weerstand tegen benoemen OB en verdere ontkenning OB bij lezen classificatie OB in ouderbrief en twijfel aan noodzaak verder onderzoek gewicht. Echter ondanks initiële ontkenning bij ouder 1, gaat ze wel op doorverwijzing in. Ouder 2 erkent doorgaans dat haar kind OB heeft, waarvoor behandeling nodig is, maar op momenten vergeet ze zijn OB en op momenten wil ze die niet aanvaarden

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Bezorgdheid bijkomend gezondheidsprobleem (onderliggende ethio of mentale gezondheid)		5,16,2-6,3,2-6,11,1-6,26,2-6,27,2-6,27,3-7,3,1-7,6,2-7,17,1-7,19,1	bevorderen suggestie: concrete voorbeelden van onderliggen-de ethio noemen in ouderbrief. Zo kan een ouder beter mee volgen waarom het medisch CLB bezorgd zou zijn igv OB	5,16,2: "*Naam van verwezen kind* altijd honger. En ook dat is misschien normaal omdat hij groeit, maar ik ben ook beetje te bang over andere ziekte... Ik wil geen andere kindjes hebben, ja, omdat dit is niet goed." 6,3,2: "...vorig jaar had ik dan een brief van u gekregen met naam van verwezen kind met daarop suiker of schildklier en dat komt door... Ja en ik was heel efkes geschrokken, want ik dacht van: 'Ik zie dat er helemaal nie in.' Maar dan hebben we bloed laten testen en dan was dat ook negatief." 6,26,2: "...maar het is wel door jullie uhm, door jullie brief eigenlijk dat ik ook eigenlijk ...verder ben gaan zoeken en, en... van aller d´r moet toch iets aan de hand zijn." 7,6,2: "Zeven jaar geleden ben ik, heb ik uhm een bypass gehad. Een gastric bypass omdat het gewicht er gewoon niet af ging. En ik heb ook alles geprobeerd. Ik ben ook gepest geweest door mijn overgewicht....Ik ben wel bang voor mijn kind...´t Is voor mij heel heftig geweest om in mijn schooltijd, de eerste jaren op de werkvloer ook. En ik heb zoiets: 'Ik wil dat niet voor mijn kind.'"	Ouder 5 is bezorgd dat (eigen) SK-lijden onderliggend is aan OB kind, waardoor ze het belangrijk vindt dat dit verder wordt onderzocht door KA Ouder 6 leest in verwijsbrief voor HA dat onderliggende ethio (DM, SK lijden) dient uitgesloten te worden. Ze had nog niet bij stil gestaan dat deze mate van ernst mogelijk was, waardoor ze direct bloed wil laten nemen door de HA en na geruststelling toch blijft zoeken naar ethio. Zonder hier op gewezen te worden, was ze niet op doorverwijzing in gegaan Ouder 7 is bezorgd dat kind zal lijden onder OB, zoals zij zelf uitgebreid gepest is geweest

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Sterkte intern verantwoordelijkheidsgevoel OB+behandling	Voelt zich verantwoordelijk voor gewicht van kind/ Bij ontvangst ouderbrief behandeling OB kind is een plicht./ Alle leden van gezin hebben OB ---> plicht groter/Ingaan op doorverwijzing deel van plicht tot behandelen/ Behandeling van kind komt voor eigen behandeling/ Sibling ineens mee naar HA	1,8,1- 1,8,3- 3,16,3- 3,16,4- 3,16,7- 3,18,1- 3,19,5- 3,28,1- 3,36,1- 3,39,1- 5,8,2- 5,9,3- 5,10,2- 5,13,2- 6,2,1- 6,27,2	bevorderen	3,16,3: "Ja, ik móét die stap zetten eigenlijk." 3,36,1: "Het is dingen dat ik zelf oplos, weet je?" 5,9,3: "ik wil gaan (*naar kinderarts*) omdat ja als is, ik, ik moet bloed nemen in orde of niet, hè?" 5,10,2: "Wij moeten zien, omdat als ik had vroeger probleem, ik had ook probleem met schildklier. … Dus beter, beter zien die bloed. Als is bloed goed OK." 6,27,2: "...d´r kan iets mis zijn. D´r kan iets aan de hand zijn, wat het overgewicht verklaard en dan ja, dan denkt ge toch als moeder: 'Ik moet weten vanwaar dat komt.'" 1,8,1: "Ik denk niet dat een arts mij kan helpen, als mijn kind overgewicht heeft. Het ligt echt wel bij mijzelf. Ik moet er voor zorgen dat mijn kind echt wel gezond eet en niet te veel bij komt."	Attributie ethio OB aan gedrag (ouder 1)/ genen (ouder 5) → ouder 1 en 5 voelen zich verantwoordelijk voor OB Gevoel van plicht om iets aan OB kind te doen lijkt ouder 3 van binnenuit te voelen. Het staat hoog op haar prioriteitenlijst. 2 kinderen doorverwezen voor OB versterkt plicht om behandeling te zoeken bij de HA Ouder 6 is intern zo sterk gedreven om een ethio+ behandeling van het OB van haar kind dat ze shopt behandelaar tot behandelaar totdat ze iets heeft gevonden Ouder 4 verwacht eerst een poging tot behandeling van zichzelf en zou pas bij falen hulp zoeken Ouder 1 verwacht behandeling van zichzelf, gaat itt ouder 4 wel op doorverwijzing in vanwege 2e opinie vaststelling OB
		1,8,1- 1,8,3- 4,5,2- 4,42,2	belemmeren	4,5,2: "Ja, eerst wa zelf beginnen redeneren van: 'Wat kan ik zelf doen?' en al ik uiteindelijk op niks komt, ja dan moeten we daar verder naar gaan zien." 4,42,2: "Dus wij waren aan het zien heel rustig iets aan te passen… En dan gaan we zien. Als dat helpt dan blijven we dat gewoon doen. Als, als er niks verandert en ze blijft bijkomen nadat we die aanpassingen hebben gedaan, dan willen we eigenlijk verder gaan denken. Ik ga ook niet direct naar een kliniek voor mensen met overgewicht gaan als mijn poep vijf kilo, twee kilo te veel weegt, hè?"	

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Wanhopig zoeken effectieve behandeling (Bij ouders van kinderen die al langer OB hebben)	Eerdere behandeling (dieet) te weinig resultaat. Verwachting nieuw handvat behandeling (beweging): beperkte daling BMI/ Incompetent gevoel over behandeling	2,4,1- 2,15,6- 2,15,7- 2,15,8- 3,21,2- 5,10,3- 5,13,1- 5,15,1- 5,16,2- 5,17,2- 6,3,3- 6,4,1- 6,11,2- 6,12,1- 6,12,2- 6,14,1- 6,18,2- 6,24,2- 6,25,2- 6,26,2- 6,26,4	bevorderen suggestie: CLB kan bij chronische OB verwijzing aanpassen van algemene verwijzing naar HA/ KA naar multi-disciplinaire behandeling . Het is eigenlijk taak van HA/ KA om hier naar toe te leiden, maar CLB kan hier ook rechtstreeks naar toe verwijzen of de HA/ KA deze suggestie doen in de verwijsbrief, wanneer dit gepast lijkt.	2,15,8: “Het kost wel enorm veel. Echt heel veel geld, 2000 euro...Ja, voor een maand, das daar aller, en dan sport en voeding en zo. Ja ge denkt `Als da lukt´, aller, snapde?” 3,21,2: “Ja, zodat zijn gewicht ietsje naar beneden gaat, ja.” 5,13,1: “Ik hoop. Ik hoop, ik hoop, omdat ja, ik hoop. En ja, ik ook proberen, ja nog eens doe maar.” 5,15,1: “Ja, alleen is moeilijk voor mij, omdat naam van verwezen kind wilt proe... hij proeven, *naam van verwezen kind* groeten ja? Maar hij vindt nie lekker. Ik weet niet hoe ik moet echt doen.” 5,16,2: “*Naam van verwezen kind* altijd honger. En ook dat is misschien normaal omdat hij groeit, maar ik ben ook beetje te bang over andere ziekte... Ik wil geen andere kindjes hebben, ja, omdat dit is niet goed.” 6,3,3: “Maar omdat ´m dan toch, ja hoe moet ik dat zeggen? Precies maar bleef opzwellen en, en altijd over die maag en die pijn en dan had de dokter gezegd: 'Ja, misschien is ´t hè van spanning in ´t school met z´n ADHD... En dan ben ik naar uhm, die orthomoleculaire arts geweest...” 6,14,1: “Waar kan het dan aan liggen? Is het dan het voedingspatroon, is het, ja inderdaad, heeft ´m iets uhm, qua schildklier?... Is het dan nog iets anders?... dat moet toch van ergens komen?... Daar moet toch hulp zijn voor dat kind? … Uhm, ja dat ge gaat zoeken voor hulp, denk ik.” 6,26,2: ...ik ben voor mezelf dan, verder gaan zoeken en, en … van aller d´r moet, d´r is toch iets aan de hand...”	Ouder 2 is wanhopig dat er meer gesleept kan worden uit behandeling dan tot dan toe het geval is geweest, als ze met nieuwe handvat aan de slag gaat. Ze wil financieel offer brengen voor slagen van behandeling, alleen heeft uitgesloten dat ze deze via KA gaat vinden Ouder 5 lukt het niet om behandeling te doen slagen, wat maakt dat ze terug wil naar de KA nav verwijzing, wil desnoods advies andere KA vragen. Kind van ouder 6 heeft naast OB bijkomende klachten, waardoor ze meer wanhopig is om goede diagnose en behandeling te vinden (naast HA ook psychiater-ethio klachten ADHD med?-, orthomoleculaire arts en internet gebruikt om te zoeken naar ethio)

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Extern sluit aan bij interne overtuigingen	Wanneer via ouderbrief herhaling boodschap rond OB → plicht groter/ Bij ontvangst ouderbrief ouder neemt zich voor nieuw handvat behandeling door te zetten/ Bij ontvangst ouderbrief hernieuwde motivatie doorzetten behandeling/ wake-up call OB-behandeling/ Kind gemotiveerd voor nieuw handvat behandeling	3,16,5-3,28,2-3,38,1-3,39,3-3,40,1-6,18,1-6,20,1-6,21,2	bevorderen suggestie: medisch CLB kan zoeken naar aansluiting tijdens gesprek, motivationele gesprekken	3,16,5: "...ja, dat jullie elke keer gaan herhalen, ja. Dus ik móét eigenlijk wat doen." 3,39,3: "Dus al jullie zoiets weer zeggen van "Oh ze is weer omhoog", dan denk ik van "Shit, ik moet wel iets aan doen", weet je?" 6,18,1: "...door die brief die dat u hebt gegeven, liep dat nu, dat ik uiteindelijk wou verder zoeken."	Doorverwijzing strookt met interne overtuigingen: wensen medisch CLB sluiten aan bij waar ouder zelf al gemotiveerd voor is Ouder 3: Herhaaldelijk doorverwijzen door medisch CLB spreekt plicht aan die ouder voelt om steeds weer te proberen iets aan OB kind te doen ---> steeds toe weer hulp zoeken bij HA. Manier van verwijzen van medisch CLB naar HA past bij manier van denken van ouder. Itt reactie ouder 2 en 7

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Externe druk door herhaalde doorverwijzingen	Bij ontvangst ouderbrief druk om OB-probleem op te lossen en gelatenheid/ Bij ontvangst ouderbrief herhaaldelijk dezelfde boodschap rond OB = “zagen”--> boodschap OB in ouderbrief+ verwijzing OB genegeerd./ Op den duur doorverwijzing zelfs niet meer gelezen! / Bij ontvangst ouderbrief gevoel van druk/ Waarom herhaaldelijk onderzoek+ boodschap rond OB/ Na ontvangst ouderbrief vergelijken met andere ouders	2,12,1- 2,12,2- 2,12,5- 2,17,5- 2,17,6- 2,17,9- 2,19,2- 2,21,7- 2,21,9- 2,21,1 2,22,1- 2,28,2- 2,29,1- 2,29,2- 7,17,1- 7,22,2- 7,23,1- 7,24,1- 7,25,1- 7,30,1- 7,36,2	belemmeren invloed suggestie: vóór doorverwijzen voor OB, contact name met ouder nodig . Onderling overleg ipv standaard advies te blijven herhalen zonder input van ouder. Niet zonder overleg blijvend selectief opvolgen voor OB! Te geconfron-terend voor ouder en kind	2,17,6: ”En op den duur was dan van ach, weer al een brief. Omdat ge weet dat dat toch altijd, dat ze toch altijd op dat punt gaan...” 2,12,1-2: “Ik heb dat gewoon genegeerd, want als ik... het worden er op den duur... het was altijd eigenlijk over hetzelfde. Over z´n overgewicht.” 2,21,9-10: “En ja, ik zeg uhm: “Krijgde gij ook...”, uhm “Het CLB zagen die dan niet dat uw kind overgewicht heeft? Dan zei ze “Ja.” of “Nee.” En dan denk ik van: “Waarom is dat bij *naam van verwezen kind* dan dikwijls?”. Snapde?” 2,29,1: “Ik probeer het maar te negeren. Ik kan niet zo snel het verschil maken als jullie denken.” 2,19,2: “Stond er op dat ik naar de arts moest?” 7,17,1: “D´r wordt iets aan gedaan. Uhm, maar het is niet leuk als we elk jaar hetzelfde terug krijgen van: 'Kijk, ze heeft overgewicht.' Of het zelf zeggen tegen haar zeggen van: 'Kijk, u bent, ge zijt te dik. Ge moet hier iets aan doen. Ge moet meer fietsen.' Aller, het moet. Het moet niet altijd en dat vind ik zo soms zo erg van: 'Ja mama, ze hebben het weer komen zeggen.'” 7,36,2: “Soms geven ze te snel advies en in de plaats van dan eerst eens even te zeggen van: 'Kijk we willen dat toch eerst heel even de tijd geven. De ouders zijn verwittigd'.	Patstelling ouder: OB probleem is gekend, maar er lijkt geen afdoende behandeling voor te zijn. Medisch CLB verwijst steeds opnieuw door, (bij ouder 2 zonder eerst input van ouder te horen*), waardoor motivatie van ouder om OB te behandelen uitgeblust raakt (en bij ouder 7 kind steeds onzekerder wordt over G). Ontstaan gevoel van door medisch CLB onder druk gezet te worden. Ouder 2 wordt hierdoor steeds meer gelaten, leest op den duur brief niet meer verder en ouder 7 komt hierdoor steeds meer in weerstand. **In LARS blijkt haar kind op 6 jaar tijd 6x een extra (selectief) medisch onderzoek te hebben gehad om overgewicht op te volgen, bovenop de verplichte medische consulten.*

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Organiserend thema: afwegen boodschap OB					
Gewenning OB	Acceptatie hoe kind er uit ziet/ Gewenning aan OB kind	1,5,2-2,14,3-4,8,2-4,29,1-4,31,2-3	belemmeren	1,5,2: "...en ook als ik naar mijn zoon kijk, dan zie ik niet, aller, dan denk ik niet dat er overgewicht is. Ik vind die goed, ik vind hem goed, hoe dat hij is. 2,14,3: "Soms vergeet ik dat. Soms zie ik hem eigenlijk niet meer als dik, omdat ik dat gewoon ben..." 4,8,2: "Als we zoiets krijgen, dan weet je niet hoe, hoe erg dat dat eigenlijk is, want je zit elke dag met uw kind, dus ge ziet dan qua, qua bijkomen of qua groeien is dit dan... en ineens komt iemand van: 'Amai die is gegroeid.'"	Acceptatie fysieke kenmerken OB/ Gewenning aan fysieke kernmerken OB, geeft dat ouder niet steeds OB erkent

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Bewustwording (gevolgen) OB in dagelijkse praktijk	OB zichtbaar bij kind/ Bij ontvangst ouderbrief OB niet te ontkennen/ Bij vergelijken foto´s van vroeger en nu (ouder 5) OB opgemerkt	2,4,3-2,14,4-2,17,8-4,5,1-5,10,1-5,10,5-5,11,1-5,20,2-6,13,1-6,19,1-7,17,2	bevorderen	2,4,3: “Eh, van eigenlijk na de scheiding is zijn gewicht enorm gestegen.” 2,14,4: “...maar soms als ik hem moet douchen en zo, dan zie ik dat zo en dan vind ik dat wel erg.” 4,5,1: “... je zag het wel dat ze wa breder dan hoger wordt.” 5,10,5: “Ik zien op foto´s ja?” 5,11,1: “Weet u, ik gaan naar de winkel om te broek kopen. Dat is ook niet gemakkelijk!” 6,13,1: “... wel had ´m het moeilijk dat kinderen elke dag “dikzak” en “Je bent dik” zeiden. En daar had ´m het wel psychologisch moeilijk mee.” 7,17,2: “Maar als we dan kledij gaan passen, ja dan is ze soms aan het huilen van: “Ik vind niks.'”	Bij langdurig(er) OB momenten van bewustwording fysieke kenmerken of gevolgen OB, geeft dat ouder OB (weer) erkent (ouder 2, 4 en 5) of behandeling weer als prioriteit ziet (ouder 5,6,7) Kind 4 korter OB (kleuter)

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Plots inzicht (ernst) OB door ouderbrief + groeicurves	Moment bewustwor-ding OB kind (douche, ouder 2)/ Bij ontvangst ouderbrief twijfel aan eigen classificatie normale BMI/ Bij ontvangst ouderbrief bezorgd gevoel/Bij ontvangst ouderbrief in BMI-curve sterke stijging opgemerkt	1,9,4-1,10,1-1,10,4-2,17,8-4,5,5-4,24,2-4,26,1-4,27,1-4,29,1-4,37,2-4,38,1-4,42,1-5,19,2-6,3,2-6,24,1-6,26,2-6,27,1-2-7,1,1	bevorderen invloed	1,10,4: “Dat kwam als een shock over, van oei mijn kind heeft overgewicht...” 2,20,1: “Ik vind dat wel een goei systeem, want die sturen u die brieven eigenlijk om u een beetje wakker te schudden, eigenlijk.” 4,29,1: “Op het moment dat ik dat las, ik had ineens, ik keek naar haar en ik zag ineens zo een opgeblazen ballonneke.” 4,37,2-4,38,1: “Dus ge ziet effectief op die curve van het staat boven het streepje of het staat onder het streepje en als ge die curve gezien hebt en ge leest dat, dan staat er eigenlijk hetzelfde in, maar in woorden dus. Ik zie eigenlijk niet veel verschil… die zit boven de de basislijn, die zit boven het eerste lijntje, aller, alertlijntje en dan een tweede lijntje en dan OK en derde lijntje. Das al een beetje probleem, aller, das een beetje om beginnen te denken: ‘D´r is iets wel aan de hand als dat zo een snelle stijging heeft.’ Wan dat is wel op korte tijd eigenlijk.” 6,3,2: “...vorig jaar had ik dan een brief van u gekregen met *naam van verwezen kind* met daarop suiker of schildklier en dat komt door... Ja en ik was heel efkes geschrokken, want ik dacht van: 'Ik zie dat er helemaal nie in.' Maar dan hebben we bloed laten testen en dan was dat ook negatief.” 6,24,1: “Ja, dan wordt je toch eigenlijk wel, hoe moet je dat zeggen, met je neus op de feiten gedrukt van: 'Oie ja, dat is niet goed.'”	Ouderbrief bewerkstelligt bij ouder 1 en 4 twijfel aan eigen veronderstelling normale BMI/ veroorzaakt dat ouder toe laat te overwegen of kind OB heeft. Ouder 2 accepteert dat medisch CLB boodschap rond OB nodig vindt en is akkoord met medisch CLB dat het nodig is om iets rond OB te doen. Ouderbrief bevestigt bij ouder 5 haar inzicht dat haar kind OB heeft. Ouder 4 (hoog geschoold) kan de groeicurves lezen. Voor haar bewijst dit de vaststelling van OB door CLB objectief en terecht is. Ook de mening van haar vriendin (diëtiste van opleiding) bevestigt haar er in dat er sprake is van OB. Ouder 6 schrikt van mogelijkheid dat er mogelijk een onderliggende oorzaak is voor OB, wat het voor haar plots ernstiger maakt en wat haar een zetje geeft om toch naar de ethio/ behandeling van de klachten te zoeken. Zij raakt zich ook meer bewust van ontwikkeling van OB door lezen van de groeicurves.

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
OB maakt behandeling noodzakelijk	Vermoeden dat kind veel OB heeft/ KA klasseerde gewicht als “veel OB”/ Doel ouderbrief wake-up call OB-probleem/ Voor eigen OB onder behandeling (HA, diëtist) of onder behandeling geweest. Behandeling OB kind is echt nodig./ Behandeling OB is belangrijk	2,8,1- 2,8,3- 2,11,2- 2,20,1- 3,8,2- 3,9,1- 3,10,1- 3,11,1- 3,15,1- 3,16,2- 3,17,1- 3,19,5- 6,14,1- 6,26,1- 6,26,4- 5,7,1- 5,10,3- 5,10,4- 6,10,1- 7,17,1	bevorderen	2,8,1: “Overgewicht is eigenlijk een beetje, maar ik denk dat *naam van verwezen kind* méér heeft als overgewicht.” 3,17,1: “Uhm, belangrijk om daar iets mee te doen.” 6,14,1: “... daar moet toch hulp zijn voor dat kind? Ik denk nog eerder psychologisch dan lichamelijk. Uhm, ja dat ge gaat zoeken voor hulp, denk ik. Want al ben je struis, maar voel je u goed in uw vel, ge voelt u psychologisch goed, dat is nog een heel ander situatie dan, dan dat ge, ja uw, uw zelf beeld uhm, verliest, eigenlijk.... Zo van hij zat niet goed in zijn vel: 'Ik moet er iets mee gaan doen.'” 5,7,1: “Ik moet nog gaan (*naar de diëtist*) maar ja, geen tijd, geen tijd. Ja, dat is echt belangrijk ook voor de gezondheid. … Dus ik wil ook voor *naam van verwezen kind* iets doen, omdat hij moet.”	Ouder 2,3,5, 6 en 7 beschouwen OB (eigen, kind, sibling) als iets dat behandeling nodig heeft

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Wegredeneren noodzaak behandeling erkend OB	Veel eten is een vorm van genieten/ Kind te jong voor strikte behandeling/ Kind is actief/ Sibling uit OB gegroeid/ Tijdens puberteit vanzelf uit OB groeien/ Bio-papa uit OB gegroeid/ Twijfel hoeveel OB kind heeft/ Kind heeft er weinig besef van OB Kind is gelukkig/ beperkt gepest met OB/ geaccepteerd door anderen/ Vermoedelijk heeft kind geen onderliggend probleem	1,9,2- 1,9,3- 2,5,1- 2,5,3- 2,5,4-6 2,6,2- 2,6,3- 2,7,1- 4- 2,8,2- 2,16,1- 2,17,2- 2,17,3- 2,29,3- 4,5,3- 4,13,1- 4,27,1- 4,27,2- 4,28,1- 4,42,1- 4,42,2- 4,44,1- 4,46,1- 4,47,1- 4,48,1- 4,49,1- 4,50,1- 4,50,2- 5,21,1- 6,26,3- 6,27,1	belemmeren	2,7,1-2: "Hij is nog gelukkig en hij lacht en hij danst. Dus, aller, ik denk niet dat hij zo complexen heeft. 2,5,6: "Ja maar, ik denk dat hij is nog een beetje te jong om zo streng te diëten eigenlijk." 2,5,3-4: "...ik weet wel met mijn oudste zoon, die was vroeger ook wel een beetje struis, maar dat is er al zo wat uit gegaan. Hij is nu al 15 dus ja, puberen en ineens een scheut en hij is fel vermagerd. Hij is nu verbeterd. Dus ik was in de hoop dat dat waarschijnlijk bij *naam van verwezen kind* ook zo gaat zijn." 4,42,1-2: "als ik zag dat effectief die curve, zoals die daar staat, zo naar boven ging… Ik ging er vanuit dat we daar gewoon iets aan moeten doen. … Bij *naam van verwezen kind* was echt wel van OK, die doet nog van alles, die speelt, die loopt, die doet wat ze goed kon. Dus wij waren aan het zien heel rustig iets aan te passen… En dan gaan we zien. Als dat helpt dan blijven we dat gewoon doen. Als, als er niks verandert en ze blijft bijkomen nadat we die aanpassingen hebben gedaan, dan willen we eigenlijk verder gaan denken. Ik ga ook niet direct naar een kliniek voor mensen met overgewicht gaan als mijn poep vijf kilo, twee kilo te veel weegt, hè?" 5,21,1: "... *naam van verwezen kind* heb niet echt obesitas, ja? Goed ja, goei kilo wegen, maar dat is beetje veel, ja?"	Impact OB op kind valt ouder 2 en 4 mee (of zo lijkt het haar toch igv ouder 2). Ouder 2 vermoedt daardoor geen onderliggende problematiek (of hoopt hier toch op), ziet positief aspect aan gedrag kind dat OB veroorzaakt. Ze hoopt/verwacht ook dat kind vanzelf uit OB groeit, <u>waardoor ze het minder dringend vindt om in te grijpen.</u> Ouder 4 concludeert dat de impact van OB op haar kind onvoldoende groot is om op doorverwijzing in te gaan. <u>Ze kiest eerst zelf in te grijpen.</u> Ze voelt ook dat ze competent is om zelf het OB te behandelen, heeft stappenplan met vriendin (diëtiste van opleiding) uitgewerkt. Pas indien dat niet afdoende effect zou hebben, zou ingaan op doorverwijzing nodig zijn. Correctheid eigen behandeling wordt alleen tijdens consultatie van ander kind terloops bij KA afgetoetst. <u>---> vermindering intentie hulp zoeken, ingaan op doorverwijzing uitgesteld</u>

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Ervaring moeizame behandeling	Volhouden eerdere behandeling niet haalbaar (kosten, terugbetaling, tijdsdruk, alleenstaand, dieet, onder-mijnd door derden, vermoeidheid) Verwachting KA doet geen nieuwe vaststelling, geeft geen nieuw advies (gezond eten, meer bewegen), geeft geen nieuwe handvatten behandeling (verwijst weer naar diëtist)/ Op doorverwijzing naar KA ingaan leidt niet tot vermindering OB/ Diëtist gaf geen nieuw advies/ Diëtist ging niet in op ethio OB/ Kind verliest moeilijk gewicht	2,9,1- 2,9,2- 2,9,3- 2,9,4- 2,10,1- 2,10,2- 2,13,2- 2,13,3- 2,13,4- 2,14,2- 2,16,2- 2,21,3- 2,21,4- 2,21,5- 2,21,6- 2,24,2- 2,25,3- 2,25,4- 2,26,1- 2,27,1- 2,30,5- 5,13,2	belemmeren suggestie: CLB kan ouder/ HA de weg wijzen naar multi-disciplinaire behandeling	2,9,3-4: “Want ik moest al voor de aller oudste psychologische hulp zoeken, dus dan was dat een beetje te veel eigenlijk. Ja je moet dat eigenlijk ook combineren, op den duur in *naam van werk*, dat uur en dat ging dan niet allemaal, dat kunt ge niet allemaal.” 2,21,3-4: “Maar het probleem is, ge denkt dan ook in uw eigen, ik ga al naar de huisarts. Daar gaat ook niet veel veranderen. Ok, ik zal dan wel naar de huisarts gaan. Dan zal ´m waarschijnlijk hetzelfde zeggen van ‘Uw kind heeft overgewicht.’, aller … ‘Lengte en dinge, das’ (waarschijnlijk) ‘te veel, ik verwijs u naar de diëtist’, voila. Ja, dat weet ik allemaal al, snapde?” 2,14,2: “Das eigenlijk zo, aller, die sturen u door naar de diëtist en die hebben niet, aller, snapde? Ja, die gaan daar niet dieper op in, aller, snapde? 5,13,2: “En ja, ik ook proberen, ja nog eens doe maar... Dat is, ook is raar waarom is bijgekomen?”	Ervaring met behandeling ouder 2: 1. hoge kost (geld, tijd, moeite) eerdere behandeling bleek op termijn niet vol te houden. Voor ouder 2 heeft het dan geen zin om opnieuw op identieke doorverwijzing in te gaan, omdat ze dan weer advies verwacht te krijgen dat uitmondt in een behandeling die ze niet ziet zitten. 2. onvoldoende diepgang en effect. Afwegen op doorverwijzing ingaan tegen verwachte opbrengst van bezoek aan KA en nadien diëtist. Ouder 2 ziet nut van opnieuw ingaan op doorverwijzing niet in, omdat dit naar verwachting geen nieuwe handvatten behandeling zal opleveren, maar wel veel zal kosten (diëtist). Ouder 5 probeert met moeite voorgestelde behandeling van KA, heeft onvoldoende effect.

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Organiserend thema: advies zoeken bij dagelijkse adviseurs (vnl vriendinnen, ook echtgenoten en moeders – bij 2 ouders ook advies op internet gezocht)					
Zoeken 2e opinie: ontkenning (ernst) OB	Oma verwachting dat kind uit OB groeit	2,23,3-4,44,1-5,14,2-6,26,3-6,27,1	belemmeren suggestie: motiverend gesprek met ouder en vriendin, echtgenoot of moeder erbij	2,23,3: “M´n moeder zei altijd van ‘Dat gaat er wel af als die groot wordt, dan gaat dat daar wel af. Das nog maar een kind’ enne ‘Ge moet er niet zo op focussen’.” 4,17,1: In principe begin je… automatisch op het internet te zoeken van hoe is dat gebeurd en wat wilt dat eigenlijk zeggen en moet ik dat volgen?” 4,44,1: “Dus eerst echt wel een beetje samen d´r over gebabbeld. En zij vond eigenlijk wel, aller ze zie wel bij haar dat ze bij komt, maar ze vond het zelf eigenlijk dat dat niet te veel is.” 4,46,1: “Ik heb tegen haar, aan haar gezegd van: 'Zie je effectief dat er iets veranderd is?' … Uhm, dan heeft ze gezegd van: 'Ja, ik vind dat *naam van verwezen kind* molliger is geworden.'” 5,14,2: (zucht) “Doet niks mij man. Dat is probleem van, voor vrouw. Ik zaag, ja?”	Nood ouder 2 en 6 van sociaal netwerk (hun moeder) dat ernst OB erkent niet vervuld Ouder 4 zoekt op internet informatie over OB op. Haar vriendin bevestigt dat ze OG bij kind ziet, echter niet dat er sprake is van te behandelen OB Echtgenoot van ouder 5 ziet ernst van OB niet in

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Shared decision-making met netwerk: al of niet ingaan op doorverwijzing	Volgens familie onnodig op doorverwijzing in te gaan/ Advies vriendin om doorverwijzing te negeren	1,9,1-2,12,4-4,27,1-4,27,2-4,44,1-5,14,3	belemmeren	1,9,1: “Ja, ze vonden het eigenlijk onnodig om naar de arts te gaan.” 2,12,4: “...ik heb daar zo met een vriendin over gepraat en haar dochter die heeft hetzelfde probleem en die heeft ook weer een verwijzing en zij zei: `Ja, ik negeer dat. Ik ga daar niet op in.´ zei ze.” 4,17,1: In principe begin je… automatisch op het internet te zoeken van hoe is dat gebeurd en wat wilt dat eigenlijk zeggen en moet ik dat volgen? … de slechte commentaren op een bepaalde dokter en de goeie commentaren over een andere dokter.” 4,27,1-2: “Ik ging daarover praten met mijn man van: ‘Hoe zit ge dat?’ en ‘Ziede gij dat?’ en een beetje zelf zo van zelf efkes overleggen van: ’Is da wel?’ of ‘Is dat niet?’ en uiteindelijk dachten we van OK, gez iet dat wel…Wat gaan we d´r aan doen, gaan we d´r zelf aan werken , gaan we toch naar één of anderen dokter? 4, 44,1: “Dus eerst echt wel een beetje samen d´r over gebabbeld. En zij vond eigenlijk wel, aller ze zie wel bij haar dat ze bijkomt, maar ze vond het zelf eigenlijk dat dat niet te veel is. Da ze niet direct een probleem gaan hebben. We moeten gewoon een beetje de manier van eten aanpassen.”	Sociaal netwerk ondersteunt ingaan op doorverwijzing niet Ouder 2 negeert ouderbrieven op den duur op aanraden van vriendin met zelfde ervaring van herhaaldelijk doorverwijzen Ouder 4 vindt op het internet ook verwarrende informatie over potentiële behandelaars Ze bespreekt alle medische info met echtgenoot en vriendin (van opleiding diëtiste), zodat ze tot een goede beslissing tav doorverwijzing kan komen. Ideeën over aanpak van ouders zelf, strookt met plan van aanpak van vriendin (diëtiste van opleiding): <u>eerst zelf behandelen.</u> Hierdoor hebben ouders niet de neiging om op doorverwijzing in te gaan. Vriendinnen van ouder 5 en echtgenoot van ouder 6 zien noodzaak van behandeling in en moedigen ingaan op doorverwijzing aan
		5,14,3-6,2,1-6,21,1-	bevorderen	5,14,3: “Ik heb, ja ik heb twee vriendinnen. Eén echt vriendinnen heb dezelfde probleem dan ik, ja? … Die gaan naar diëtist, omdat kindje echt nie goe eten, ja? … mijn vriendinnen ook zeggen: `Ja, je moet, je moet gaan.´” 6,21,1: “Mijn man zegt ook: 'Ja, als d´r, als ´t werkelijk komt door de suiker of … ja, dan is het beter dat je dat weet, natuurlijk.'	

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Organiserend thema: advies zoeken bij vertrouwde hulpverlener (bestaande vertrouwensband met HA/KA – 1x psycholoog: hermeten/wegen, groeicurves, voorgestelde behandeling)					
Vertrouwensband met andere hulpverlener	Vertrouwen in oordeel psycholoog/ Brengt gegevens medisch CLB (ouderbrief, verwijsbrief, groeicurves kind en sibling) vanzelf-sprekend naar vaste HA/ Alle medische gegevens centraal bij HA/ Ingaan op doorverwijzing = vanzelf-sprekend en komt neer op goed gesprek met HA/ Vertrouwen in expertise vast HA en KA	1,5,6- 1,6,1- 1,6,4- 3,2,2- 3,2,3- 3,18,3- 3,19,1-5- 3,20,1-6- 3,27,1-3- 4,18,1- 4,19,1- 4,19,2- 4,28,2- 4,28,3- 4,42,3- 4,43,1- 4,44,1- 5,9,1- 5,17,1- 7,22,1- 7,26,1- 7,28,2	bevorderen suggestie: Het medisch CLB kan hier gebruik van maken bv. door toestem-ming vragen overleg over behandeling OB met vertrouwde hulpverlener (hierbij navragen welke hulpverlener ouder vertrouwen in heeft vwb OB)	3,20,6: “Dat vind ik het beste, weet je, dat ze alles van ons weet, ja. … Alles, alles, alles. Ook van hier, het CLB, heb ik ook naar haar toe gebracht. Alles zit bij haar.” 4,19,1: “En onzen huisdokter, die heeft eigenlijk een hand voor iedereen, die is goed met kinderen, die is goed met volwassenen en en... Ge zie wel das een professionelen mens is, want elke keer als je d´r bij binnenstapt, dan is het elke keer efkes alle basisdingen nazien, dus wegen, meten en en, en efkes naar de rug zien... enne naar de keel kijken en naar alle onderwerpen kijken. Dus dat is eigenlijk standaard als je bij hem komt. Ik denk niet dat ge dan naar iemand anders op zoekt gaat, das vanzelfsprekend zou ik zeggen.” 5,17,1: “Ja, omdat dat is goeie dokter. Ik, ik ga naar dr. *dokter met Poolse naam*. Uhm, dat is, ik praat met die dokter Pools, ja? Omdat die ja, die dokter praat Pools ook. Dat is goeie dokter. Zoals ik, haar heb echt veel patiënten., Poolse patiënten dus, ja.” 7,28,1: “...als ik vragen heb over een bepaald thema, gelijk nu met dat overgewicht ofzo, dan kan ik altijd bij den huisarts terecht. ...het is bijvoorbeeld als ik iets voor heb voor één van mijn kinderen en d´r is geen afspraak mogelijk, dan zegt ze wel altijd van uhm, 'Kom tegen dat ure d´r toch nog maar efkes tussen'.”	Ouder 1 vertrouwen in KA, zoekt daar 2e opinie. Ouder 3 gaat zelf vaste HA, wil daar alle med. info van haar gezin centraal hebben. Ziet als vanzelfsprekend dat problemen met HA besproken worden → gaat steeds weer op doorverwijzingen in. Ouder 4 vertrouwen in expertise vaste HA en KA, maar heeft afgewogen niet op doorverwijzing in te gaan: niet overtuigd van ernst van OB en leunen op advies vriendin (diëtiste van opleiding). Stelt enkel terloops vragen over ernst en aanpak als ze voor sibling bij HA zijn. Ouder 5 vertrouwen in KA. KA spreekt ook moedertaal van ouder (Pools). Ouder 7 heeft vertrouwen in vnl KA en ook diëtist Ouder 2 had vertrouwen in KA, kreeg bij vroegere doorverwijzing 2e opinie en behandeling, maar onvoldoende effect → bij herhalen doorverwijzingen niet terug naar KA. Ouder steunt nu op advies gekende psycholoog
		2,8,3- 2,9,2- 2,15,8- 2,13,4- 2,21,5- 2,22,2- 2,22,3	belemmeren	2,22,2: “Nee, maar over laatst heb ik wel uhm, gebeld naar uhm een psycholoog van indertijd voor *naam van sibling*, want ik wou allebei inschrijven. En die zei waarschijnlijk eet hij dinges... na de scheiding...”	

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Zoeken 2e opinie vaststelling OB	Op doorverwijzing OB ingegaan wegens “tweede opinie”/ Bij ontvangst ouderbrief twijfel aan classificatie CLB OB/ KA bevestigde bevindingen CLB/ HA moet bevindingen CLB valideren	1,5,6-1,6,1-1,6,4-1,9,5-2,8,3-2,11,2-2,21,3-3,2,3-3,6,1-3,27,1-7,6,1 4,19,1-4,26,1-4,30,1	bevorderen belemmeren	1,6,1: “Want jullie stellen vast dat die overgewicht heeft en dan dacht ik van “Ok, dan zal ik even naar de dokter gaan om te zien hoe dat uhm hij/zij zegt.” 2,11,2: “En de dokter zei, aller dat hij wel heel veel overgewicht had...”. 3,27,1: “”Die huisarts moet uhm, zeg maar, die moet vergelijken...” 7,6,1: “Dan ben ik ook naar de huisarts geweest met dien brief en die zei ook van: 'Ik ga daar niks mee doen. Ze is nog te jong om haar echt...' 4,26,1: “Efkes zelf op de weegschaal doen” 4,30,1: “Ge hebt uw eigen verbeelding d´r over, ge hebt uw eigen vaststellingen, dus dat is al een beetje belangrijker dan wat er effectief op papier staat.”	Bij ontvangst ouderbrief ontstaat bepaalde mate van twijfel aan vaststelling OB door medisch CLB → Nood aan validatie (ouder 1, 3 en 7) door vertrouwde HA/KA. KA bevestigde ouder 2 classificatie OB door medisch CLB bij eerdere doorverwijzing OB. Voor ouder 4 is het voldoende om kind zelf op weegschaal te zetten. Ze vraagt achteraf tijdens consult sibling terloops HA opnieuw te wegen

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Uitleg onbegrijpelijke groeicurves	Bij ontvangst ouderbrief wens om groeicurves uitgelegd te krijgen/ Bij ontvangst ouderbrief noodzaak om groeicurves uitgelegd te krijgen/ Bij ontvangst ouderbrief lukt niet groeicurves te begrijpen	1,7,1-1,10,6-1,11,1-1,14,1-1,14,2-1,14,3-1,15,1-3,31,1-5,21,2-5,22,1-	bevorderen suggestie: Als CLB met een ouder samen zit om groeicurves uit te leggen, kan dit positieve invloed hebben op erkenning van (ernst) van OB en de bereidheid aan het ingaan op door-verwijzing verhogen.	1,11,1: "Aller, ja, ik probeer dat te analyseren, te bekijken van hoe zit dat hier juist in mekaar, maar ´t zou toch aangenaam zijn als iemand anders daar meer informatie over kan geven." 1,14,1: "Ja, ja dat is echt wel, dat moet echt wel duidelijk uitgelegd worden aan de moeder. Van hoe zit dat juist in mekaar, dat is niet altijd duidelijk op die curven..." 1,14,3: "...in verband met die groeicurven, ja dat is niet zo duidelijk. D´r staan overal lijnen en stippen" 5,21,2: "Ja, misschien ik niet, maar als ik mij dokter, die dokter altijd, uhm, ik laten zien bij dokter dat, dus. … die kinderarts goe uitleggen ja, ja, ja. Ik snap ik misschien nie echt goed."	Ouder 1 en 5 voelen noodzaak om groeicurves te begrijpen, nemen vaststelling OB dus serieus. Ze kunnen vaststelling OB van medisch CLB niet zelf objectiveren (zoals ouder 4 en 6), omdat groeicurves te ingewikkeld voor hen zijn. Een deel van de reden dat ze op doorverwijzing in zijn gegaan lijkt dat ze nood hebben aan uitleg groeicurves door vertrouwde arts. Ouder 3 begrijpt groeicurves niet. Alle medisch vragen legt zij aan haar HA voor. Nood aan uitleg van de groeicurves kan mee een reden zijn om op doorverwijzing in te gaan. Ouder 2 begrijpt groeicurves ook niet (2,18,1-2,19,1) en zou graag streefgewicht kennen, maar gaat voor deze info niet op verwijzing in, omdat ze ervaren heeft dat KA niet kan helpen in behandeling OB.

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Nood aan samen zoeken = shared decision-making met hulpverlener	Alle medische gegevens centraal bij HA	3,20,1-3,20,3-3,20,5-3,20,6-3,27,3-5,9,1-7,26,2-7,28,2	bevorderen	3,20,3-6: "...niet alleen over *naam van verwezen kind*, maar voor heel veel dingen, over m´n bloeddruk en over allerhande dingen dat ik met haar praat. Ja, dus uhm, ik vind het ideaal dat ik zo´n uitstap heb." 5,9,1: "... zij zelf spreken met mij, verder naar mij: '*Naam van verwezen kind* is noe beetje' uhm, ja 'te veel gewicht.' ja? 7,26,2: "Maar dan zei ik tegen haar ook van: 'Dat (*veel fruit, groeten en beweging*) heeft ze allemaal nu al, dus ja, wat kan ik dan nog meer doen dan, hè uhm, haar mee dingen om nog terug naar een diëtiste te gaan?' Nee, dat wil ik niet. En toe heeft zijn ook wel gezegd van: 'Kijk, stop d´r gewoon mee. We zullen wel zien wat...' En normaal gezien, nu moet ze elk jaar toch een gewoon komen bij de huisarts."	Ouder 3 brengt steeds alle medische info bij HA, die daardoor kan ze alles met haar bespreken Voor ouder 5 was het makkelijk om op doorverwijzing in te gaan, omdat KA bij eerder bezoek zelf al overlegde met mama rond OB. Ouder 7 heeft bij eerdere doorverwijzing uitgebreid aanpakt OB met HA overlegd. Bij herhaaldelijke doorverwijzingen blijft ze terug gaan voor bevestiging eerder afgesproken aanpak.

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Zoeken hulp behandeling	Verwacht van KA nuttig advies/ HA/ diëtist motiveert voor doorzetten nieuwe handvat behandeling	1,8,2-3,21,1-5,8,1-5,9,1-5,11,2-5,17,3-5,16,1-5,23,1	bevorderen	1,8,2: "Ik zou natuurlijk wel aangenaam vinden dat een arts wat tips geeft..." 3,21,1: "... wat ik zei van *naam van de huisarts* zei bijvoorbeeld: 'Zorg dat hij uhm, activiteiten krijgt' weet je, om te doen." 5,8,1: "dat is ja, gewoon te praten.... Eén koek vragen mogen, zie de pediatriedokter, omdat de pediatriedokter praten uhm met *naam van verwezen kind*." 5,11,2: "...hij weet het over hem moet andere eten en hij weet het omdat ik praten met hem." 5,17,3 "En die (*diëtist*) echt goed praten met *naam van verwezen kind*."	Ouder 1 verwacht dat door KA informatie over behandeling aangereikt wordt Ouder 3 beschouwt ingaan op doorverwijzing als middel tot vinden van effectieve behandeling omdat de HA naar haar luistert en met haar mogelijkheden van behandeling bespreekt en ouder steeds weer motiveert om er weer in te vliegen met behandeling. Ouder 5 ziet als hoeksteen van de behandeling dat kind inzicht krijgt in wat er aan de hand is en wat er aan gedaan moet worden: ze praat daarom hier zelf over met haar kind en verwacht ook dat de KA/diëtist (desnoods CLB) hierover met het kind spreekt om het te motiveren. Ze krijgt ook informatie van KA over aanpak behandeling

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Organiserend thema: bijstellen of bekrachtigen beeld medisch CLB					
Basis van vertrouwen in instituut CLB: Ervaring eigen schooltijd (medische onderzoeken, aanwezigheid CLB)	Medisch CLB gekend van (eigen) medische onderzoeken vroege r	4,1,1-4,3,1-5,1,1-5,20,1-7,1,1	bevorderen suggestie: Belang van (medisch) CLB om kennis te maken met ouders die CLB niet kennen uit ervaring van vroeger (migranten), kan basis van vertrouwen geven. Mogelijk opgevangen nu door "warm onthaal" 1e kl en anderstalige nieuwkomers	4,1,1-4,3,1: "Toen ik op school was, ik wist wel waar het CLB was… Ik wist zeker, aller, d´r waren verschillende plaatjes op de deuren en daar was ook eigenlijk een plaatje van: `Hier kan je altijd terecht bij het CLB´ en, dus toen was echt wel van OK, als je voorbij wandelde dat je wist van dat daar zit het CLB." 5,20,1: "… ik een beetje praten met mij klanten dus over het CLB, wat is die institutie en alles, ja? … want ik ben van Polen en in Polen is geen CLB, dus ik vraag naar mij klanten over en de klanten vertellen naar mij welke institutie is dit CLB." 7,1,1: "Uhm, goh, het CLB ken ik eigenlijk meestal van de vaccinaties, en uhm, het medische onderzoek … ja van vroeger hè?"	Ouder kent CLB op door contact met (medisch) CLB tijdens eigen schooltijd. Bij ouder 5 ontbreekt deze wegens recente migratie→ via klanten uitleg over CLB gevraagd om te bepalen wat te doen met brieven van medisch CLB

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Basis van vertrouwen in instituut CLB: Goede ervaring met (niet-medisch) CLB	Via sibling niet-medisch CLB al gekend/ Kent werking van CLB al/ Goed, informatief contact met niet-medisch CLB	1,1,3-1,1,4-1,13,1-2,1,1-3,1,1-3,44,1-4,34,1-6,1,1-6,2,2	bevorderen	1,1,3-4: "Er kwam op school iemand van het CLB voor een ander kind van mij. Het was een heel aangename ervaring, een goed gesprek. Een informatief gesprek." 3,44,1: "Ik weet precies hoe jullie uhm… Bij *naam van dochter* doen jullie het ook, dus…" 6,2,2: "...maar *naam van zus van verwezen kind* was dat echt, ja een stap in het diepe, zal ik zeggen, onbekend. En dan, ja dan heeft *naam van psychologe van CLB* toch mij, ja verschillende malen ook gezegd van dees en dees. En kijk, zo zit dat en dit, dat, zo. Zij heeft zo wat toch, ja de mogelijkheden ook gegeven, ja."	Ouder heeft (positieve) ervaring of zelfs vertrouwensband met medewerker niet-medisch CLB door traject dat werd gelopen met sibling van verwezen kind

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Medisch CLB goed geplaatst voor doorverwij-zingen	Bij ontvangst ouderbrief wel op nieuwe doorverwijzing visus ingegaan	1,10,5- 2,12,3- 2,17,4- 2,19,3- 3,2,1- 3,3,1- 3,29,1- 4,5,5- 4,26,1- 4,31,1- 4,35,1- 5,1,1- 6,23,1- 7,37,1	bevorderen	1,10,5: “Want ik weet dat het CLB echt wel bezig is met kinderen.” 3,29,1: “Ja, ´t is jullie werk. Jullie uhm, zien wat er aan de hand is en dan sturen jullie een brief.” 4,5,5: “Want ik heb ook papieren dat ik heb gekregen dat ik van jullie heb. ´t Ziet er wel mooi uit en ik heb wel wat informatie, maar dat is eigenlijk gewoon een bepaalde situatie die jullie vaststellen.” 6,23,1: “Uhm, ja dan hebt ge, al ge dat dan zo opvolgt eigenlijk uhm, dan het ge wel een reëel beeld van ja, zo was ´m als ´m klein was en dat gewicht is dan toch uhm, want als je dat zelf zo opvolgt...Ja maar, als ge dan effectief en visueel kunt waarnemen, de stappen die dat in de loop der jaren zijn geno... aller, geëvolueerd dan zo gezegd qua gewicht en... Ja, dan wordt je toch eigenlijk wel, hoe moet je dat zeggen, met je neus op de feiten gedrukt.”	Ouders beschouwen medisch CLB als orgaan dat goed geplaatst is om <u>objectief</u> afwijkingen bij kinderen vast te stellen (door jaren heen L en G opvolgen) en terecht doorverwijst

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Connotatie bewoordingen boodschap OB (tijdens onderzoek en in ouderbrief) *connotatie= gevoelswaarde* suggestie: -geïnteresseerd gesprek na door-verwijzing kan soms pas werkelijk gevoel geven van empathisch medisch CLB -eerder in gesprek gaan met ouders dan met kind: zeer gevoelig thema	Bij ontvangst ouderbrief voelt goed dat medisch CLB bekommert **2,19,c: In ouderbrief staat als eerste een zin over lengtegroei. De tweede zin gaat over vaststelling OB. Als derde zin: "wij maken ons hierover zorgen en denken dat verder nazicht bij de huisarts … nuttig kan zijn". Dus ouder heeft tweede deel van de derde zin niet gelezen of niet geregistreerd tijdens het lezen, maar het eerste deel wel!*	1,10,3-2,19,4 *-4,37,1-6,27,3 4,53,1-7,2,1-7,3,2-7,5,2-7,17,3-7,30,1-7,33,1-7,33,2-7,36,2-3 7,40,1	bevorderen belemmeren invloed:	1,10,3: "Ja, dat is wel fijn dat, dat ik denk dat jullie zich zorgen maken, aller bezorgd zijn eigenlijk om mijn kind. Dat vond ik ook wel een aangename ervaring." 4,37,1: "Ja, jullie denken dat het het beste is ergens naar toe te gaan; Aller, d´r staat nergens in van: 'Ge moet gaan, want anders gaat er van alle problemen mee zijn.' Jullie stellen niet van: 'D´r is iets ergs of zo op dat moment en ge moet eigenlijks dringend iemand gaan zoeken om dat op te lossen.' Het is maar een voorstelling. Het is een voorstel." 6,27,3: "Ik denk nu echt zo van wat er komt uit de uhm, ja, aanwijzingen van dit of dit kan het zijn, ik denk dan toch zo van ja, nu moe´k echt goan." 4,53,1: "Ja, ik weet wel dat jullie eigenlijk d´r mee bezig zijn. Want, aller, aan de hand van alleen het briefje van dan weet ge eigenlijk niet of dat die daar effectief mee bezig zijn of niet. … Als ge nu al die vragen hebt gesteld en die dingen, dan wilt dat zeggen eigenlijk, dat jullie eigenlijk met alles wat jullie doen bezig zijn." 7,36,2: "Ze geven soms uhm, te snel uhm advies … zo direct van zo dinge geven van: 'Uw kind moet op dieet. Zij moet...' Ja het is zo soms van de moetes dat daar in die brieven, ja ik kan daar niet aan doen. ..Aller ja, het gaf geen goed gevoel eigenlijk." 7,33,1: "Probeert ja, bepaalde woorden niet te gebruiken. Van hè, omdat dat toch een impact heeft... Het kind komt dan huilend thuis." Bewoording in ouderbrieven kan effect hebben op over komen boodschap OB: empathie tonen, neutrale bewoordingen, vernoemen mogelijk onderliggende ethio, druk zetten door R/ voor te stellen zonder vooraf overleg met de ouders.	Bewoording waarin medisch CLB <u>betrokkenheid</u> toont blijft hangen. Ouders die deze hebben onthouden, zijn tevreden over de manier waarop het medisch CLB <u>empathie</u> toont. Bevordert goed verwoorde boodschap ingaan op doorverwijzing? Dit lijkt wel zo bij ouder 1 (voelt betrokkenheid van CLB door bewoording), maar niet bij herhaaldelijk zelfde boodschap (ouder 2). Bij ouder 4 bevordert de <u>neutrale</u> bewoording ouderbrief (voorstel tot ingaan op doorverwijzing, geen verplichting, <u>zelf-beschikkingsrecht</u>) dat ouder overweegt om in te gaan op doorverwijzing. Zonder bewoordingen in brief aan HA -dat <u>onderliggende ethio</u> (DM, SK lijden) dient uitgesloten te worden-, was ouder 6 naar haar eigen zeggen niet ingegaan op doorverwijzing. Na lezen ouderbrief ouder 4 nog niet overtuigd dat medische CLB echt betrokken is bij de situatie van haar kind. Het is pas na een persoonlijk gesprek (interview) dat ouder voelt dat medisch CLB echt om haar kind geeft en niet alleen een <u>standaard brief</u> heeft toegestuurd. Ouder 7 vindt dat CLB te veel druk zet, ook door bewoordingen ouderbrief (<u>te snel advies</u> geven). Kind vertelt ouder 7 nog vóór ontvangst ouderbrief van <u>kwetsende</u> bewoordingen gebruikt om OB met kind te bespreken tijdens medisch onderzoek.

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Voldoende informatie om op doorverwijzing in te gaan	Ouderbrief volstaat als middel voor doorverwijzing	1,11,2-1,11,3-1,12,1-5,19,1-6,27,2-6,29,1	bevorderen invloed	1,11,2: “Ik zou niet direct overgaan tot een gesprek. Een gesprek kan achteraf worden, uhm, je kan altijd achteraf een gesprek hebben met het CLB over wat de dokter heeft gezegd en zo.” 1,11,3: “Ik denk dat dat wel een goeie aanpak is en dat daar niet nog meer informatie gegeven moet worden. ´t Is al duidelijk genoeg in die brief... Ik vond dat goe ja, ´t is een brief, hè, das duidelijk. Het staat er ook duidelijk in van zo en zo en zo zit het.” 6,27,2: Ja, maar als ge dan een brief mee krijgt met dat, ja, ge gaat denken of er een mogelijkheid is dat de schildklier of uhm, hè, diabetes en dan denkt ge van: “Hola, het is toch wel tijd dat we hier verder gaan zoeken.”	Ouders hebben in principe voldoende aan informatie in ouderbrief om op doorverwijzing in te gaan. Ouder 6 heeft ook bewoordingen van verwijsbrief (suggesties onderliggende ethio) nodig

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Medisch CLB geeft objectieve informatie		4,26,1- 4,31,1- 4,37,1- 6,21,2- 6,22,1- 6,24,1	bevorderen invloed	4,26,1: "…als dat maar een objectief geschreven tekst is… En dan is dat nog makkelijk geapprecieerd eigenlijk." 4,31,1: "Die mensen moeten opschrijven wat dat ze vaststellen." 6,22,1: "Dat is normaal ook. Qua lengte zit ´m, zit ´m goed, maar dan hier uhm, qua gewicht zit ´m dus boven de uhm, curve eigenlijk." 6,24,1: "Ja maar, als ge dan effectief en visueel kunt waarnemen, de stappen die dat in de loop der jaren zijn geno... aller, geëvolueerd dan zo gezegd qua gewicht en.. Ja dan wordt je toch eigenlijk wel, hoe moet je dat zeggen, met je neus op de feiten gedrukt van 'Oei, ja dat is niet goed.'"	Ouder 4 is overtuigd dat medisch CLB objectieve bevinding in ouderbrief schrijft. Objectieve info weegt zwaar voor haar, zo geleerd in opleiding psychologie. Ouder 4 en 6 gebruiken groeicurves om vaststelling OB van CLB te objectiveren

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Organiserend thema: houding aannemen tov medisch CLB					
CLB lijkt niet rechtstreeks bereikbaar (ook voor ouder 6 die traject sibling bij niet medisch CLB meemaakte!)	Weet CLB niet te vinden igv vragen	4,1,1-4,54,1-6,27,2-6,30,1-6,32,1	belemmeren suggestie: Initiatief tot gesprek over OB moet van medisch CLB komen	4,54,1: “Maar ja, als er niet te veel contact is met de mensen, dan mensen weten niet dat jullie aan ´t werken zijn en jullie weten eigenlijk niet of die met iets zitten of niet. Want de enige manier om eigenlijk met jullie contact op te nemen is eigenlijk door een leerkracht. Dus als je een probleem hebt is ´t eerst naar de leerkracht, dan naar ons, dan de leerkracht en dan naar jullie. En dat komt niet altijd bij jullie terecht.” 6,32,1: “Ik dacht altijd dat dat via de school moest gaan, dat je als ouder niet direct om hulp of advies kon vragen.”	Vragen van ouder worden niet rechtstreeks aan CLB gesteld. Ouder 4 heeft het gevoel dat ze het CLB niet kan vinden/bereiken en ouder 6 denkt ook dat een vraag altijd via school gesteld moet worden, alhoewel de contactgegevens van het CLB onderaan de ouderbrief staan.

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Zonder hulp initiatief moeten nemen	Bij herhaaldelijk ontvangst ouderbrief gevoel alleen initiatief behandeling (haalbare zoeken + uitvoeren) te moeten nemen/ Gevoel alleen initiatief behandeling te moeten nemen/ Onvoldoende overleg mogelijk om op doorverwijzing in te kunnen gaan/ Op eigen initiatief nieuwe handvatten behandeling zoeken	2,15,4-2,22,2-2,28,2-2,29,5-2,30,2-4,4,1-4,5,3-4,5,4-4,8,1-4,17,1-7,22,1-7,28,1	belemmeren invloed suggestie: Ouder 2, 4 en 7 voelen nood aan ondersteu-ning om doel te bereiken: overleg met suggesties van medisch CLB over R/ behandelaar + positief bekrachtigen in de stappen die al gezet zijn. Zo het gevoel van vertrouwen in invloed hebben op de situatie versterken	2,28,2: "Dat ik die stappen zelf zo moet doen en dan, ja ik denk dat je dan als mama geneigder zijt om dan die brief weg te doen. Maar ik denk als die d´r zo echt achter zitten en mee ook voor een oplossing zoeken." 2,30,2: "Ja, omdat ge eigenlijk een oplossing zoekt. Ik zeg het "Alleen kunt ge het niet" 4,4,1: "Het zou voor mij eigenlijk tof zijn als er zo een, toevallig een lijstje bijvoorbeeld bij de persoonlijke evaluaties geplakt is waar dat die ouders juist goed kunnen zoeken voor het probleem van hun kind. Dus zo heb je een kindje met zo tandpijn, dan zou je dus zo twee tandartsen die met kindjes bezig zijn, die daar voorgesteld zijn… Want toen kreeg ik dat en toen dacht ik van: `Zou ik naar mijn huisdokter gaan of zou ik naar de pediater gaan…?´" 7,28,1: "die diëtiste heb ik zelf uhm gezocht..."	De HA/KA naar wie het CLB standaard verwijst, daar lijkt ouder 2 (herhaaldelijke doorverwijzingen) geen vertrouwen in te hebben dat KA effectieve behandeling/ diagnose heeft. Voelt zich teruggeworpen op zichzelf wanneer weer naar HA/ KA verwezen wordt, niet weten naar welke behandelaar. Ouder 4 wil meer specifieke info over gespecialiseerde hulp in ouderbrief. Ouder 7 zoekt nav eerdere ouderbrief zelf diëtiste.

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Open-minded zijn/blijven voor info medisch CLB	Staat open voor vaststelling OB/ nieuw advies medisch CLB/ Ouder neemt advies medisch CLB serieus	1,8,5-2,25,1-4,7,1-4,26,1-4,27,1-4,33,2-6,27,1-2	bevorderen	1,5,8: “Als dat een vraag is van het CLB, dan stel ik mij open en wil ik zeker naar de arts gaan voor dat te laten onderzoeken, why not?” 2,25,1: “Ik vind, ge kunt altijd een beetje bijleren...” 4,7,1: “Ja, dus ik ben eigenlijk ook nie, aller nog efkes aan ´t leren hoe dat dat allemaal langs de andere kant is. Ik heb alles meegemaakt als ik kind was en nu moet ik eigenlijk een beetje zien van, dat gij ook niet alles kunt of moet weten. Aller, dat nu komt van de CLB of van *naam van vriendin* en zo van die dinges. Allemaal dingen van hoe voor kinderen te zorgen.” 4,27,1: “Dan vind ik wel dat ge efkes moet die informatie laten liggen en na een tijdje nog een terug moet komen en eventueel met iemand daarover moet praten… efkes overleggen van ‘Is dat wel?’ of ‘Is da nie?’ 4,33,2: “Voor mij is het CLB eigenlijk een dienst die, die wat hulp moet bieden. Als ge van een hulpdienst hulp krijgt of advies krijgt, kunde ge toch niet zeggen dat die u iets slecht willen aandoen?” 6,27,1-2: “(*OB*) Gesignaleerd wel, maar omdat ge dan ook van andere plaatsen een ander geluid hoort, ja, dan neemt ge dat ook niet zo au serieus. Ja, maar als ge dan een brief mee krijgt met dat, ja, ge gaat denken of er een mogelijkheid is dat de schildklier of uhm, hè, diabetes en dan denkt ge van: “Hola, het is toch wel tijd dat we hier verder gaan zoeken.”	Ouder 1 stelt zich open voor info CLB. Wegens basis van vertrouwen in instituut CLB Ouder 2 blijft toch open staan voor advies medisch CLB, als het maar nieuwe handvatten behandeling biedt Ouder 4 blijft bij het lezen van ouderbrief er voor open staan dat vaststelling OB door CLB juist is, ondanks initiële ontkennende reactie: zoekt als onervaren ouder advies uit te vertrouwen bronnen Ouder 6 weer open staan voor nood aan doorverwijzing wegens nieuwe info (mogelijk onderliggende ethio)

Overkoepelende code	Initiële code(s)	Bron	Subvraag	Quotes	Proces
Nood aan samen zoeken = shared descion-making met medisch CLB		6,25,1- 6,29,1- 7,3,2- 7,5,1- 7,33,1- 7,34,1- 7,36,1- 7,36,2- 7,37,1- 7,40,1	invloed	6,25,1: “Ja, dan toch misschien ook uhm, tips geven over, ja voor verder te zoeken … met jou, zodat je kan begrijpen. Ikzelf ben een persoon die er zelf mee aan de slag is gegaan. Ik heb er dan ook al, zeker meer dan een jaar over gedaan.” 7,5,1: “...bepaalde informatie ook. In de plaats van dat aan de ouders te geven, geven ze het gewoon mee met mijn dochter en dan komt ze thuis en dan zegt ze van: 'Ja mama, kijk ik heb allemaal papiertjes bij. Je moet dat nakijken en ik moet dit en ik moet dat.' En dan denk ik soms, maar ja, daar is nog helemaal niet over gesproken geweest met de ouders, aller, met mij dan. En ja, ze geven papieren mee voor uhm, in het Middelheim ziekenhuis, voor een project dat daar liep.” 7,34,1: “Dus ik zou eigenlijk liever hebben, als er een bepaald iets is dat de ouders eerst worden gecontacteerd en dat daar in de brief staat van: “Ja kijk, mogen we eens afspreken met *naam van verwezen kind*?' Zo of met mij of met naam van andere dochter, voor daar te praten over dat onderwerp. Zodanig dat ge zelf de beslissing nog kunt nemen van hè: 'Ja, ge moogt dat doen' of 'Nee, dat hebben we liever niet.'”	Ouder 6 stelt dat samen nadenken met CLB over mogelijke ethio van OB behulpzaam zou zijn, zodat ze beter weet bij welke behandelaar aan te kloppen Ouder 7 stelt dat als kind aangesproken wordt op OB en benodigde behandeling tijdens medisch onderzoek, nog voordat ouders brief hebben kunnen lezen, medisch CLB beslissingen over aanpak OB (gesprek met kind, doorverwijzing naar project) zonder ouders neemt. Ze wil liever shared decision-making rechtstreeks tussen ouder en medisch CLB en het kind er niet mee belasten

OB=obesitas
Belemmeren: beantwoordt subvraag a van het kwalitatieve deel: “Welke factoren ervaren ouders als belemmerend voor het in gaan op de doorverwijzing?”
Bevorderen: beantwoordt subvraag b van het kwalitatieve deel: “Welke factoren ervaren ouders als bevorderend voor het in gaan op de doorverwijzing?”
Invloed: beantwoordt subvraag c van het kwalitatieve deel: “Op welke van die factoren kan volgens ouders de medische equipe een invloed hebben?”
Suggestie: dit is een aanbeveling van de onderzoeker

Bijlage 6: Drie praktische handvaten voor CLB-artsen

1. Checklijst: Check bij de ouders de aanwezigheid van belemmerende/ bevorderende factoren.

Bevorderend

- erkenning van de obesitas van hun kind en de ernst ervan
- bezorgdheid over het fysiek en psychologisch welzijn van hun kind
- gemotiveerd zijn/ de noodzaak inzien om de obesitas van hun kind te laten behandelen
- sterk intern gevoel van verantwoordelijkheid hebben voor de obesitas van hun kind
- nood hebben aan een tweede opinie van hun vertrouwde hulpverlener over de vaststelling van obesitas door het CLB
- het gevoel hulp nodig te hebben om te weten waar de juiste hulp te vinden en om de nodige levensstijlaanpassingen te maken
- ervan overtuigd zijn dat de nodigde levensstijlveranderingen gemaakt kunnen worden
- wanhopig op zoek zijn naar een effectieve behandeling, allerlei (eigen) behandelingen al hebben geprobeerd

Belemmerend

- ontkenning van de (ernst) van de obesitas van hun kind
- gevoelens van angst, boosheid, walging of zich in shock zijn bij het lezen of horen dat er bij hun kind obesitas is vastgesteld
- ongemotiveerd zijn om te behandelen of liefst eerst zelf de obesitas proberen behandelen
- ervaren van taalgebruik (in ouderbrief of gesprek) als beschuldigend
- zich onder druk gezet voelen om op de doorverwijzing van het CLB in te gaan
- slechte ervaring met een eerdere behandeling of weinig vertrouwen in de behandelaar waarnaar wordt doorverwezen
- moeite hebben met het begrijpen van medische terminologie en groei/BMI-curves
- financiële of culturele drempels om toegang tot hulpverlening te krijgen
- last hebben van een taalbarrière
- de partner, familie of vrienden van de ouders ontkennen (ernst) obesitas of raden ingaan op de doorverwijzing af
- stressvolle gezinssituatie

2. Do's and dont's voor de CLB-arts

Do

- wees je ervan bewust dat obesitas en een doorverwijzing daarvoor zeer gevoelig liggen
- neem bij vaststelling van obesitas initiatief tot een (telefoon)gesprek met de ouders
- gebruik het proces van shared decision-making met ouders over het ingaan op de doorverwijzing die je voorstelt
- werk op maat, kom te gemoed aan waar de ouders nood aan hebben
- let op taalgebruik in ouderbrieven en tijdens een gesprek: gebruik motiverende en concrete bewoordingen
- wees empathisch
- hanteer een constructieve, oplossingsgerichte aanpak, die de nadruk legt op gezonde levensstijl
- geef objectieve informatie, bespreek de groei/BMI-curves
- geef voldoende praktische informatie om op de doorverwijzing in te kunnen gaan
- ondersteun ouders in het overkomen van praktische barrières, bijvoorbeeld door het inzetten van een intercultereel bemiddelaar of vertaler
- ga na met welke hulpverlener de ouder een vertrouwensband heeft en verwijs naar deze persoon door
- indien de behandelend arts in ontkenning is van de (ernst) van de obesitas, bespreek dit met instemming van de ouders met deze arts. Overweeg zo nodig om rechtstreeks door te verwijzen naar multidisciplinaire behandeling
- peil door middel van een gesprek met het kind naar motivatie om de obesitas te laten behandelen, indien de ouders dit wenselijk vinden

Don't do

- ouders onder druk zetten om op doorverwijzing in te gaan, onder andere door in ouderbrieven herhaaldelijk door te verwijzing zonder met de ouders in gesprek te gaan
- probleemgerichte aanpak die de nadruk legt op gewicht
- een afstandelijke houding aannemen, gebruik maken van onpersoonlijke standaardzinnen
- gebruik maken van beschuldigende taal en medisch jargon

3. Tips voor gesprek met het kind met obesitas

- wees je ervan bewust dat het kind mogelijk een laag zelfvertrouwen heeft
- bespreek de vaststelling van de obesitas in zo neutraal mogelijke bewoordingen
- vermijd kwetsend taalgebruik, bijvoorbeeld “Ge weegt te veel.”
- ga na of het kind gemotiveerd is om de obesitas te laten behandelen

REFERENTIELIJST

[1] Eetexpert. Kenmerken van eet- en gewichtsproblemen. [Internet]. Available from: http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/kenmerken-van-eet-en-gewichtsproblemen#defgewicht. [Accessed 7th April 2021].

[2] World Health Organisation. Obesity and overweight. [Internet]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=lived%20in%20Asia.-,Over%20340%20million%20children%20and%20adolescents%20aged%205%2D19%20were,just%20over%2018%25%20in%202016. [Accessed 7th April 2021].

[3] European commision. [Internet]. Available from: https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/thematic-reports/mapping-and-zooming-childhood-obesity. [Accessed 7th April 2021].

[4] Lebacq T. Antropometrie (BMI, buikomtrek en buikomtrek/lengte verhouding). In: Lebacq T, Teppers E.(ed.). Voedselconsumptiepeiling 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Brussel, 2015

[5] Stephanie Devriese, Inge Huybrechts, Michel Moreau, Herman Van Oyen De Belgische Voedselconsumptiepeiling 1 - 2004 Epidemiologie, maart 2006; Brussel (België) Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, WIV/EPI REPORTS N 2006 – 016 Depotnummer: D/2006/2505/17

[6] S. Drieskens, R. Charafeddine, L. Gisle. Gezondheidsenquête 2018: Voedingsstatus. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.440/53. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

[7] Drieskens S. Voedingsstatus. In: Gisle L, Demarest S (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel, 2014.

[8] Olds T, Maher C, Zumin S, Peneau S, Lioret S, Castetbon K, et al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: Data from nine countries. Int Journal of Ped Obes. 2011 Oct; 6: 342-360. doi: 10.3109/17477166.2011.605895.

[9] Rokholm B, Baker J, Sorensen T. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999: Review of evidence and perspectives. Obes Rev. 2010 Dec; 11(12): 835-46. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00810.x.

[10] The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999—a review of evidence and perspectives, Rokholm B, Baker J, Sorensen T, Obes Rev, 2010

[11] Evidence that the prevalende of childhood overweight is plateauing: data from nine contries, Olds T, Maher C, Zumin S, Peneau S, Lioret S, Castetbon K, Bellisle, De Wilde J, Hoepa M, Maddison R, Lissner L, Sjobreg A, Zimmerman M, Aeberli I, Ogden C, Flegal K, Summerbell C, Int Journal of Ped Obes, 2011;6:342-360

[12] Güngör NK. Overweight and obesity in children and adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2014 Sep; 6(3): 129-43. doi: 10.4274/Jcrpe.147

[13] Law C, Cole T, Cummins S, Fagg J, Morris S, Roberts H. A pragmatic evaluation of a family-based intervention for childhood overweight and obesity. Public Health Research No. 2.5 Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014.

[14] Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. Nutr Rev. 2004 Jan; 62(1): 39-50. doi: 10.1111/j.1753-4887.2004.tb00005.x.

[15] Pagnini D, King L, Booth S, Wilkenfeld R, Booth M. The weight of opinion on childhood obesity: Recognizing complexity and supporting collaborative action. Int J Pediatr Obes. 2009; 4(4): 233-41. doi: 10.3109/17477160902763333.

[16] Grimmett C, Croker H, Carnell S, Wardle J. Telling parents their child's weight status: Psychological impact of a weight-screening program. Pediatrics. 2008 Sep; 122(3): e682-8. doi: 10.1542/peds.2007-3526.

[17] Kader M, Sundblom E, Elinder LS. Effectiveness of universal parental support interventions addressing children's dietary habits, physical activity and bodyweight: A systematic review. Prev Med. 2015 Aug; 77:52-67. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.05.005.

[18] 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 Jan 21; (1): CD001872. doi: 10.1002/14651858.CD001872.pub2.

[19] EB Practicenet. Development of primary core guidelines. [Internet]. Available from: https://edit.ebpnet.be/pdf/Leidraad%20richtlijnontwikkeling_updateapril2020.pdf. [Accessed 1st Mar 2021].

[20] Grootens-Wiegers P, van den Eynde E, Halberstadt J, Seidell JC, Dedding C. The "Stages Towards Completion Model": What helps and hinders children with overweight or obesity and their parents to be guided towards, adhere to and complete a group lifestyle intervention. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020 Dec; 15(1): 1735093. doi: 10.1080/17482631.2020.1735093.

[21] Roberts KJ, Binns HJ, Vincent C, Koenig MD. A Scoping Review: Family and Child Perspectives of Clinic-Based Obesity Treatment. J Pediatr Nurs. 2021 Mar-Apr; 57: 56-72. doi: 10.1016/j.pedn.2020.10.025.

[22] Kelleher E, McHugh SM, Harrington JM, Perry IJ, Shiely F. Understanding engagement in a family-focused, multicomponent, childhood weight management programme delivered in the community setting. Public Health Nutr. 2019 Jun; 22(8): 1471-1482. doi: 10.1017/S1368980018003828.

[23] Perez AJ, Kebbe M, Holt NL, Gokiert R, Chanoine JP, Legault L, et al. Parent Recommendations to Enhance Enrollment in Multidisciplinary Clinical Care for Pediatric Weight Management. J Pediatr. 2018 Jan; 192: 122-129. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.09.025.

[24] Povey RC, Cowap LJ, Scholtens K, Forshaw MJ. 'She's not obese, she's a normal 5-year-old and she keeps up with the other kids': Families' reasons for not attending a family-based obesity management programme. Perspect Public Health. 2020 May; 140(3): 148-152. doi: 10.1177/1757913919868509.

[25] Watson PM, Dugdill L, Pickering K, Hargreaves J, Staniford LJ, Owen S, et al. Distinguishing factors that influence attendance and behaviour change in family-based treatment of childhood obesity: A qualitative study. Br J Health Psychol. 2021 Feb; 26(1): 67-89. doi: 10.1111/bjhp.12456.

[26] Rhee KE, Kessl S, Lindback S, Littman M, El-Kareh RE. 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.

[27] Wittmeier K, Brockman GH, Garcia AP, Woodgate RL, Ball GDC, Wicklow B, et al. Access to Multidisciplinary Care for Pediatric Weight Management: Exploring Perspectives of the Health Care Team within Canada and the United States. Child Obes. 2019 Sep ;15(6): 363-370. doi: 10.1089/chi.2019.0011.

[28] Perez A, Holt N, Gokiert R, Chanoine JP, Legault L, Morrison K, et al. Why don't families initiate treatment? A qualitative multicentre study investigating parents' reasons for declining paediatric weight management. Paediatr Child Health. 2015 May; 20(4): 179-84.

[29] Kelleher E, Davoren MP, Harrington JM, Shiely F, Perry IJ, McHugh SM. Barriers and facilitators to initial and continued attendance at community-based lifestyle programmes among families of overweight and obese children: A systematic review. Obes Rev. 2017 Feb; 18(2): 183-194. doi: 10.1111/obr.12478.

[30] Taylor RW, Williams SM, Dawson Anna M, Taylor BJ, Meredith-Jones K, Brown D. What factors influence uptake into family-based obesity treatment after weight screening? J Pediatr. 2013 Dec; 163(6): 1657-1662. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.08.033.

[31] Davidson K, Vidgen H. Why do parents enrol in a childhood obesity management program?: A qualitative study with parents of overweight and obese children. BMC Public Health. 2017 Feb 2; 17(1): 159. doi: 10.1186/s12889-017-4085-2.

[32] Pescud M, Pettigrew S, McGuigan MR, Newton RU. Factors influencing overweight children's commencement of and continuation in a resistance training program. BMC Public Health. 2010 Nov 18; 10: 709. doi: 10.1186/1471-2458-10-709.

[33] Kulik NL, Thomas EM, Iovan S, McKeough M, Kendzierski S, Leatherwood S. Access to primary care child weight management programs: Urban parent barriers and facilitators to participation. J Child Health Care. 2017 Dec; 21(4): 509-521. doi: 10.1177/1367493517728401.

[34] Jones KM, Dixon ME, Dixon JB. GPs, families and children's perceptions of childhood obesity. Obes Res Clin Pract. 2014 Mar-Apr; 8(2): 140-8. doi: 10.1016/j.orcp.2013.02.001.

[35] Grootens-Wiegers P, van den Eynde E, Halberstadt J, Seidell JC, Dedding C. The "Stages Towards Completion Model": What helps and hinders children with overweight or obesity and their parents to be guided towards, adhere to and complete a group lifestyle intervention. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020 Dec; 15(1): 1735093. doi: 10.1080/17482631.2020.1735093.

[36] Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. 4e druk. Leuven. Acco; 2013.

[37] Attride-Sterling, J. Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. Qualitative Research. 2001; 1:385

[38] Agentschap Zorg en Gezondheid, BMI bij schoolkinderen. [Internet]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/bmi-bij-schoolkinderen. [Accessed 19 th April 2021].

[39] Gross GJ, Howard M. Mothers' decision-making processes regarding health care for their children. Public Health Nurs. 2001 May-Jun; 18(3): 157-68.