



KU LEUVEN

UNIVERSITEIT GENT

UNIVERSITEIT ANTWERPEN

VU BRUSSEL

## INTERUNIVERSITAIRE MANAMA-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Hoe ervaren jongeren hun overgewicht of obesitas?

Een kwalitatief onderzoek



Bart Jacobs – 2<sup>de</sup> Master Jeugdgezondheidszorg

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans

<b>email:</b>	<a href="mailto:lieve.peremans@ua.ac.be">lieve.peremans@ua.ac.be</a>
<b>telefoon:</b>	032652943
<b>adres:</b>	Campus Drie Eiken D.R.310 Universiteitsplein 1 2610 Wilrijk
<b>afdeling:</b>	Huisartsgeneeskunde ELIZA

Hierbij richt ik eerst en vooral een woord van dank aan mijn promotor Prof. Dr. Lieve Peremans voor haar deskundige begeleiding en ondersteuning.

Anderzijds wil ik graag mijn collega's en ex-collega's bedanken van het VCLB Waas en Dender, VCLB Waregem, VCLB Tielt en ICLB Gent en mijn familie voor de hulp bij de praktische uitwerking van mijn onderzoek.

## **INHOUDSTAFEL**

1) <a href="#">Voorwoord</a> .....	blz. 4
2) <a href="#">Inleiding</a> .....	blz. 5
3) <a href="#">Literatuuronderzoek</a> .....	blz. 8
4) <a href="#">Onderzoeksvraag</a> .....	blz. 16
5) <a href="#">Methode</a> .....	blz.17
6) <a href="#">Resultaten</a> .....	blz. 19
7) <a href="#">Discussie</a> .....	blz. 38
8) <a href="#">Besluit</a> .....	blz.41
9) <a href="#">Samenvatting</a> .....	blz.42
10) <a href="#">Referenties</a> .....	blz. 43
11) <a href="#">Bijlagen</a> .....	blz. 45

## **VOORWOORD**

Obesitas is de meest voorkomende voedingsstoornis in de ontwikkelde landen en een groot gezondheidsprobleem.

Obese jongeren moeten niet door het CLB worden 'behandeld', maar verdienen wel een beleid 'op maat' en moeten als dusdanig consequent worden verwezen naar de curatieve gezondheidssector.

Binnen de CLB-context wordt men echter vaak geconfronteerd met een falend doorverwijzingsbeleid, als het overgewicht of obesitas betreft.

Onderzoek naar persoonsgebonden en/of groepsgebonden factoren die van invloed kunnen zijn op het al of niet slagen van doorverwijzing van adolescenten met overgewicht/obesitas binnen CLB-context, zou hierop een antwoord kunnen bieden.

Indien we op een succesvolle manier kinderen met overgewicht willen verwijzen, dan zullen we een zekere mate van interne motivatie bij hen moeten bereiken, tot gedragsverandering. .

Ons onderzoek is er vooral op gericht om, mogelijks complicerende factoren binnen dit bewustwordingsproces, meer uit te klaren.

## INLEIDING

De definitie van “gezondheid” volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 1948): Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken. Deze definitie is ten volle van toepassing op overgewicht. Omdat alle aspecten van gezondheid volgens de definitie van de WHO bij overgewicht op een complexe manier zijn verweven [\(1\)](#).

Müller et al. [\(2\)](#) stellen dat preventie van obesitas absoluut noodzakelijk is om de prevalentie van obesitas te doen dalen. Obesitas is de meest voorkomende voedingsstoornis in de ontwikkelde landen en een groot gezondheidsprobleem. Wereldwijd is obesitas meer dan verdubbeld sinds 1980; bijna 43 miljoen kinderen wereldwijd onder de leeftijd van vijf jaar lijden reeds aan overgewicht; tussen de 16 en de 33% van de kinderen en adolescenten is obees in de westerse wereld (WHO). Preventiestrategieën moeten gericht zijn op risicofactoren en op etiologische kennis omtrent obesitas. Factoren van belang voor het al of niet voorkomen van obesitas bij kinderen en jongeren, zijn onder andere al of niet ouderlijk overgewicht/obesitas, sociale factoren, geboortegewicht, groeisnelheid, fysieke activiteit/inactiviteit, voedings-, gedrags- en psychologische factoren. Müller et al. stellen dat deze factoren ook onderling gerelateerd zijn, maar dat deze relaties onvoldoende bestudeerd en aldus gekend zijn [\(2\)](#).

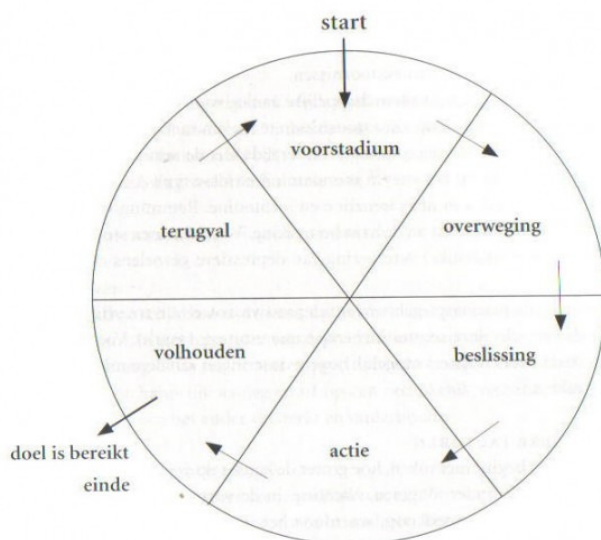
Op 5 en 6 februari 2009 werd door de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg de Standaard Gewicht gelanceerd [\(3\)](#), een zeer waardevol instrument naar de preventieve gezondheidszorg toe. Eén van de doelstellingen die werd geopperd door de nieuwe standaard was kinderen en jongeren met obesitas (vroeg)tijdig opsporen om ze te begeleiden naar goede zorg in het curatieve circuit. Obese jongeren moeten dus niet door het CLB worden ‘behandeld’, maar verdienen wel een beleid ‘op maat’ en moeten als dusdanig consequent worden verwezen naar de curatieve gezondheidssector. Het “welbevinden” van de kinderen/ jongeren moest centraal staan.

Binnen de CLB-context wordt men vaak geconfronteerd met een falend doorverwijzingsbeleid, als het overgewicht of obesitas betreft. Dit zal zich door de duidelijke doorverwijscriteria van de Standaard Gewicht allicht nog meer manifesteren. Een doorverwijzing van een jongere voor overgewicht of obesitas naar bijvoorbeeld de huisarts, blijft vaak onbeantwoord. Over het hoe en waarom van deze “struikelblokken voor verwijzing” bestaan nogal wat vragen binnen de preventieve gezondheidssector. Onderzoek naar persoonsgebonden en/of groepsgebonden factoren die van invloed kunnen zijn op het al of niet

slagen van doorverwijzing van adolescenten met overgewicht/obesitas binnen CLB-context, zou hierop een antwoord kunnen bieden.

Gewicht is vaak een gevoelig thema om bij cliënten/patiënten aan te kaarten. De Standaard Gewicht pleit daarom dan ook voor een goede verheldering van wat er bij de betrokken persoon met overgewicht of obesitas van vragen en zorgen leeft (3). Het is belangrijk in kaart te brengen, wat de beleving is van overgewicht/obesitas en of er voldoende motivatie aanwezig is voor een aanpak.

Zoals Prochaska en Diclemente in hun transtheoretisch model uit 1977 beschrijven, is gedragsverandering geen lineair proces met een duidelijk begin- en eindpunt, maar eerder een circulair proces. Zij onderscheiden 6 stadia van gedragsverandering:



Dit proces herkennen en erkennen, zorgt ervoor dat je als hulpverlener inzicht krijgt in de weerstanden die heersen bij de jongere om iets te doen aan zijn/haar overgewicht. Het is belangrijk om die weerstanden bespreekbaar te maken met de jongere, zodat je tot een constructief gesprek komt met de jongere; waarbij je ook de jongere de kans geeft om zelf te beslissen op welke manier hij/zij nu wel of niet verder wil gaan met een aanpak van zijn/haar overgewicht.

We worden dus geconfronteerd met een spanningsveld tussen wat wij als hulpverlener graag zouden bereiken met de jongere en wat de jongere hier zelf van denkt.

- Voor de huisarts is het bijvoorbeeld heel belangrijk bij de aanpak van een medisch probleem bij een patiënt, de "ideas", "concerns" en "expectations" van de patiënt omtrent zijn medisch probleem, uit te klaren. Alleen zo kan men met een patiënt doelgericht werken en is de

patiënt voldoende gemotiveerd om het zorgtraject van de huisarts te volgen.

- Voor de schoolarts – en de CLB-medewerker in het algemeen- geldt dit natuurlijk ook en zelfs nog in sterkere mate. Het grote verschil met de huisarts is immers dat onze medische onderzoeken een verplicht aanbod zijn, waar de kinderen en jongeren aan worden “onderworpen”.

Willen wij een bepaald gezondheidsbevorderend gedrag bij de jongere bekomen, dan moeten wij in de eerste plaats goed weten wat de jongere hier zelf over denkt. Anders is onze aanpak al van bij aanvang gedoemd te mislukken. Enkele zeer relevante vragen zijn dus:

-Wat denkt de jongere zelf over zijn overgewicht?

-Waar heeft zijn overgewicht volgens hem/haar mee te maken?

-Maakt de jongere zich zelf zorgen over zijn/haar overgewicht?

-In welke mate heeft het overgewicht een impact op zijn/ haar leven?

Dit geldt zeker in een zo gevoelige periode als de puberteit, waarin bijna elke jongere kampt met een onzekerheid omtrent zijn/haar eigen lichaam.

Is wat wij als hulpverlener als een medisch “probleem” ervaren, dit ook voor de jongere? Het is van groot belang de jongere te betrekken in het hulpverleningsproject, eerder dan hem te laten ondergaan wat wijzelf als het beste traject voor hem achten, vanuit onze medische bril. Onze hulpverlening staat of valt mede met de ideeën die jongeren zelf hebben omtrent hun gezondheid.

Belangrijk is ook de inventarisatie van wat de jongere zelf al heeft geprobeerd in verband met zijn/haar gewicht.

De aanpak van de doorverwijzing is dus multifactorieel bepaald. Indien we op een succesvolle manier kinderen met overgewicht willen verwijzen, dan zullen we een zekere mate van interne motivatie bij hen moeten bereiken, tot gedragsverandering. .

Ons onderzoek is er vooral op gericht om mogelijks complicerende factoren binnen dit bewustwordingsproces, meer uit te klaren.

In deze masterthesis willen we de volgende onderzoeksvraag beantwoorden.

Hoe ervaren adolescenten hun overgewicht of obesitas?

## **Literatuuronderzoek**

Het onderzoeksthema gaat over de invloed van het zelfbeeld van jongeren met overgewicht/obesitas op de doorverwijzing vanuit het CLB. Deze doorverwijzing van jongeren is meestal niet vanzelfsprekend. In de literatuur wordt een antwoord gezocht op de volgende onderzoeksvragen.

Hebben jongeren (13-18 jaar) met overgewicht/obesitas een lager zelfbeeld (en vormt dit dan het grote struikelblok voor doorverwijzing, waarop moet gewerkt worden door de preventieve sector of is dit slechts een vooroordeel en sterk individueel verschillend?).

Dit vertaalt zich in twee concrete vragen:

1. In welke mate hebben 13-18 jongeren met overgewicht of obesitas een laag zelfbeeld?
2. PICO vraag

**P**atient: jongeren met overgewicht of obesitas (13-18 jaar)

**I**ntervention: extra aandacht voor zelfbeeld (body image/ self concept)

**C**omparison: normale aanpak binnen de preventieve sector

**O**utcome: succes of falen van doorverwijzing

→ In welke mate bepaalt de aanpak van de verwijzer het succes van een doorverwijzing bij adolescenten met obesitas/overgewicht?

Op de eerste vraag trachten we in ons literatuuronderzoek een antwoord te definiëren. En we trachten dit antwoord terug te koppelen naar onze tweede vraag.



## **Methode literatuuronderzoek:**

Om een antwoord te vinden op deze klinische vragen, deden we een systematisch literatuuronderzoek waarbij we de volgende criteria hanteerden voor de selectie van de artikels:

Inclusiecriteria: Jongeren (13-18 jaar) met overgewicht of obesitas, uit alle onderwijsniveaus, uit alle sociale klassen, jongens en meisjes.

Exclusiecriteria: Kinderen (jonger dan 10 jaar) en jongeren en volwassenen, ouder dan 18 jaar. Personen met normaal BMI of ondergewicht.

Keywords: Obesity, overweight, self concept, psychological stress, depression, body image.

### In het onderzoek werden de volgende keywords gebruikt.:

Obesity, overweight, self concept, psychological stress, depression, body image awareness

Eerst werd er naar guidelines gezocht. Dit leverde 3 bruikbare guidelines op van het National Guideline Clearinghouse, een NICE guideline i.v.m. obesitas, de standaard voor obesitas bij kinderen van Domus Medica en de hierboven reeds aangehaalde Standaard Gewicht van de VWVJ.

Via de Cochrane Library werd ook gezocht op systematische reviews, wat 4 bruikbare reviews opleverde.

Via Pumbed werd ten slotte op artikels gezocht volgens dezelfde keywords, wat in totaal 173 artikels opleverde, waaronder 3 reviews.

Opmerkingen: De MESH term 'body image awareness' werd pas later als zoekopdracht gebruikt en leverde ook enkele bruikbare artikels op; de studie van Mujica et al [\(4\)](#) betreft volwassenen, maar werd geïnccludeerd omdat ze de discrepatie bestudeert tussen het effectieve lichaamsgewicht en de autoperceptie van dit lichaamsgewicht; wat ook in onze eigen studie aan bod komt (cfr. infra).

Een overzicht van het zoeken naar literatuur, vindt u in bijlage 1. De resultaten van de literatuurstudie, na selectie van de verschillende artikels, vindt u hieronder weergegeven.

## Resultaten

### 1. In welke mate hebben 13-18 jongeren met overgewicht of obesitas een laag zelfbeeld?

#### Heeft zwaarlijvigheid een effect op de psychische gezondheid?

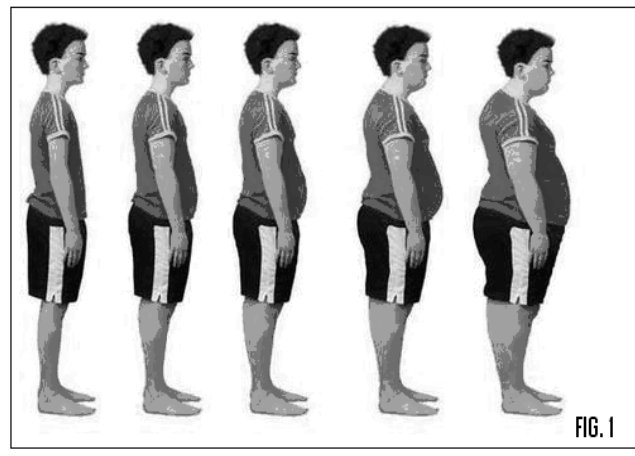
In een Canadese studie over de invloed van obesitas bij kinderen op de ontwikkeling van hun zelfwaardegevoel, stellen Wang F et al (5) het als volgt: "Overgewicht bij kinderen is een pandemie geworden en de prevalentiecijfers blijven stijgen. Terwijl de gevolgen van overgewicht bij kinderen op de fysieke gezondheidstoestand duidelijk beschreven zijn, is er nog maar relatief weinig onderzoek gebeurd naar de gevolgen op de mentale gezondheidstoestand." Het onderzoek gebruikt gegevens van de Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth en men bestudeert dus de correlatie tussen obesitas en een lager zelfbeeld bij een representatieve steekproef van Canadese kinderen. Kinderen met obesitas en een normaal zelfbeeld, hadden na 4 jaar opvolging dubbel zoveel kans om een laag zelfbeeld te ontwikkelen dan kinderen met een normaal gewicht en een normaal zelfbeeld bij de start van de studie (er werden aanvankelijk 2879 kinderen bestudeerd die bij aanvang 10 a 11 jaar waren – 26,4% van hen had te kampen met overgewicht of obesitas, OR= 1.84; 95% CI 1,01-3,47). Hieruit formuleert men ook de hypothese dat een lager zelfbeeld voorspellend is voor de latere mentale gezondheid. Een pandemie van overgewicht bij kinderen zorgt in de toekomst niet alleen voor een sterk verhoogd risico van chronische ziekten in de populatie, maar ook voor een daling van de mentale gezondheidstoestand van de populatie.

Een studie van Franklin et al. (6) bij 2813 kinderen (gemiddelde leeftijd: 11,3 jaar) in Australië, toonde ook aan dat obese kinderen een significant lager atletisch zelfbeeld ( $P < 0.001$ ), fysiek zelfbeeld ( $P < 0.001$ ) en globaal zelfwaardebeeld ( $P < 0.001$ ) hebben, dan niet-obese kinderen. Franklin besluit dan ook dat obesitas de zelf-perceptie van kinderen bij het begin van hun adolescentie, negatief beïnvloedt.

Een studie bij 5697 jongeren (van 11 tot 16 jaar) in Portugal door Fonseca et al (HBSC/WHO studie -1998) (7) toonde aan dat de groep jongeren met overgewicht zichzelf significant vaker omschreef als 'ongezond' ( $P < 0.001$ ). Eenzelfde significant verschil tekende zich af op het vlak van vriendschappen. Kinderen met overgewicht/obesitas vermeldden significant vaker dat ze moeilijkheden hebben om vriendschappen aan te gaan ( $P < 0.001$ ). BMI en zelfbeeld werden in deze studie als aan elkaar geassocieerd gevonden.

### Als men zwaarlijvig is, voelt men zich dan ook zwaarlijvig? (Figuur 1)

Een Chileense studie van Mujica et al (4) bestudeert de autoperceptie van het eigen gewicht bij volwassenen. Er werd aan studiepersonen gevraagd om hun eigen lichaamsgewicht te vergelijken met 4 verschillende tekeningen (respectievelijk van een persoon met ondergewicht, een normaal gewicht, overgewicht en obesitas). Bijna de helft van de onderzoekspopulatie schatte zijn eigen lichaamsgewicht verkeerd in, zeer vaak werd het eigen lichaamsgewicht onderschat. Personen met obesitas, mannen en personen ouder dan 45 jaar waren de deelgroepen met de hoogste graad van onderschatting van het eigen lichaamsgewicht. Er is dus bij bepaalde personen een duidelijke discrepantie tussen het effectieve lichaamsgewicht en de autoperceptie van dit lichaamsgewicht. Het aanpakken van zwaarlijvigheid is dus niet alleen het aanpakken van de reële BMI, maar eerst en vooral ook het aanpakken van de “gepercipieerde” BMI.



### Welke factoren beïnvloeden het effect van zwaarlijvigheid op de mentale gezondheid van jongeren?

Franklin (6) ziet een duidelijk verschil tussen zwaarlijvige jongens en zwaarlijvige meisjes, wat betreft de beïnvloeding van hun lichaamsbeeld. Er werd aangetoond dat de groep van de jongens significant hoger scoorde dan de groep van de meisjes wat betreft hun visie op hun atletische zelfbeeld ( $P < 0.05$ ), fysieke verschijning ( $P < 0.05$ ) en globale eigenwaarde ( $P < 0.05$ ).

Ozmen et al. (8) onderzocht in een studie bij 2101 Turkse adolescenten de associatie tussen enerzijds de reële gewichtstatus, de gepercipieerde gewichtstatus en de ontevredenheid over het eigen lichaam en anderzijds het zelfbeeld en het voorkomen van depressie. Onder deze adolescenten had 9.0 % overgewicht en was 1.1% obees. De belangrijkste conclusies waren dat geslacht en socio-economische status een invloed hebben op het voorkomen van overgewicht en op de gepercipieerde gewichtstatus ( $P < 0.05$ ). Geslacht had ook een invloed op de (on)tevredenheid over het eigen lichaam, in die zin dat meisjes

zich sneller ontevreden voelden over hun eigen lichaam dan jongens ( $P < 0.05$ ). Ontevredenheid over het eigen lichaam was gerelateerd aan een lager zelfbeeld en aan het voorkomen van depressie. Een gepercipieerd overgewicht was gerelateerd aan een lager zelfbeeld, maar werkelijk overgewicht (op basis van BMI-waarde) was niet gerelateerd aan een lager zelfbeeld, noch aan depressie. Deze bevindingen suggereren dan ook dat het psychologisch welbevinden van adolescenten meer gerelateerd is aan de (on)tevredenheid over het eigen lichaam en een gepercipieerd overgewicht, dan aan een daadwerkelijk aanwezig overgewicht op basis van BMI-waarden.

In een studie bij 113 kinderen en jongeren – waaronder 37% met overgewicht- uit El Salvador, wonende in Washington DC vonden Mirza et al. (9) ook een associatie tussen een hoger BMI en lichaamsontevredenheid ( $P < 0.05$ ), een zwakker sociaal zelfbeeld ( $P < 0.05$ ) en pogingen tot gewichtsverlies ( $P < 0.05$ ). Dezelfde sterke relatie tussen lichaamsontevredenheid en een lager zelfbeeld werd hier gevonden als in de studie van Ozmen et al.(8).

Een multilevel-analyse vonden Gray et al (10) in Schotland (“Scottish Household Survey”) een associatie tussen overgewicht en psychologisch leed bij meisjes in hun adolescentie, maar niet bij jongens. In deze studie werd geen invloed op deze associatie gevonden door sociale, contextuele of levensstijlbeïnvloedende factoren.

Een studie van Zaborskis et al. (11) onderzocht het zelfbeeld en onder controle houden van het gewicht bij adolescenten (13 tot 15 jaar) uit Litouwen ( $n=3778$ ), Kroatië ( $n=2946$ ) en de Verenigde Staten ( $n=3546$ ). Dit omwille van de sterk verschillende prevalenties van overgewicht bij adolescenten tussen deze 3 landen. Er werd hier dus vooral bevraagd naar gezondheidsgedrag. In alle 3 de landen vond men dat meisjes zich sneller als ‘te dik’ bestempelden dan jongens (37% tegenover 19,7%;  $P < 0,001$ ). De proportie van adolescenten met een BMI boven de 85<sup>ste</sup> percentiel die zichzelf als “te dik” bestempelden was duidelijk hoger dan de proportie van adolescenten met een BMI onder de 15<sup>de</sup> percentiel die zichzelf als “te dun” beschouwden. De voornaamste conclusie van deze studie was dat het gepercipieerde lichaamsbeeld en het onder controle willen houden van het gewicht, verschilt tussen adolescenten van Litouwen, Kroatië en de V.S. Leeftijd, geslacht en cultuurgebonden factoren beïnvloeden het lichaamsbeeld en de gewichtscontrole bij jongeren met overgewicht.

Zo vonden Strauss et al. in de National Longitudinale Survey (12) in de VS onder 1520 jongeren (opgevolgd van 9/10 jaar tot 13/14 jaar) dat Spaanstalige kinderen met obesitas ( $P < 0.05$ ) en blanke meisjes met obesitas ( $P < 0.05$ ) duidelijk een lager zelfbeeld vertonen. De jongeren in deze studie met een lager zelfbeeld hebben ook duidelijk een hogere graad van zich verdrietig voelen, zich eenzaam voelen, zenuwachtig

zijn en vertonen ook meer hoog-risico gedrag (zoals roken of alcoholgebruik).

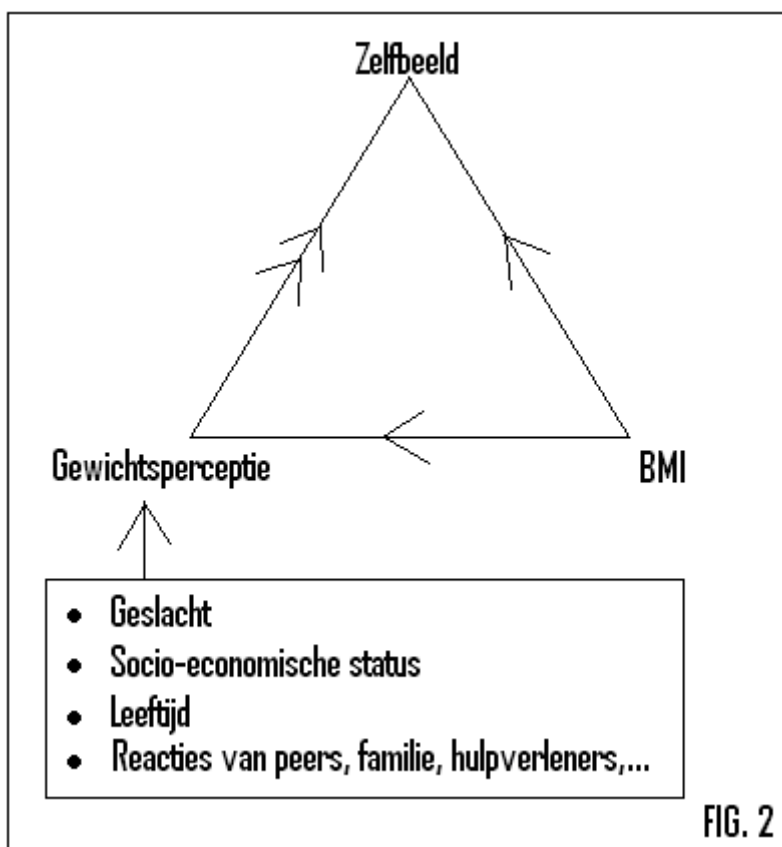
Vrij gelijkaardige conclusies vinden we in de studie van Wang Y et al [\(13\)](#) bij Afro-Amerikaanse adolescenten (aantal: 448) met een lage sociaal-economische status. Men vond in deze groep een prevalentie van obesitas van 39,8 %. Toch vond maar 27,2% van deze jongeren zichzelf obees. Opmerkelijk is dat toch 43,4% van het totaal aantal jongeren aan het proberen was om gewicht te verliezen. Ook in deze studie waren het vooral de meisjes die niet tevreden waren met hun gewicht, vooral die meisjes met morbide obesitas. Meisjes met obesitas waren ook significant meer bezig met het verliezen van gewicht, dan hun mannelijke tegenhangers (84.6% vs. 66.7%-  $P < 0.05$ ). Deze studie toont vooral dat bij deze jongeren duidelijke geslachtsverschillen bestaan, zowel op het vlak van gewichtspceptie als op het vlak van gewichtscntrole en het al dan niet tevreden zijn met het eigen gewicht. Bovendien bepalen de gewichtspceptie en het al dan niet tevreden zijn met het eigen gewicht, rechtstreeks de eigen interventies op het vlak van gewichtscntrole.

Een ander Amerikaanse studie van Young-Hyman [\(14\)](#) et al rapporteert bij 164 kinderen (rond gemiddeld 12 jaar) met overgewicht of bijna overgewicht de zelf-rapportering van depressie, angstsymptomen en gewichtsgelateerde stress. Hoe zwaarder de kinderen, hoe meer zij psychologische en gewichtsgelateerde stress vertoonden. Meisjes vertoonden ook hier meer gewichtsgelateerde stress dan jongens ( $P < 0.03$ ). Symptomen van depressie en angst waren vooral geassocieerd met het al of niet voorkomen van pestgedrag, omwille van het hoger gewicht. Voor jongens werd ook een significante toename van lichaamsontevredenheid gevonden, naargelang het ondergaan van gewichtsgelateerd pestgedrag. Voornaamste conclusie uit de studie is, dat zowel bij jongens als bij meisjes, hoe hoger het gewicht is, hoe hoger de emotionele en gewichtsgelateerde stress deze kinderen ondervinden; hoewel dus ook in deze studie een verschil werd gevonden tussen jongens en meisjes in de onderzochte variabelen.

Een grote Schotse studie ('West of Scotland Twenty-07 Study) bij adolescenten van 15 jaar, uitgevoerd tussen 1987-2006 van Sweeting et al [\(15\)](#) registreerde de prevalentie van obesitas op drie verschillende tijdstippen (1987 – 1999 – 2006) bij drie gelijkaardige steekproeven (zelfde leeftijd, zelfde schooljaar en zelfde geografische locatie). Ook de associatie met de sociaal-economische status, bezorgdheid over gewicht en het zich goed voelen werden onderzocht. Slechts in één subgroep (de meisjes in 2006) werd een associatie tussen BMI en zelfbeeld gevonden. Er werd wel in de verschillende groepen steeds een associatie gevonden tussen BMI en de bezorgdheid over het eigen gewicht. Tussen sociaal-economische status en BMI

werd, in deze studie bij adolescenten, geen duidelijke associatie gevonden.

Het mag duidelijk zijn dat de verschillende studies niet steeds tot dezelfde conclusie komen. Naast de verschillende studieopzetten, heeft dit ook te maken met de complexiteit van het gegeven en het definiëren van de verschillende effecten van zwaarlijvigheid op de mentale gezondheid van de jongere en de mogelijks beïnvloedende factoren hierbij, zoals blijkt uit figuur 2. De reële BMI heeft volgens de meeste studies een invloed op de gewichtspceptie van jongere en een te hoge BMI zal ook een negatieve invloed hebben op het zelfbeeld van de jongere. Toch beïnvloedt de gewichtspceptie op zich in grotere mate het zelfbeeld. Indien men zich als “te dik” beschouwt zal dit in veel gevallen een nefaste invloed hebben op het zelfbeeld van de jongere. Zoals mag blijken uit de aangehaalde studies, wordt deze gewichtspceptie op zich niet enkel gevormd door de reële BMI op zich, maar ook door andere belangrijke factoren zoals: geslacht, leeftijd, socio-economische status, reacties van de omgeving,



## **2. In welke mate bepaalt de aanpak van de verwijzer het succes van een doorverwijzing bij adolescenten met obesitas/overgewicht?**

Adolescenten die proberen gewicht te verliezen, hebben nood aan bekrachtiging, om een gepaste gedragsverandering te bereiken (zie inleiding).

Zo wat alle studies ([5,6,8,9,10,12,14](#)) zijn het er over eens, dat het kwantificeren van psychologische stress, naast de biomedische risicofactoren, een duidelijke meerwaarde zou bieden bij optimaliseren van de behandeling van obesitas bij kinderen en jongeren. Men pleit er ook voor om deze bevindingen te implementeren bij het uittekenen van strategieën ter gezondheids promotie.

In een studie van Jonides et al. ([16](#)) werd, door middel van vragenlijsten afgenomen bij pediaters, pediatriesch verpleegkundigen en diëtisten in de Verenigde Staten gecontroleerd in hoeverre in de dagelijkse praktijk, psychologische, emotionele en gedragsfactoren werden nagegaan bij de evaluatie van kinderen en adolescenten met overgewicht. Deze studie werd uitgevoerd om praktische richtlijnen te formuleren naar de opleiding van pediatrische zorgverleners. De belangrijkste conclusie van deze studie was, dat duidelijke richtlijnen naar pediatrische zorgverleners toe omtrent psychologische, emotionele en gedragsevaluatie van kinderen en jongeren met overgewicht, een positieve invloed zou hebben op hun aanpak van therapieresistente kinderen/jongeren.

Tot slot werd recentelijk ook op de Kinderkliniek van het UZ Gent door Prof. Caroline Braet et al. ([17](#)) (studie lopende – voorlopige bevindingen) een onderzoek uitgevoerd met betrekking tot de hindernissen bij een behandeling voor overgewicht. Het gaat hier over een steekgroep van de populatie jongeren die tussen februari 2007 en maart 2008 contact opgenomen hadden met de Jeugdobesitaswerking van het UZ Gent. De jongeren gerecruteerd in deze studie zijn dus patiënten van de obesitaskliniek die reeds een traject voor aanpak van hun obesitas volgden. In een eerste fase werd gewerkt met vragenlijsten, in een tweede fase via huisbezoeken. In totaal kwamen 72 jongeren in aanmerking voor de studie, waarvan er 47 informed consent verleenden. De vragenlijst, die in deze studie werd gehanteerd, is gebaseerd op het barrièremodel van Kazdin ([18](#)). Kazdin stelt dat “het ervaren van hindernissen een extra belasting vormt gedurende een behandeling, en dat dit kan maken dat deze vroegtijdig wordt stopgezet”. Personen die meer hindernissen ervaren, zouden dus ook meer risico lopen vroegtijdig uit te vallen bij behandeling. Uit het onderzoek aan het UZ Gent bleek dat alle 47 participanten – zowel degenen die de behandeling vervulde als degenen die vroegtijdig uitvielen - relatief weinig moeilijkheden ervoeren. Jongeren die de behandeling vroegtijdig stopzetten, vermeldde wel iets meer moeilijkheden dan jongeren die de behandeling vervulde.

Binnen een CLB-context is het vooral interessant, om de moeilijkheden voor gedragsverandering en voor een eventuele verdere doorverwijzing naar de curatieve sector, in kaart te brengen. Om deze hindernissen te

kunnen begrijpen, is het belangrijk om de jongeren zelf aan het woord te laten.

## **ONDERZOEKSVRAAG**

Hoe ervaren adolescenten hun overgewicht of obesitas?.

Hoe ervaren ze de verwijzing door de CLB-arts?

Om deze vragen te beantwoorden, exploreren we via kwalitatief onderzoek hoe jongeren omgaan met hun overgewicht/obesitas. Wat is de attitude van adolescenten ten opzichte van, dit voor ons als schoolartsen, 'medisch probleem'.

Wat zijn hun ervaringen met overgewicht/obesitas en welke negatieve en/of positieve emoties ondervinden zij hierdoor?. Wij willen ook nagaan hoe het sociale netwerk van de adolescenten beïnvloed wordt door hun overgewicht/obesitas, welke invloed overgewicht/obesitas heeft op hun dagelijkse leven.

Essentieel in deze is dus, dat wij niet reeds uitgaan van een bepaalde hypothese omtrent het omgaan van adolescenten met hun overgewicht/obesitas, maar via kwalitatief onderzoek willen we kennis vergaren van de jongeren zelf omtrent hun beleving.

Onderzoeksthema: succes van doorverwijzing van adolescenten met overgewicht/obesitas binnen CLB-context.

Onderzoeksdoel: het vinden van persoonsgebonden/groepsgebonden factoren die van invloed kunnen zijn op het al of niet slagen van doorverwijzing van adolescenten met overgewicht/obesitas binnen CLB-context.

Onderzoeksvragen: Hoe ervaren adolescenten zelf hun overgewicht of obesitas? Hoe reageren jongeren op de doorverwijzing voor overgewicht/obesitas?



## **METHODE**

Het was aanvankelijk de bedoeling om via focusgroepsgesprekken een antwoord op mijn onderzoeksvraag te formuleren.

Alle jongeren (10 tot en met 18 jaar) die op medisch onderzoek kwamen en die beantwoordden aan de criteria van overgewicht en/of obesitas (huidige toestand of in het verleden), werden door middel van een brief met informed consent gevraagd of zij wensten deel te nemen aan de studie.

Er werden zowel jongens als meisjes aangesproken, uit de verschillende secundaire onderwijsniveaus (ASO, TSO en BSO). Het was de bedoeling om op die manier een 20-tal jongeren te rekruteren, die dan voor een focusgroepsgesprek zouden worden uitgenodigd. Bedoeling was om idealiter 4 verschillende focusgroepen samen te stellen, afhankelijk van geslacht en onderwijsniveau.

Na enige tijd bleek echter dat overgewicht een moeilijk onderwerp was voor de jongeren om te bespreken. Hoewel zij aanvankelijk wel interesse vertoonden tijdens het medisch onderzoek om aan de studie deel te nemen, bleek dat zij uiteindelijk – ook na een telefonische vraag - toch niet wensten deel te nemen. Het studieconcept moest dus omgevormd worden. Na overleg met de promotor, werd beslist om de vragen, die tijdens het focusgroepsgesprek zouden worden gehanteerd, om te vormen tot een individueel interview. Misschien was het wel juist die confrontatie met andere jongeren met overgewicht, die deelname zo moeilijk maakte?

Ook voor de individuele interviews daagden na enkele weken van rekrutering geen vrijwilligers op. Overgewicht bleek nog een groter taboe-onderwerp te zijn voor jongeren, dan aanvankelijk gedacht. Enerzijds maakte dat er de onderzoeksvraag alleen maar interessanter op, anderzijds bleef ik echter achter met een studieopzet zonder resultaten.

Na een nieuw overleg met de promotor, werd besloten het roer om te draaien. De jongeren zouden voortaan worden gevraagd om aan de hand van een online vragenlijst hun persoonlijke visie over hun overgewicht te geven. De online vragenlijst werd gemodelleerd als het individuele interview dat aanvankelijk zou gehanteerd worden.

De online vragenlijst bleek een meer toegankelijke tool om de jongeren te bereiken. Het ging om een vragenlijst, die werd ingevuld aan de hand van een code en die aan de jongeren werd meegegeven tijdens het medisch onderzoek. Enerzijds werd aan de jongeren op die manier een zeker vorm van anonimiteit gegund, zij moesten hun naam niet ingeven bij het invullen van de vragenlijst. Anderzijds gaf de code ons de kans om hun ingevulde vragenlijst te linken aan hun medisch dossier binnen het CLB. Een ander voordeel van de online vragenlijst, was dat hij op het moment en de plaats die de jongere zelf wenste, kon worden ingevuld.

Een korte proefperiode van de eerste versie van de vragenlijst, zorgde eindelijk voor de rekrutering van de eerste jongeren voor onze studie. De eerste versie van de vragenlijst bestond echter voornamelijk uit open vragen en dit bleek een duidelijk struikelblok. Jongeren gaven slechts zeer korte antwoorden, waar soms weinig uit op te maken viel.

Voor de online vragenlijst werden kinderen en jongeren met overgewicht/obesitas (huidige toestand of in het verleden) gerekruteerd tijdens het onderzoek op het CLB van het 5<sup>de</sup> studiejaar, 1<sup>ste</sup> secundair en 3<sup>de</sup> secundair.

De vragenlijst kon worden in zijn definitieve vorm gegoten (zie bijlage 4) door de vragen om te vormen. Zo werden er veel meer meerkeuze - opties gelaten. Deze opties werden ingebracht aan de hand van mijn literatuurstudie en overleg met andere gezondheidswerkers (schoolartsen, paramedici, psychologen en maatschappelijk werkers). Ook werden sommige vragen omgevormd tot schaalmodellen. Het hanteren van meerkeuzevragen zorgde voor een merkkelijk duidelijkere kijk op de onderzoeksvraag. Om de inbreng van de jongeren echter niet te beperken, werd wel de mogelijkheid van een open antwoord gelaten.

Uiteindelijk is de methode geëvolueerd van een open exploratief interview, naar een vrij gestructureerd interview in een geschreven vorm.

Achteraf werden onze resultaten getoetst aan de visie van hulpverleners (onze 'stakeholders'). We namen daarvoor een brede groep hulpverleners (diëtisten, CLB-medewerkers, huisartsen, verpleegkundigen, leerkrachten) die in hun dagelijkse praktijk geconfronteerd werden met jongeren met overgewicht.

Analyse van de resultaten, gebeurd aan de hand van Google Docs en GNU PSPP (Linux-versie van SPSS).

## RESULTATEN

### 1. Leerlingenbevraging

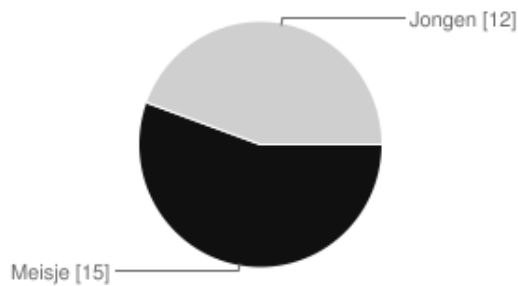
#### Beschrijving deelnemers aan de studie:

Uiteindelijk hebben 27 jongeren de vragenlijst ingevuld met een gemiddelde leeftijd van 12.6 jaar (SD= 1.16). Twaalf jongens en vijftien meisjes deden mee aan onze studie (71 jongeren kwamen in aanmerking voor onze studie – zie inclusiecriteria; 59 werden gerekruteerd voor de online vragenlijst, waarvan uiteindelijk 27 (45,8%) de vragenlijst invulden)

Algemeen: 27 deelnemers

Leeftijd	Lengte	Gewicht	BMI
12j7m	154 cm	84,2 kg	35.50
11j9m	159,5 cm	82,3 kg	32.35
12j5m	156,1 cm	67,5 kg	27.70
12j2m	164,2 cm	64,4 kg	23.89
12j5m	161,5 cm	74,9 kg	28.72
11j11m	150.4 cm	56.0 kg	24.76
12j3m	155.5 cm	55.3 kg	22.87
12j	171.5 cm	67.1 kg	22.81
12j2m	157.8 cm	61.7 kg	24.78
12j1m	154.8 cm	65.4 kg	27.29
12j2m	162.4 cm	79.5 kg	30.14
12j8m	170.1 cm	73.4 kg	25.37
12j6m	157.2 cm	54.1 kg	21.89
12j	148.0 cm	63.3 kg	28.90
12j7m	168.4 cm	65.9 kg	23.24
12j2m	147.1 cm	53.3 kg	24.63
12j9m	165.8 cm	61.7 kg	22.44
10j8m	157.6 cm	66.8 kg	26.89
12j1m	156.1 cm	66.8 kg	27.41
14j11m	156.2 cm	67.6 kg	27.71
15j9m	160.3 cm	77.3 kg	30.08
13j8m	159.6 cm	70.3 kg	27.60
12j5m	164.4 cm	69.4 kg	25.68
15j6m	158.3 cm	85.3 kg	34.04
13j7m	158.8 cm	62.6 kg	24.82
12j8m	155.0 cm	62.9 kg	26.18
11j1m	159.1 cm	72.1 kg	28.48

## Geslachtsverdeling



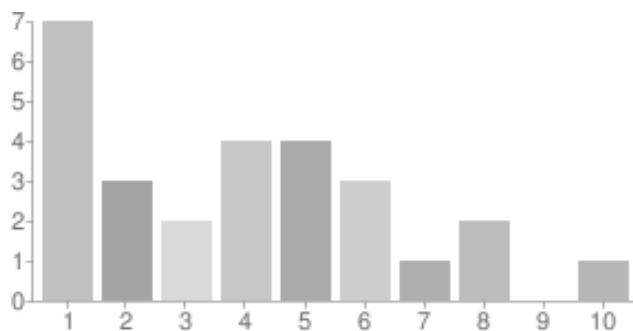
## Onderwijsniveaus

	<u>Aantal</u>
1ste secundair A - Latijn	6
1ste secundair A - Moderne	13
1ste leerjaar B	3
Vijfde leerjaar - lager	2
3de secundair - verzorging	3

## Antwoorden van de jongeren:

### 1) Wat vind je zelf van je gewicht?

De meerderheid van de jongeren vindt zich te zwaar.

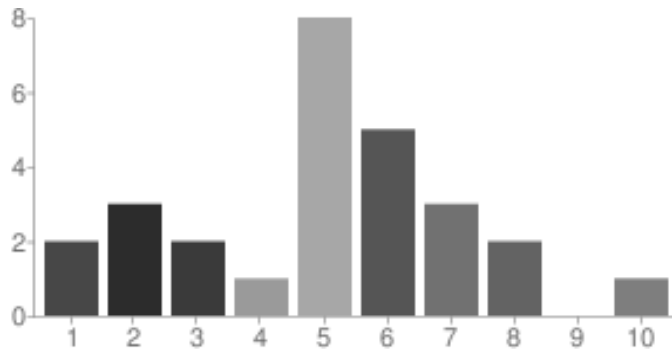


1 : Ik vind me veel te zwaar.

10: Ik vind mijn gewicht goed zoals het is.

## 2) Ben je tevreden over je lichaam?

Opvallend is dat jongeren zich eerder tevreden voelen over hun lichaam, dit in tegenstelling tot hun gewicht.



1 : Helemaal niet tevreden.

10: Helemaal tevreden.

## 3) Heb je zelf ooit al iets gedaan aan je gewicht?

Ik heb al eens geprobeerd om gezonder te eten.	19
Ik heb al een echt dieet gevolgd	5
Ik ben al bij een diëtist geweest	4
Ik ben daarvoor al eens bij de dokter geweest	3
Ik heb al geprobeerd om meer te bewegen en te sporten	15
Ik ben er nog nooit mee bezig geweest	1

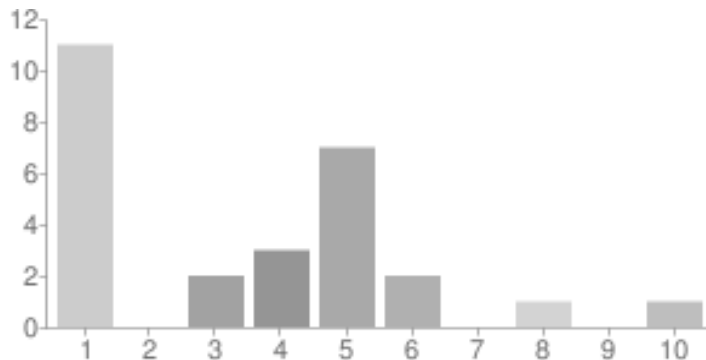
(Deelnemers konden meer dan één selectievakje selecteren)

Andere antwoorden:

- "Weight Watchers"

- “Er gewoon een beetje op letten en beginnen met alleen nog water drinken”

**4) Is overgewicht volgens jou een ziekte?**



1 : Neen, overgewicht is geen ziekte.
10: Ja, overgewicht is een ziekte.

**5) Heb je al eens opmerkingen van andere mensen gekregen over je gewicht?**

Neen, nog nooit	6
Soms wel eens	16
Ja, al heel veel	5

**6) Zijn er volgens jou nadelen aan een te hoog gewicht? Zo ja, welke?**

Je kan moeilijker sporten.	12
Anderen pesten je soms met je gewicht.	18
Je kan niet altijd de kleren kopen die je wil.	20
Je maakt je meer zorgen over je uiterlijk.	13

Andere mensen praten altijd over je gewicht.	7
Iedereen geeft mij altijd raad over mijn eetgewoonten.	8
Mensen kijken meer naar het uiterlijke dan naar het innerlijke.	16
Neen, er zijn geen nadelen	1

(Deelnemers konden meer dan één selectievakje selecteren)

Andere antwoorden:

- "Soms praten ze over mijn gewicht"
- "Je bent niet zo populair, kinderen willen niet met je omgaan"
- "Je wordt vlugger vermoeid"

**7) Zijn er volgens jou voordelen aan een te hoog gewicht? Zo ja, welke?**

Een hoog gewicht komt soms stoer over.	2
Ik vind dat vrienden mijn hoger gewicht wel leuk vinden.	1
Neen, er zijn geen voordelen aan een te hoog gewicht.	17

(Deelnemers konden meer dan één selectievakje selecteren)

Andere antwoorden

- "als bodyguard"
- "sommige mensen vinden dat schattig"
- "je kunt goed vechten"

**8) Wat heb je onthouden van het laatste medisch onderzoek?  
Wat vertelde de verpleegster allemaal over je gewicht? Wat vertelde de dokter over je gewicht?**

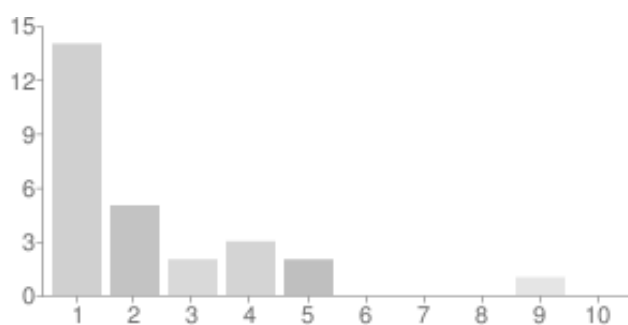
De dokter en de verpleegster hebben niet zo lang over mijn gewicht gesproken.	8
Ik vond het medisch onderzoek niet nodig, want ik wist alles al.	2
De dokter en de verpleegster spraken met mij over gezonde voeding en sporten.	11
Ik vind het wel goed dat mijn gezondheid wordt opgevolgd.	15
Ik vind het vervelend dat er op het medisch onderzoek altijd over mijn gewicht wordt gepraat.	2

(Deelnemers konden meer dan één selectievakje selecteren)

Andere antwoorden

- “Ik vond het medisch onderzoek overbodig, want ik wist alles al, ik ging al naar een diëtiste”
- “Ik vond het medisch onderzoek saai”
- “ik vond het niet vervelend, want ik moet opletten wat ik eet”
- 

**9) Wat vond je van die uitleg op het medisch onderzoek?**



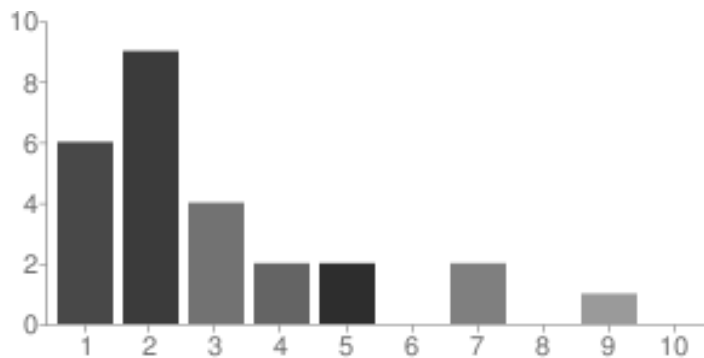
1: Duidelijke uitleg.
10: De uitleg was niet duidelijk.



**10) Was het de eerste keer dat een dokter een opmerking maakte over je gewicht? Zo neen, wanneer heeft er nog eens een dokter een opmerking gemaakt?**

Ja, dit was de eerste keer dat men daar met mij over sprak.	6
Neen, bij de vorige onderzoeken hebben ze daar ook wel al eens over gesproken.	15
Neen, ze spreken mij daar al over aan sinds dat ik een kindje was.	3

**11) Wat vind je ervan dat de dokter/verpleegster je over je gewicht spreekt?**



1 : Ik heb daar geen probleem mee.
10: Ik vind dat vervelend.

**12)Werd je naar de huisarts doorgestuurd? En zo ja, wat vond je daarvan?**

Ik werd naar de huisarts doorgestuurd, ik vind dat zelf ook een goed idee.	6
Ik werd naar de huisarts doorgestuurd; ik vind dit niet leuk, maar	7

ga toch wel gaan, denk ik.	
Ik werd naar de huisarts doorgestuurd; ik vind dit niet leuk en ben ook niet van plan om te gaan.	1
Ik werd niet naar de huisarts doorgestuurd.	13

### 13) Mocht jij dokter zijn, wat zou jij aan jongeren met overgewicht vertellen?

Geef niet op, want er is echt iets aan je gewicht te doen.	21
Er is toch niks aan overgewicht te doen.	0
Ik zou jongeren over hun gewicht gerust laten.	1
Ik zou zeggen dat er ergere dingen zijn dan overgewicht.	9

(Deelnemers konden meer dan één selectievakje selecteren)

Andere antwoorden:

- "Ik zou zeggen: het is moeilijk om opnieuw al die kilo's te verliezen".
- "Ik zou ze vertrouwen en moed geven"

Ons onderzoek peilt natuurlijk slechts een heel beperkte groep jongeren en geeft niet de kans om met de jongeren dieper in te gaan op de verschillende deelaspecten. We kunnen zeker geen antwoord geven op de complexiteit van de factoren die meespelen in de beleving van jongeren. We kunnen slechts enkele ruwe hypotheses naar voor schuiven:

Uit ons onderzoek blijkt dat de deelnemende jongeren met overgewicht bijna steeds vinden dat ze zelf te zwaar zijn. Wanneer men echter peilt naar hun tevredenheid over hun eigen lichaam, zijn de meningen echter verdeeld, en kan men concluderen dat onze jongeren met overgewicht over het algemeen vrij tevreden zijn over hoe hun lichaam er uit ziet. Dit kwam ook reeds naar voor uit ons literatuuronderzoek.

Overgewicht lijkt door onze jongeren ook niet echt in een medische context geplaatst te worden en wordt als dusdanig ook niet beschouwd als een "ziekte".

Slechts weinig jongeren met overgewicht geven aan, nog nooit iets ondernomen te hebben om hun gewicht te doen dalen. De grote meerderheid heeft reeds in het verleden pogingen ondernomen om, via

gezonde voeding en voldoende beweging, een reductie van hun overgewicht te bekomen. De meerderheid van onze jongeren werd reeds op zijn/haar gewicht aangesproken in het verleden en een vijfde van hen zelfs op regelmatige basis.

De jongeren geven meerdere nadelen aan van hun overgewicht. Twee derden van de jongeren geven toch aan ooit gepest geweest te zijn, omwille van hun gewicht.

Onze jongeren hadden er meestal niet echt een probleem mee dat op het medisch consult over hun gewicht werd gepraat; al kan men hier niet uitsluiten dat, ondanks de relatieve anonimiteit van een online vragenlijst, toch sociaal wenselijk werd geantwoord. Meer dan de helft van de jongeren gaf ook aan, dat ze bij vorige consulten reeds gevolgd werden voor hun gewicht.

Wat de doorverwijzingen betreft, gaf slechts één jongere aan dat hij niet zou ingaan op de doorverwijzing naar de huisarts. Ongeveer de helft van de doorverwezen jongeren stond achter de beslissing tot doorverwijzing, terwijl een andere helft hier toch nog vragen bij had.

Een grote meerderheid van de jongeren ziet een aanpak van overgewicht als een haalbaar streven.

Vanuit deze resultaten, hebben we getracht enkele hypotheses op te stellen:

#### JONGEREN MET OVERGEWICHT...

- VINDEN ZELF OOK DAT HUN GEWICHT TE HOOG IS, MAAR GEVEN ANDERZIJDS WEL AAN MIN OF MEER TEVREDEN TE ZIJN OVER HUN LICHAAM
- HEBBEN IN DE MEESTE GEVALLEN AL IETS ONDERNOMEN IN HET VERLEDEN OM HUN GEWICHT TE DOEN DALEN
- BESCHOUWEN HUN OVERGEWICHT NIET ALS EEN ZIEKTE
- WORDEN VAAK GEPEST MET HUN OVERGEWICHT
- VINDEN HET IN DE MEESTE GEVALLEN WEL GOED DAT HUN GEZONDHEID WORDT OPGEVOLGD VIA EEN MEDISCH ONDERZOEK EN DAT HUN OVERGEWICHT MET HUN BESPROKEN WORDT
- ZIJN GEMOTIVEERD OM VERDERE HULPVERLENING (BIJV HUISARTS) TE CONSULTEREN IVM HUN OVERGEWICHT
- VINDEN IN GROTE MEERDERHEID DAT ER IETS AAN OVERGEWICHT TE DOEN IS

## **Opvolging resultaten**

Naar aanleiding van de bovenaangehaalde resultaten, kwamen bij ons toch nog enkele vragen naar boven.

Eenzijds hadden we graag geweten, waarom de weg naar het in kaart brengen van de visie van jongeren op hun eigen overgewicht, zo moeizaam was. We hadden een vrij homogene steekproef kunnen bevragen naar hun mening (naar geslacht, naar leeftijd, naar opleidingsniveau, naar socio-culturele achtergrond). Toch hadden we lang moeten zoeken naar een geschikte methode om jongeren over hun overgewicht te ondervragen. En dan nog had slechts 1/3 van de personen die we aanvankelijk gerekruteerd hadden voor onze elektronische bevraging, uiteindelijk onze vragenlijst vervolledigd. Graag hadden we dit taboe rond de bespreking van overgewicht verduidelijkt. We zonden dan ook alle leerlingen die onze vragenlijst niet hadden ingevuld na het afronden van onze studie, nog de volgende elektronische vraag:

“Enkele tijd geleden stuurden wij jou een vragenlijst via email i.v.m. jouw lengte en gewicht.

Wij ontvingen van jou hierop geen antwoord.

Graag hadden wij - voor het verwerken van onze studie - willen te weten komen waarom sommige jongeren onze vragenlijst invulden en waarom sommige jongeren dit niet deden.

Alvast bedankt!

Ik wenste niet deel te nemen aan de studie i.v.m. overgewicht omdat ...”

We kregen echter geen antwoord terug. Mogelijks zit een deel van het antwoord van het taboe rond overgewicht vervat in de antwoorden van de jongeren, hierboven aangehaald.

## **2. Visie “stakeholders”**

Een andere piste die we graag toch nog even bewandelden, was de reflectie van onze resultaten aan de visie van hulpverleners.

Een kwalitatieve studie via focusgroepsgesprekken van King et al uit Australië peilt ook naar de opvattingen van huisartsen op overgewicht/obesitas bij kinderen en jongeren [\(19\)](#). De bedoeling van de studie was te onderzoeken hoe zeer huisartsen overgewicht bij

jongeren als een probleem ervaren, welke factoren zij als oorzakelijk zien, welke veranderingen er in de praktijk volgens hen noodzakelijk zijn naar de aanpak van obesitas toe en hun gevoel van verantwoordelijkheid en zelf-efficaciteit omtrent dit gezondheidsprobleem na te gaan. Uit de resultaten van de studie bleek dat huisartsen bezorgd zijn over de toenemende prevalentie van obesitas bij jongeren. Naast de medische gevolgen van obesitas, zien zij ook een breed spectrum van sociale factoren die een succesvolle behandeling in de weg staan.

Er werd ook een duidelijke verschil vastgesteld tussen de huisartsen onderling. Eén groep huisartsen trachtte zelf gedragsverandering (levensstijlaanpassingen) te bekomen bij hun patiënten, terwijl de andere groep verkoos om door te verwijzen naar een gespecialiseerd centrum. Beide strategieën hebben echter nood aan verdere ondersteuning via gestructureerde programma's. Ook zouden zorgtrajecten moeten worden ontwikkeld die een regelmatige monitoring van jongeren met obesitas mogelijk zouden moeten maken, zodat men van eenmalige interventies naar continue zorg kan overstappen. Ook zouden guidelines meer in de praktijk moeten worden gebracht door middel van professionele bijscholing.

Wijzelf bevroegen ook een diverse groep hulpverleners (diëtisten, CLB-medewerkers, huisartsen, verpleegkundigen, leerkrachten- onze 'stakeholders') die in hun dagelijks praktijk geconfronteerd werden met jongeren met overgewicht.

We bevroegen zowel hun visie op ons studieopzet en –resultaten als hun visie op de aanpak van overgewicht/obesitas binnen de preventie/curatieve hulpverlening. Deze bevraging verliep via elektronische weg en mondelinge feedback.

### **2.1. Visie op onderzoeksopzet en -resultaten**

De meeste stakeholders vonden onze resultaten bij de jongeren zeer herkenbaar. Men herkent een motivatie tot gedragsverandering bij de jongere zelf, maar erkent anderzijds ook het moeizame traject dat dient te worden bewandeld.

*“De wil is er zeker bij de jongere maar de weg is lang !” (schoolarts, regio Gent)*

*“Ik ben blij om te lezen dat jongeren die met een overgewicht kampen over het algemeen nog redelijk positief kijken naar hun situatie. Het blijft volgens mij belangrijk om uit deze resultaten te concluderen dat het belangrijk is om af en toe wat aanklampend te werk te gaan wanneer het gaat over overgewicht. Een regelmatige opvolging is*

*noodzakelijk en kan de leerlingen motiveren om er iets aan te doen.”*  
(Maatschappelijk werkster CLB, regio Gent)

*“Langs de ene kant ervaar ik ook wel dat jongeren zich meestal niet veel aantrekken van hun overgewicht. Doch ervaar ik dat jongeren er wel degelijk iets willen aan doen, en opgevolgd willen worden. Ze voelen zich niet goed in hun lichaam, en hopen met een betere levensstijl hun energie terug te vinden.”* (diëtiste regio Lokeren)

*“Het verbaast mij dat de jongeren met overgewicht toch aangeven min of meer tevreden te zijn over hun lichaam, maar anderzijds wel gemotiveerd zouden zijn om verdere hulpverlening te consulteren.”*  
(Gastro-enteroloog, regio Brugge)

Hoewel andere hulpverleners daarentegen ook een duidelijke tegenzin van de jongeren aanvoelen in het zoeken naar een oplossing voor hun overgewicht.

*“De motivatie om verder begeleid te worden is vaak minimaal. Leerlingen antwoorden meestal dat ze zelf wel zullen opletten met wat ze eten of geven aan dat ze toch wel al wat vermagerd zijn ondertussen. Het aspect "beweging" wordt ook niet onmiddellijk als factor gezien om te vermageren. Systematisch sporten of bewegen is niet voorzien in hun weekschema. Jongeren hebben vaak wel goede voornemens, maar slagen er niet in om deze vol te houden. De verleiding is ook vaak groot om in groep dan toch te snoepen, broodjes te eten of de plaatselijke markt te bezoeken.”* (sociaal verpleegkundige CLB, regio Gent)

*“Betreft de motivatie om verdere hulpverlening te consulteren, heb ik een bedenking. Men ziet het vaak zitten of zegt mondeling het te zullen doen. Maar het effectief doen, is nog altijd een tweede stap. Men stelt uit, durft niet te gaan of gaat 1 maal en haakt nadien af,... Er zijn vaak diverse redenen waardoor men het dan toch uiteindelijk niet doet.”*  
(sociaal verpleegkundige CLB, regio Lokeren)

*“Hoewel bij sommige (jongeren) toch de motivatie om er iets aan te doen toch laag ligt. Zowel ouders als kinderen voelen zich soms machteloos, wijten het aan medicatie of familiaal voorkomen als een excuus dat er weinig aan te doen is”* (Schoolarts, regio Lokeren)

*“Deze jongeren beseffen vaak dat ze aan overgewicht lijden en willen er vaak wel iets aan doen. Maar als 't puntje bij 't paaltje komt en ze in actie moeten schieten, gooien ze vaak de handdoek in de ring. Deze jongeren moeten inderdaad zeer goed begeleid en opgevolgd worden, wil je succes ervaren.”* (Leerkracht lichamelijke opvoeding, regio Wetteren)

Hulpverleners herkennen wel degelijk enkele struikelblokken die de jongeren zelf aanhalen die een succesvolle doorverwijzing of behandeling in de weg staan.

*“Naar mijn aanvoelen, zijn jongeren niet tevreden over hun lichaam. Het is vaak te confronterend om daarover te praten.” (sociaal verpleegkundige CLB, regio Gent)*

*“Ik heb nog weinig jongeren met overgewicht gezien, die toch min of meer tevreden zijn met hun lichaam. Zeker adolescenten voelen zich zeer slecht met hun lichaam.” (sociaal verpleegkundige CLB, regio Gent)*

De hulpverleners geven ook aan dat de resultaten van ons onderzoek en het omgaan met overgewicht in het algemeen niet mogen los gezien worden van de bredere sociale context van de jongere (gezinscontext, school, vrienden).

*“Ik denk wel dat velen al iets ondernemen, maar kortstondig; dat ze vlug hervallen in verkeerde voedingsgewoonten en te weinig bewegen. Ik denk ook dat deze jongeren heel veel pestgedrag ondervinden, waardoor ze een te negatief zelfbeeld krijgen en de moed niet meer hebben om actief in te grijpen. Het grootste probleem is ook dat jongeren hun eetgewoontes niet gemakkelijk kunnen veranderen, omdat het ook meestal een familiaal probleem is.” (verpleegkundige MPI, regio Dendermonde)*

*“De adolescenten waar ik mee werk, zijn lln uit het BUSO! Daar is motivering niet gemakkelijk + zonder hulp van thuis, lukt het niet. Bij veel van deze lln is de thuissituatie niet optimaal , ook de scholingsgraad is eerder laag. Dit maakt het nog moeilijker” (Sociaal verpleegkundige, CLB, regio Waregem)*

*“Ervaring leert dat verwijzen, meestal weinig resultaat geeft. Ouders aanspreken bij jonge kinderen en met de kinderen zelf op pad gaan, heeft soms wel effect.” (Schoolarts, regio Lokeren)*

## **2.2. Huidige aanpak van jongeren met overgewicht/obesitas**

Binnen de CLB-context streeft men naar een multidisciplinaire aanpak van overgewicht, in overleg met alle actoren, in het bijzonder ook de curatieve hulpverlening. Zoals reeds hierboven aangehaald, geeft de Standaard Gewicht van de VWVJ hieromtrent al belangrijke handvaten om een meer uniforme en succesvolle werking rond overgewicht/obesitas te bewerkstellen.

*“ Vanuit een zorgteam (een overleg op de school waar zorgleerlingen besproken worden), worden jongeren met overgewicht besproken. Mijn taak bestaat er dan vooral in, om zoveel mogelijk informatie in te winnen over de jongeren en hun context. Vervolgens geef ik deze*

*informatie door aan de arts, die verbonden is met de desbetreffende school. Het medische team kan dan opzoeken of er eventueel al een doorverwijzing gebeurd is, en indien dit niet het geval is, kan men dit op een medisch onderzoek eventueel doen. Indien er daarna niet ingegaan wordt op de doorverwijzing van de schoolarts, kan ik (eventueel samen met iemand van het medische team) eventueel proberen achterhalen wat de oorzaken daarvan zijn en samen met de jongeren en zijn context mogelijke oplossingen proberen te zoeken. Het is dus vooral een signalerende en ondersteunende rol. “ (Maatschappelijk werkster CLB, regio Gent)*

*"afhankelijk van ernst*

- verkennend gesprek : wat vindt jongere er zelf van? voedings-en bewegingsgewoonte?*
- motiverend gesprek : enkele tips om gewicht onder controle te krijgen*
- uitnodiging om tussendoor gewicht opnieuw te laten controleren om te kijken of het lukt om de tips toe te passen en of ze effect hebben*
- doorverwijzing naar de huisarts als overgewicht blijft toenemen"*

*(Schoolarts, regio Lokeren)*

*“Vooral preventief (klassikale onderzoeken en individuele opvolgingen). In beperktere mate ook ondersteunend naar jongere/ouders via gesprekken, maar ook naar scholen (educatief). Doorverwijzen. Dit in samenwerking met de CLB-arts!” (sociaal verpleegkundige CLB, regio Lokeren)*

Ook het socio-emotionele aspect van dit “gezondheidsprobleem” wordt binnen de CLB-context en op school als belangrijk ervaren.

*“Bespreken tijdens het medisch onderzoek. Voedings -en bewegingsgewoonten bevragen en bijsturen waar nodig. Niet enkel op voeding werken, ook emotioneel ondersteunen. Velen vinden het al vervelend om op de weegschaal te staan. Ze positief ondersteunen, niet direct denken aan vermageren, maar gewicht stabiel proberen te houden. Zoeken naar een haalbare sport of gewoon meer bewegen, wandelen, fietsen,... Bij lagere schoolkinderen kan je werken met de ouders, telefonisch of ze uitnodigen. De meesten weten dat hun kind te zwaar is, maar het is zo moeilijk, soms ook familiaal overgewicht. Voor kind en ouders de groeicurve en folders bijvoegen bij de brief van het medisch onderzoek zodat ze zelf het gewicht kunnen blijven opvolgen.” (verpleegkundige CLB, regio Tielt)*

*“tijdens gesprek met leerling op zitdag in secundaire school bespreek ik wel eens dat in kader van algemeen welbevinden vb naar aanleiding van pestproblematiek. Concreet bespreek ik dan aan de hand van eetdagboek hun voedings- en bewegingsgewoonten. Ook probeer ik zicht te krijgen op kookgewoonten van thuis. Aanbod van kant en klare maaltijden, broodjes , koffiekoeken is natuurlijk groot en heeft zeker*



*een sterke invloed op gewicht.” (sociaal verpleegkundige CLB, regio Lokeren)*

*“Ik probeer deze jongeren positief aan te pakken. Ze heel vaak bevestigen en beginnen bij de kleine dingen. Als je (samen met de jongere) dit probleem wil aanpakken, mag je niet overhaasten en moet je alles stap voor stap opbouwen. Praten en letten op gezonde voeding, genoeg bewegen/sporten, letten op de lichaamshygiëne en het voorkomen.” (Leerkracht lichamelijke opvoeding, regio Wetteren)*

**De aanpak binnen de curatieve hulpverlening werd ook door ons bevestigd:**

*“voedingsanamnese opstellen, eventueel labo ter uitsluiting organische oorzaken, stimuleren om te gaan sporten, eventueel inschakelen van een diëtiste” (Huisarts, regio Mol)*

*“- Peilen naar voedingspatroon als mogelijke etiologie, familiaal voorkomen van obesiteit  
- Peilen naar eventuele eerdere poging tot vermagering  
- Advies tot raadpleging bij diëtist  
- bij de ""oudere"" jongeren (vanaf >18j) met morbide obesitas overwegen voor bariatrische heelkunde” (Gastro-enteroloog, regio Brugge)*

*“Gedragstherapeutisch en multidisciplinaire aanpak. De klemtoon ligt niet zozeer op vermagering, maar vooral op eetgedragsverandering met progressieve vermagering als gevolg. Eetgewoonten moeten niet alleen onder de loep genomen worden, maar ook de combinatie met lichaamsbeweging wordt aangemoedigd tijdens mijn consultaties.” (diëtiste regio Lede)*

*“ouders en jongeren komen apart op consultatie zodat ik beide verhalen hoor. Doorgaans vertelt een jongere veel meer als hij alleen is dan in bijzijn van de ouders en vice versa. Ik laat vooral de jongere aan het woord en mijn eerste vraag is altijd: weet je waarom je naar mij komt en vind je dat ok? Door de tijd dat ik aan een jongere (en ook aan de ouders) kan besteden creëren we een vertrouwensrelatie waaruit we veel kunnen bereiken. Ik probeer stelselmatig maar telkens met kleine stapjes de eetgewoonte van de jongere en ook van héél het gezin te veranderen.” (diëtiste, regio Beveren)*

### **3.3. Visie op de huidige aanpak van jongeren met overgewicht/obesitas. Tekortkomingen die worden ervaren die een succesvolle aanpak in de weg staan**

Binnen de CLB-context worden heel wat zwakke punten binnen de preventieve gezondheidszorg besproken, doch worden ook de positieve kanten van deze manier van werken belicht door de hulpverleners.

*“Als CLB beschikken we over een geweldige bron van info wat betreft " groei - en gewichtscurves " die we allemaal netjes bijhouden. Veel cijfermateriaal die we gebruiken bij de individuele consulten. Vaak worden voedingsbrochures uitgelegd en meegegeven met de leerling. De verwijzing naar de huisarts volgt vaak maar weinig feedback daaromtrent ...Bij kleuters met overgewicht maak ik een afspraak met de ouders en probeer samen met de verpleegkundige de kleuter selectief te zien . Info naar het zeepreventorium de Haan blijft bij extreme gevallen noodzakelijk.” (schoolarts, regio Gent)*

Aanpak binnen een bredere context, betrekken van het gezin. Aandacht voor moeilijke socio-economische situaties/ culturele verschillen.

*“De moeilijkheid om contextueel te werken. Eet- en beweegpatronen zijn meegegeven van huis uit. Idealiter zou men met gans het gezin moeten kunnen werken.” (Schoolarts, regio Lokeren)*

*“Vaak is het nodig ook de ouders te sensibiliseren, die zijn zich vaak niet bewust van de voedingsgewoonten die ze hun kinderen hebben aangeleerd. Indien ouders niet achter voedingsadvies staan, is het voor kinderen en jongeren lastig om advies goed op te volgen (bereiding van de maaltijden – vaak afhaalmaaltijden – geen gezonde voedingsmiddelen in huis)” (diëtiste, regio Lokeren)*

*“De ouders geven vaak niet het goede voorbeeld. Vaak geven ze jarenlang ongezonde voeding aan hun kinderen (inclusief dagelijks frisdranken bij eten), en dan plots (bij zichtbaar overgewicht) krijgen die kinderen dan te horen 'dat ze te dik zijn'. Men oogst vaak wat men zelf gezaaid heeft.*

*Voedingsvoorlichting bij de ouders is dus heel belangrijk. Blijvend motiveren is eveneens een belangrijk item. Het 'nieuwe' van de gewijzigde eetgewoonten zwakt snel af en geleidelijk aan hervalt het gezin in de oude, foute eetgewoonten. Blijvend aanmoedigen is dus de boodschap.” (diëtiste, regio Lede)*

*“Zoals bij elke hulpverlening speelt het financiële aspect een grote rol. Ouders van jongeren die weinig financiële middelen hebben, zullen minder snel de stap kunnen zetten naar een diëtist,... Het zijn ook juist die gezinnen, waar er ook minder goede eetgewoonten zijn. Ook de culturele bepaling speelt hierbij een rol en soms is het moeilijk om*

*als CLB daar een hulpverleningsaanbod te ontwikkelen.”  
(Maatschappelijk assistent CLB, regio Gent)*

*“Niet alleen de jongere, maar de hele omgeving, moet meestal worden geholpen. Velen hebben geen echt inzicht in wat “gezonde” voeding is. Veel jongeren zijn ook meer en meer geneigd heel weinig beweging te nemen. Regelmaat in opvolging ontbreekt ook te vaak.”  
(Verpleegkundige MPI, regio Dendermonde)*

*“De meeste jongeren zijn gemotiveerd om aan hun voedingsgewoonten te werken maar de ouders zijn er niet van overtuigd; waardoor de slaagkans enorm afneemt. De ouders moeten de jongeren zeker zo veel motiveren en ondersteunen als de hulpverlener.” (diëtiste regio Brussel)*

“- interne motivatie van de jongere en ouders ontbreekt soms. De compliance is dan navenant.

- in allochtone milieus : visie op lichaam is anders, zij willen liever een “goed-gevoed” kind.

- In kansarme milieus zien we vaker onevenwicht tussen calorie-inname en lichaamsbeweging (kalorieverbruik). “ (Schoolarts, regio Lokeren)

**Er is ook nood aan meer preventie binnen de scholen.**

*“Op de eerste plaats vind ik dat de jongeren veel te weinig bewegen. Volgens mij zouden ze dagelijks 1u sport moeten krijgen op school. Zo heeft iedereen gelijke kansen op een gezonde levensstijl. De schoolmaaltijden moeten ook bekeken worden: grotere variatie aan groenten en de frisdranken op school zouden moeten gebannen worden. Laat de lln kiezen uit plat- of spuitwater. Wij moeten op school het voorbeeld geven van wat gezond is. Als schoolarts moeten we frisdranken afraden en toch blijven de scholen dit aanbieden.”  
(schoolarts, regio Gent)*

*“1. Ik denk dat er meer contacten moeten gelegd worden met de ouders. Als er niets in huis is, kunnen de kinderen niet snoepen, maar meestal vinden de ouders het ook lekker.  
2. Langs de andere kant beschikken de jongeren over geld om snoep, koeken en frisdrank te kopen op en rond de school. Zo hebben de ouders dan weer geen zicht meer op wat de jongere eet.  
3. Jongeren laten zich gemakkelijk beïnvloeden door vrienden. Ze doen mee om er bij te horen.  
4. Het verwijderen van drankautomaten en de koekenverkoop op school blijft een moeilijke zaak. Dit brengt immers veel geld op.” (sociaal verpleegkundige CLB, regio Lokeren)*

*"Vaak hebben wij tijdens onze lessen te weinig tijd of mogelijkheden om deze problemen echt drastisch aan te pakken. Enkel een gesprekje met de betreffende leerlingen, gaat niet veel uithalen. Dit is toch wel heel erg jammer. Ik denk dat leerkrachten, en vooral leerkrachten LO, veel beter ingelicht en begeleid moeten worden om dit probleem drastisch te kunnen aanpakken. Er zou een soort van volgsysteem moeten ontwikkeld worden, zodat deze jongeren daar thuis kunnen aan werken, maar dat ze toch de druk voelen, omdat ze telkens moeten bewijzen/tonen wat ze al bereikt hebben. Op die manier volg je ze zeer nauw op en voelen de jongeren dat ze ECHT begeleid en gesteund worden!" (leerkracht lichamelijke opvoeding, regio Wetteren)*

*"te weinig kansen om te bewegen op school. Rond gezonde voeding zijn er al hier en daar acties (kan nog beter, maar je moet ergens beginnen). De turnlessen van 2 uur naar 4 uur brengen zou al een goed begin zijn. Dan zijn we tenminste zeker dat ieder kind minstens een half uur per dag beweegt gemiddeld. Wat toch het strikte minimum is." (Schoolarts, Regio Lokeren)*

Een sterker en transparanter uitgebouwd hulpverlenersnetwerk en een betere communicatie tussen CLB, huisarts en specialist bij de aanpak van obesitas zijn werkpunten op weg naar een efficiënter doorverwijsbeleid.

*"Er is soms weinig overleg tussen zorgverleners onderling, maar ook met de jongere. Rond de jongere draait het nu eenmaal en deze moet akkoord zijn met de behandeling enerzijds en gemotiveerd zijn anderzijds. Ook naar het sportieve aspect zijn er wel degelijk tekortkomingen, jongeren zijn dit niet allemaal even goed gewoon, en zien zich dus op de moeite om zich te verplaatsen. Mits een haalbare oplossing en enkele vrienden willen ze wel op zoek gaan naar een sport die hun ligt en de moeite is om zich te verplaatsen en om zich te ontspannen." (diëtiste, regio Lokeren)*

*"Het doorsturen naar diëtisten gebeurt zeer weinig. Uiteindelijk zijn wij specialisten die met tal van opleidingen/ bijscholingen de best mogelijke aanpak kunnen geven aan dit soort van problematiek. Vaak hebben artsen te weinig tijd om echt tot een jongere door te dringen en dat kunnen wij hen wel bieden." (diëtiste, regio Beveren)*

*"Ik vind dat wij als CLB te weinig zicht hebben op de opvolging." (sociaal verpleegkundige CLB, Gent)*

Een begeleiding van een jongere met overgewicht is tijdsintensief. Is er nood aan meer kwalitatieve begeleiding binnen CLB-context in plaats van kwantitatieve begeleiding?

*"Te weinig tijd voor een intense begeleiding . Verpleegkundige heeft daar misschien meer ruimte voor .... Betere samenwerking met de*

*huisarts of diëtist. Preventiecampagnes rond "gezonde voeding en bewegen" blijft een taak binnen het CLB. Misschien kan elke lagere en secundaire school dit opnemen in hun gezondheidsbeleid." (schoolarts, regio Gent)*

*"Te weinig tijd voor intensere opvolging van de kinderen. Gebrek aan verwijzingsmogelijkheden in de regio, waar ik echt vertrouwen in heb. Diëtisten niet steeds goed in werken met kinderen, vaak te veel gefocust op voeding en dieet, minder op andere levensgewoonten. Bij stop van begeleiding dan ook vaak hervat. Kostprijs ook een probleem bij ouders.*

*Ik stel me wel de vraag tot waar onze begeleiding mag gaan. Er is geen duidelijkheid hierrond.*

*Ben nu bezig met een project in school (kind aan tafel) naar alle kinderen en ouders toe (voeding opvoedingsondersteuning...), doch is arbeidsintensief, niet voor alle jaren en max 1 school tegelijk. Dus weer gebrek aan tijd." (schoolarts, regio Lokeren)*

*"Begeleiding van gezonde leefgewoonten is intens naar tijd en verplaatsing. Dit is ook niet voorzien binnen ons werkveld. Leerlingen zetten zelden stap naar diëtiste. Ook niet populair bij leeftijdsgenoten. Na schooldag hebben Iln zelden nog energie of tijd om te sporten. Computer is een aanbod dat veel aantrekkelijker is." (sociaal verpleegkundige CLB, regio Lokeren)*

*"Te weinig tijd om de jongere te begeleiden. Bijscholing rond aanpak obesitas bij jongeren zou welkom zijn." (sociaal verpleegkundige CLB, regio Gent)*

*"Misschien zouden we sneller moeten doorverwijzen, maar het ligt gevoelig bij de mensen. Doorverwijzingen hebben ook niet steeds het gewenste effect. Je zou de leerlingen misschien langer kunnen opvolgen, groepssessies, ... maar dit is te tijdsintensief binnen onze werking. Hoe jonger het kind des te meer dat je moet werken met de ouders en daar is het soms moeilijk, niet iedereen staat toe dat je advies geeft daarrond." (sociaal verpleegkundige CLB, regio Tielt)*

**Ook binnen de curatieve sector is het werken met kinderen/jongeren met overgewicht geen evidentie**

*"patiënten komen afspraken niet na, weinig motivatie, moeilijk om levensstijl te veranderen" (Huisarts, regio Mol)*

*"Alles blijft vaak steken in relatief vrijblijvende adviezen die mijn inziens vaak niet worden opgevolgd." (Gastro-enteroloog, regio Brugge)*

**Bovendien is de laagdrempeligheid van binnen de curatieve hulpverlening niet altijd even evident, wat zeker voor kansarme jongeren heel wat deuren sluit.**

*“Permanente begeleiding, maar deze is qua tijdsbesteding door CLB niet haalbaar en de alternatieven zijn meestal een financieel probleem...” (Sociaal verpleegkundige, CLB, regio Waregem)*

## **DISCUSSIE**

Ik koos voor het onderwerp ‘overgewicht bij adolescenten’ voor mijn masterproef, omdat het voor ons als jeugdgezondheidsarts één van de grote uitdagingen binnen ons dagelijks werk is. Overgewicht is iets waar we maar moeilijk vat op krijgen en dit geeft soms wel wat frustratie bij de hulpverlener en bij de jongere zelf. Ik ben dan ook tevreden dat uit de resultaten van onze studie blijkt, dat zowel jongeren als de hulpverleners rondom hen gemotiveerd zijn en blijven, om iets aan overgewicht te doen.

Onze studie kent uiteraard zijn beperkingen, als we naar het oorspronkelijk opzet van de studie kijken.

Zoals hierboven aangehaald, is er het probleem van die jongeren die we voor de studie herhaaldelijk aanspraken en die hier niet op gingen.

Onze indeling naar geslacht, socio-economische status en culturele achtergrond is vrij homogeen, maar het blijft natuurlijk een heel kleinschalige studie. Het feit dat we uiteindelijk van focusgroepsgesprekken naar een online vragenlijst moesten evolueren, gaf ons de kans om meer jongeren te bereiken, maar liet ons anderzijds aan diepgang verliezen binnen ons kwalitatief onderzoeksopzet.

Ons onderzoek laat ons toe om enkele hypotheses (cfr supra) te vormen naar de praktijk toe en vooral suggesties te doen naar verder onderzoek.

Bovendien sluiten onze resultaten aan bij wat we hierover in de literatuur vonden. Ook uit onze resultaten blijft dat er een verschil bestaat tussen gewichtspceptie, zelfbeeld en eigenlijke BMI; in die zin, dat onze jongeren ondanks hun hoger gewicht, wel min of meer tevreden lijken te zijn met hun eigen lichaam.

Overgewicht is een probleem dat een continue zorg vereist. Enerzijds is nood aan een zeer vroege signalisatie (kind en gezin, kleuterconsulten CLB), anderzijds aan een proces van doorlopend signaleren zodat het risico verkleint dat jongeren uit beeld blijven of raken [\(3\)](#).

Recent werden nog de richtlijnen voor screening naar obesitas bij kinderen en adolescenten aangepast in de Verenigde Staten (US Preventive Services Task Force Recommendation Statement) [\(20\)](#).

De USPTSF onderzoekt de effectiviteit van interventies binnen de preventieve gezondheidszorg en heeft dit dus ook gedaan voor obesitas. Ook werden de mogelijks negatieve effecten van interventie nagegaan. Zij concluderen dat er voldoende wetenschappelijke evidentie is om kinderen reeds vanaf 6 jaar te screenen voor obesitas (mogelijks is dit zelfs reeds vroeger noodzakelijk!) en hen in de mate van het mogelijke door te verwijzen voor intensieve begeleiding (dieet, fysieke activiteit) en gedragsverandering. Er was evidentie (zij het in beperkte mate) dat mogelijks verbeteringen tot een jaar na interventie kunnen worden behouden. De nadelige effecten van interventie bleken minimaal te zijn. Deze studie ziet ook de nood aan meer onderzoek naar de aanpak, specifiek voor adolescenten. De richtlijn werd aangepast ten opzichte van het verleden naar snellere en sterkere interventie omwille van enerzijds de stijgende prevalentiecijfers van obesitas en anderzijds de evidentie beschikbaar dat interventie wel degelijk een positief effect heeft [\(20\)](#).

Er is ook nood aan een samenhang tussen de verschillende stakeholders op lokaal niveau. Ook in de aanpak van overgewicht is een "integrale" zorg belangrijk, waar de verschillende hulpverleners op elkaar afgestemd zijn en een duidelijke regie volgen. Zoals mag blijken uit de feedback van de stakeholders is er veel en diverse expertise aanwezig om jongeren met overgewicht te begeleiden. Vele hulpverleners pleiten voor een permanente intensieve begeleiding van jongeren met overgewicht. Toch blijkt de hulpverlening op dit punt niet voldoende laagdrempelig om vooral jongeren uit lagere socio-economisch middens te bereiken. Het zal ook onze taak als preventieve sector zijn om de nood aan preventie en het kostenbesparend effect van preventie van obesitas op langere termijn aan te tonen.

Hulpverleners geven ook aan dat zowel ouders als de jongeren zelf voldoende moeten betrokken worden in het proces van begeleiding. Ook hiervan zal het succes van een doorverwijzing binnen de CLB-context afhangen. Ouders voelen zich soms schuldig over het overgewicht van hun kinderen en voelen het daarom aan als een verwijt, wanneer zij hierover worden aangesproken. Adolescenten zijn een hele moeilijke groep om aan te spreken over gezondheid in het algemeen, zeker in verband met een gezondheidsitem dat zo nauw verbonden is met hun eigen lichaamsbeeld en welbevinden. Overgewicht blijft een gevoelig onderwerp, toch lijkt het alsof zowel jongeren als hulpverleners open staan om ook dit moeilijke onderwerp aan te kaarten en aan te pakken.

Cornette et al. [\(21\)](#) onderzoekt in haar review verschillende artikels die specifiek peilen naar de emotionele impact van obesitas op kinderen en

adolescenten. Tien studies werden geïnccludeerd die aan de inclusiecriteria van de review voldeden. Er werd gekeken naar niet-fysieke gevolgen van overgewicht bij kinderen zoals depressie, sociale isolatie, discriminatie, laag zelfbeeld, schoolse resultaten. Men pleit voor een holistische aanpak van overgewicht bij jongeren waarbij psychologische, sociale, emotionele gevolgen worden geïnccludeerd in de behandeling, naast de fysieke effecten.

Op evidentie gebaseerde richtlijnen, die aandacht hebben voor het emotionele aspect van obesitas bij jongeren, ontbreken. De focus lijkt in de praktijk nog steeds te liggen op het verminderen van het gewicht, terwijl er te weinig aandacht is voor psycho-socio-emotionele factoren. Nieuwe richtlijnen voor de aanpak van obesitas bij kinderen en jongeren zullen ook de reductie van depressie, angst en lager zelfbeeld (geassocieerd aan overgewicht) moeten in overweging nemen. Dit zal uiteraard enkel kunnen door een multidisciplinaire aanpak, waarbij een inbreng mogelijk is van artsen, verpleegkundigen, psychologen, diëtisten, maatschappelijk werkers, leerkrachten, familie,...

Voor de CLB-context is de standaard gewicht een waardevol instrument [\(3\)](#) om overgewicht bij jongeren aan te pakken via vroegdetectie. De samenwerking binnen het CLB is een meerwaarde om deze problematiek in zijn complexiteit aan te pakken. Het is voor ons als schoolartsen een positief signaal dat jongeren met overgewicht bereid lijken te zijn om in een begeleidingstraject met ons te stappen en dat ze de zin lijken in te zien van de aanpak van overgewicht. De adolescentieperiode vraagt van ons een specifieke aanpak. Jongeren moeten blijvend gemotiveerd worden om hun streven naar een gezondere levensstijl en het daarbij zoeken van verdere hulpverlening vol te houden. Bovendien mogen ook sociale aspecten zoals de invloed van leeftijdgenoten, ouders, school niet over het hoofd gezien worden.

Het zal ook belangrijk zijn onze aanpak van overgewicht bij jongeren voortdurend opnieuw te toetsen aan de praktijk en eventueel aan te passen. Onze studie trachtte vanuit de literatuur in kaart te brengen welke mogelijke hindernissen er kunnen zijn bij het verwijzen van jongeren vanuit het CLB naar bijvoorbeeld de huisarts. Zoals reeds vroeger aangehaald gaat het over een beperkte en heterogene groep jongeren die wij onderzochten. Verder onderzoek naar bijvoorbeeld de ervaringen van jongeren met overgewicht die via het CLB naar externe hulpverlening werden doorverwezen zou ons als schoolarts een nog realistischer beeld kunnen geven van de voordelen en van de beperkingen van onze eigen verwijzingen. Dit zou ons kunnen helpen in het zoeken naar een passend vervolgtraject voor iedere individuele jongere met overgewicht.

Onze studie peilt hoe jongeren hun overgewicht ervaren. Verder onderzoek is noodzakelijk om de relatie tussen lager zelfbeeld,



depressie,... en overgewicht verder te definiëren. Men kan zich de vraag stellen of een oorzaak-gevolg relatie bestaat en, indien dit het geval is, of deze uni- of bidirectioneel is. Verder onderzoek is nodig naar de efficaciteit van levensstijlveranderingen (op korte, middellange en lange termijn) bij verschillende leeftijdsgroepen, jongens en meisjes. Onderzoek naar verschillende culturele en sociale factoren, die een negatieve of positieve invloed kunnen hebben op de aanpak van overgewicht, is nodig. Er is ook nood aan uitgebreider onderzoek naar de intrinsieke motivatie van jongeren om een gezondere levensstijl te hanteren en naar de familiale invloeden op fysische en meta-fysische gevolgen van obesitas.

Een laatste belangrijk punt is ook dat toekomstige studies naar obesitas een onderzoeksoptzet en eindpunten zouden hebben, die niet alleen fysiek van aard zijn (BMI, buikomtrek,...), maar ook psychosociaal.

## **BESLUIT**

Uit ons beperkt onderzoek blijkt dat jongeren hun overgewicht op een complexe manier ervaren. Het is voor hen niet alleen een medisch gegeven maar een probleem dat op verschillende manieren hun dagelijkse leven kruist. Net als uit de literatuur naar voor kwam, lijkt ook in ons onderzoek de focus meer te liggen op gewichtspceptie dan op effectief BMI. Net als de sleutel voor een goede aanpak waarschijnlijk meer op gedragsverandering dan op gewichtsdeling op zich zal liggen.

De manier waarop jongeren met een medisch onderzoek in functie van hun gewicht omgaan en meer specifiek met een verwijzing vanuit het CLB naar externe hulpverlening lijkt positief- ondanks mogelijke ervaringen met falen uit het verleden. Dit kan ons als schoolarts enkel aanzetten tot het blijvend motiveren van onze jongeren om de nodige hulp te zoeken. De opvolging van onze verwijzingen is in ieder geval een interessante bron van toekomstig onderzoek.

## **SAMENVATTING**

### **Achtergrond:**

Binnen de CLB-context wordt men vaak geconfronteerd met een falend doorverwijzingsbeleid, als het overgewicht of obesitas betreft.

Onderzoek naar persoonsgebonden en/of groepsgebonden factoren die van invloed kunnen zijn op het al of niet slagen van doorverwijzing van adolescenten met overgewicht/obesitas binnen CLB-context, zou hierop een antwoord kunnen bieden.

### **Onderzoeksvraag:**

Hoe ervaren adolescenten hun overgewicht of obesitas?.

Hoe ervaren ze de verwijzing door de CLB-arts?

### **Onderzoeksopzet:**

Kwalitatief onderzoek

### **Methode**

De jongeren werden gevraagd om, aan de hand van een online vragenlijst, hun persoonlijke visie over hun overgewicht te geven. Voor de online vragenlijst werden kinderen en jongeren met overgewicht/obesitas (huidige toestand of in het verleden) gerekruteerd tijdens het onderzoek op het CLB van het 5<sup>de</sup> studiejaar, 1<sup>ste</sup> secundair en 3<sup>de</sup> secundair.

### **Resultaten**

Uiteindelijk hebben 27 jongeren de vragenlijst ingevuld met een gemiddelde leeftijd van 12.6 jaar. Twaalf jongens en vijftien meisjes deden mee aan onze studie. We kunnen slechts enkele ruwe hypothesen naar voor schuiven: jongeren met overgewicht vinden zelf ook dat hun gewicht te hoog is, maar geven anderzijds wel aan, min of meer tevreden te zijn over hun lichaam. Ze beschouwen hun overgewicht niet als een ziekte, ze worden vaak gepest omwille van hun overgewicht, ze zijn gemotiveerd om verdere hulpverlening (bijv. huisarts te consulteren i.v.m. hun overgewicht, ze vinden in grote meerderheid dat er iets aan hun overgewicht te doen is.

## Conclusie

Er is nood aan toekomstige studies naar obesitas met een onderzoeksoptzet en eindpunten, die niet alleen fysiek van aard zijn (BMI, buikomtrek,...), maar ook psychosociaal.

De praktijk vereist een samenhang tussen de verschillende hulpverleners op lokaal niveau. In de aanpak van overgewicht is een "integrale" zorg belangrijk, waar de verschillende hulpverleners op elkaar afgestemd zijn en een duidelijke regie volgen.

## REFERENTIES

- 1) WHO Definitie Gezondheid
- 2) Müller et al.; Prevention of obesity--is it possible?; *Obes Rev.* 2001 Feb;2(1):15-28. Review.
- 3) Standaard Gewicht, Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, februari 2009
- 4) Mujica E V, Leiva M E, Rojas M E, Díaz N, Lcaza G, Palomo G I. [Discordance between nutritional status and self perception of weight among adults from Talca, Chile]. *Rev Med Chil.* 2009 Jan;137(1):76-82.
- 5) Wang F, Wild TC, Kipp W, Kuhle S, Veugelers PJ. The influence of childhood obesity on the development of self-esteem. *Health Rep.* 2009 Jun;20(2):21-7.
- 6) Franklin et al.; Obesity and risk of low self-esteem: a statewide survey of Australian children.; *Pediatrics.* 2006 Dec;118(6):2481-7.
- 7) Fonseca H, Gaspar de Matos M. Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. *Eur J Public Health.* 2005 Jun;15(3):323-8.
- 8) Ozmen et al.; The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents.; *BMC Public Health.* 2007 May 16;7:80.
- 9) Mirza et al.; Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents.; *J Adolesc Health.* 2005 Mar;36(3):267.e16-20.

- 10) Gray et al.; Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: a multilevel analysis.; Eur J Public Health. 2008 Dec;18(6):616-21. Epub 2008 Jul 28.
- 11) Zaborskis et al.; Body image and weight control among adolescents in Lithuania, Croatia, and the United States in the context of global obesity.; Croat Med J. 2008 Apr;49(2):233-42.
- 12) Strauss et al.; Childhood obesity and self-esteem.; Pediatrics. 2000 Jan;105(1):e15.
- 13) Wang Y, Liang H, Chen X. Measured body mass index, body weight perception, dissatisfaction and control practices in urban, low-income African American adolescents. BMC Public Health. 2009 Jun 12;9:183.
- 14) Young-Hyman D, Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Keil M, Cohen ML, Peyrot M, Yanovski JA. Psychological status and weight-related distress in overweight or at-risk-for-overweight children. Obesity (Silver Spring). 2006 Dec;14(12):2249-58.
- 15) Sweeting H, West P, Young R. Obesity among Scottish 15 year olds 1987-2006: prevalence and associations with socio-economic status, well-being and worries about weight. BMC Public Health. 2008 Dec 9;8:404.
- 16) Jonides et al.; Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional, and behavioral assessment.; Pediatrics. 2002 Jul;110(1 Pt 2):215-21.
- 17) Jeannin/Braet et al.; Drop-out bij behandeling van kinderen met overgewicht, biblio.ugent.be.
- 18) Kazdin et al. Barriers to Treatment Participation Scale: evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. Journal of Child Psychology. Nov 1997; 38, 1051-1062.
- 19) King LA et al.; Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity: the Weight of Opinion study; Br J Gen Pract. 2007 Feb;57(535):124-9.
- 20) Barton M. et al.; Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement; Pediatrics. 2010 Feb;125(2):361-7. Epub 2010 Jan 18.
- 21) Cornette R.; The emotional impact of obesity on children; Worldviews Evid Based Nurs. 2008;5(3):136-41.

## **Bijlagen - Lijst**

- Bijlage 1 Detail literatuursearch
- Bijlage 2 Informed consent leerlingen –focusgroepsgesprekken.
- Bijlage 3 Script van de focusgroepen
- Bijlage 4 Uiteindelijk online vragenlijst

**Methode literatuuronderzoek:**

Inclusiecriteria: Jongeren (13-18 jaar) met overgewicht of obesitas, uit alle onderwijsniveaus, uit alle sociale klassen, jongens en meisjes.

Exclusiecriteria: Kinderen (jonger dan 10 jaar) en jongeren en volwassenen, ouder dan 16 jaar. Personen met normaal BMI of ondergewicht.

Keywords: Obesity, overweight, self concept, psychological stress, depression, body image

**Zoeken naar:**

- 1) Guidelines
- 2) Systematische reviews
- 3) Pubmed via MESH termen

**✓ Guidelines**

National Guideline Clearinghouse

overweight en self concept:

→ 10 resultaten, 2 bruikbare:

- Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. NGC:4277
- Screening and interventions for overweight in children and adolescents: recommendation statement. NGC:4287

overweight en body image:

→ 4 resultaten, 1 bruikbare:

- Prevention and management of obesity (mature adolescents and adults). NGC:7085

NICE guideline (NHS)

- Obesity (CG43)

Standaard Domus Medica: Obesitas bij kinderen

Standaard Gewicht van de VWVJ

 **Cochrane Library**

Gebruikte Mesh termen:

OVERWEIGHT (omvat ook: obesity)

SELF CONCEPT (omvat ook: self assessment, self disclosure, self efficacy)

BODY IMAGE

KEYWORDS: overweight en self concept:

→ 9 resultaten, 2 bruikbare:

KEYWORDS: overweight en body image:

→ 10 resultaten, 2 bruikbare

 **PUBMED via MESH termen:**

Gebruikte Mesh termen:

OVERWEIGHT (omvat ook: obesity)

SELF CONCEPT (omvat ook: self assessment, self disclosure, self efficacy)

BODY IMAGE

Limits: Children 6-12 years AND Adolescents 13-18 years; MESH major topic; Talen: Engels, Spaans, Nederlands en Frans; humans; published in the last 10 years.

Zoekresultaten:

"obesity"[MeSH Major Topic] AND "self concept"[MeSH Major Topic]  
AND ((English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang] OR Dutch[lang])  
AND ("child"[MeSH Terms:noexp] OR "adolescent"[MeSH Terms])) AND  
"2000/02/21"[PDat] : "2010/02/17"[PDat])

→ 99 artikels, 2 reviews

"obesity"[MeSH Major Topic] AND "body image"[MeSH Major Topic]  
AND ((English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang] OR Dutch[lang])  
AND ("child"[MeSH Terms:noexp] OR "adolescent"[MeSH Terms])) AND  
"2000/02/21"[PDat] : "2010/02/17"[PDat])

→ 74 artikels, 1 review



**Toestemmingsformulier tot deelname aan het onderzoek:**  
**Hoe ervaren jongeren uit het 1<sup>ste</sup> secundair onderwijs hun overgewicht of obesitas?**



Beste ouder, beste leerling,

Bij het laatste medisch onderzoek op het CLB werd bij uw zoon/dochter een overgewicht vastgesteld. Naast de adviezen die uw zoon/dochter van de schoolarts en de verpleegkundige kreeg in verband met zijn/haar overgewicht, werd hij/zij ook aangesproken in verband met een **onderzoek** rond overgewicht dat op dit moment in ons centrum loopt.

Waar gaat het onderzoek over?

Het onderzoek, waarvoor de deelneming van uw zoon/dochter gevraagd wordt, wil de **zorg voor jongeren met overgewicht verbeteren**. Wij willen de zorg verbeteren door meer te weten komen over, hoe jongeren zelf met hun overgewicht omgaan, zodat we jongeren en ouders in de toekomst nog betere adviezen kunnen geven en nog beter kunnen ondersteunen.

Wat betekent dit voor uw zoon of dochter?

Wij nodigen uw zoon/dochter uit voor een **gesprek (op school of op het CLB) samen met andere jongeren** (maximaal 10 personen), die met overgewicht kampen om hun ideeën over dit onderwerp met ons en met elkaar te delen. Ik zal als onderzoeker dit gesprek in goede banen leiden. De gegevens die wij hierdoor bekomen, worden **volledig anoniem** verwerkt. Op die manier wordt de privacy van uw zoon/dochter strikt gerespecteerd.

Neemt uw zoon/dochter deel?

Wij hopen dat uw zoon/dochter zal deelnemen aan ons onderzoek. Door dit document te ondertekenen geven u en uw zoon/dochter te kennen dat jullie akkoord gaan tot deelname aan ons onderzoek. Ook na ondertekening behoudt uzelf en uw zoon/dochter het recht om, zonder opgave van reden, tijdens het onderzoek alsnog af te zien van medewerking. Een eventuele weigering zal de gewone zorg door uw hulpverleners uiteraard geenszins beïnvloeden.

Recht op informatie:

U hebt het recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die in dit document beschreven worden. De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een onderzoeksrapport. U kan dit rapport steeds opvragen.

Alvast hartelijk dank voor uw deelname,

Met vriendelijke groeten,

Bart Jacobs, Schoolarts, VCLB Weimeersen, Zuiderlaan 42, 8790 Waregem

Promotor van dit onderzoek: Prof. Dr.Lieve Peremans, VUB Campus Jette, Jeugdgezondheidszorg,  
Gebouw K, Laarbeeklaan 121, 1090 Brussel

IN TE VULLEN DOOR LEERLING:

Ik,

Naam .....

Adres .....

Plaats .....

Zal deelnemen aan dit onderzoek. Ik begrijp dat, in het kader van dit onderzoek, gegevens anoniem worden ingezameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord.

Opgemaakt op ...../...../ 2010 te .....

Handtekening .....

IN TE VULLEN DOOR OUDER:

Ik,

Naam .....

Moeder/Vader van .....

Adres .....

Plaats .....

Geef toestemming aan mijn zoon/ dochter ..... om deel te nemen aan dit onderzoek. Ik begrijp dat, in het kader van dit onderzoek, gegevens worden ingezameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord.

Opgemaakt op ...../...../ 2010 te .....

Handtekening .....

Gelieve bij deelname dit document **terug te sturen naar:**



**VCLB Weimeersen**

t.a.v. Dr. Bart Jacobs

Zuiderlaan 42

8790 Waregem

**Of via de school** terug aan ons te bezorgen.

**Bij deelname contacteren wij u binnenkort voor verdere concrete afspraken over hoe en waar een gesprek zal plaatsvinden.**

---

Verklaring van de projectcoördinator: De projectcoördinator is verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document.

-----  
Jacobs Bart, Schoolarts

-----  
datum

SCRIPT FOCUSGROEPGESPREK: **Hoe ervaren jongeren uit het 1<sup>ste</sup> secundair onderwijs hun overgewicht of obesitas?**

OBSERVATOR

Bij binnenkomen van de deelnemers

- Noteren van de naam van de deelnemer
- Overhandigen van een kaartje waarop ieder zijn of haar naam noteert in hoofdletters

MODERATOR

Verwelkoming en dank voor de aanwezigheid

Eerst en vooral willen we jullie bedanken voor jullie deelname aan dit gesprek. Ikzelf, Bart Jacobs, schoolarts op het CLB, zal vandaag dit gesprek in goed banen trachten te leiden. .... en ..... zullen notities nemen voor ons onderzoek. Ook worden onze stemmen op geluidsrecorder opgenomen. Dit is noodzakelijk om de gegevens te verwerken en te analyseren. De bandjes worden alleen door de onderzoekers beluisterd en nadien gewist. De gegevens die wij hierdoor bekomen, worden volledig anoniem verwerkt. Jullie mogen volledig vrijuit praten. Wat we van jullie vernemen, wordt gebundeld en niemand, buiten de aanwezigen vandaag, komt ooit te weten wat ieder van jullie afzonderlijk heeft verteld. Op die manier wordt jullie privacy strikt gerespecteerd. Jullie deelname is ook volledig vrijwillig en jullie hebben dan ook het recht om op ieder moment jullie deelname stop te zetten.

-----  
Spelregels

Jullie meningen zijn heel erg belangrijk voor ons en wij willen dat jullie je vrij voelen om ons exact te vertellen, wat jullie denken over de dingen die we vandaag gaan bespreken en we hopen ook dat jullie ideeën stof voor discussie kunnen vormen in deze groep. Het is ook heel erg belangrijk dat jullie goed naar elkaar luisteren en elkaar laten uitspreken. Op die manier kunnen de ideeën en meningen van ieder van jullie voldoende aan bod komen. We vragen dat zoveel mogelijk iedereen aan bod komt in dit groepsgesprek. Als moderator zal ik jullie daarbij ook helpen.

We vragen ook te vermijden om door mekaar te praten of gesprekken verder te zetten met je buur, dit uit respect voor de mensen die aan het woord zijn en om de opnames van de gesprekken verstaanbaar te houden.

Ik stel jullie straks een aantal vragen en vraag dan telkens naar jullie mening.

Het gesprek zal maximum anderhalf uur duren.

Sommigen van jullie kennen elkaar misschien vrij goed, anderen misschien helemaal niet. Daarom had ik graag gevraagd dat iedereen zich heel even kort voorstelt, zodat jullie elkaar allemaal beter leren kennen. Dit mag heel kort zijn: jullie voornaam, studiejaar, belangrijkste hobby's en wat jullie graag later willen worden. (stemtest)

(respons deelnemers)

---

### Bedoeling van focusgroepsgesprek herhalen

*Jullie zijn allemaal een tijdje geleden bij ons op medisch onderzoek geweest. Wij weten dat het medisch onderzoek op het CLB bij de schoolarts en de verpleegkundige toch altijd weer een vreemde ervaring is voor leerlingen.*

(respons deelnemers)

*Bij elk van jullie werd op het laatste medisch onderzoek een bepaalde mate van overgewicht vastgesteld door de schoolarts, vandaar ook dat we jullie vandaag hebben uitgenodigd voor dit gesprek. Wij doen immers een onderzoek waarbij we graag willen te weten komen hoe jullie zelf omgaan met jullie gewicht, hoe jullie dat zelf beleven.*

*Ieder van jullie heeft tijdens het medisch onderzoek goede raad hierover gekregen van de schoolarts en de verpleegkundige. Misschien zijn jullie ook doorverwezen naar de huisarts.*

*Wij weten dat onze goede raad en onze verwijzingen naar de huisarts niet altijd gevolgd worden. Het zou wel eens kunnen dat we als dokter of verpleegster nog niet goed begrijpen, hoe jullie zelf met jullie gewicht omgaan en hoe jullie dit zelf ervaren. We kunnen dus nog veel van jullie leren. Door jullie ideeën zouden we in de toekomst beter kunnen luisteren naar jongeren. Jullie antwoorden zijn dus echt belangrijk voor ons.*

## SOCIALE CONTEXT + EMOTIONELE CONTEXT

### Openingsvragen

Hoeveel vrienden hebben jullie?

Welke activiteiten, bezigheden hebben jullie in je vrije tijd?

Hoe voelen jullie je zelf in je lichaam?

Wat vinden jullie zelf van jullie gewicht?

Welke nadelen ondervinden jullie van jullie gewicht?

Welke voordelen ondervinden jullie van jullie gewicht?

Hoe reageren jullie klasgenoten op jullie gewicht?

## MEDISCHE CONTEXT

Wat hebben jullie onthouden van het laatste medisch onderzoek?

Wat vertelde de verpleegster allemaal over jullie gewicht?

Wat vertelde de dokter over jullie gewicht?

Wat vonden jullie van die uitleg?

Wat zouden jullie anders willen?

Was het de eerste keer dat jullie hierover werden aangesproken?

Wat vinden jullie ervan dat de dokter/verpleegster over jullie gewicht spreken?

Wie van jullie werd ook naar de huisarts doorgestuurd? En wat vonden jullie daarvan?

Wat was de reactie van jullie ouders op het briefje?

Wie is er naar de huisarts geweest?

Wat vertelde die?

Wat denken jullie? Is overgewicht een ziekte?

## AFSLUITENDE VRAGEN

Mochten jullie dokter zijn, wat zouden jullie aan jongeren met overgewicht vertellen?

Wat zou jullie nog kunnen helpen met je overgewicht?

(16) Was het moeilijk voor jullie om te beslissen om aan dit gesprek mee te doen? En zo ja, waarom juist? En zo neen, waarom niet?

## MODERATOR

Noteert emoties, lichaamstaal van de persoon die aan het woord is en de reacties van de groep of een deel ervan. Response en non-response, medewerking en de groepsdynamiek krijgen eveneens de nodige aandacht. Hij of zij gebruikt een daarvoor ontworpen registratiedocument en noteert daarop, wie welke topics aanbrengt.

---

PDF – BIJLAGE 4

