

**Preventieve zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas: perspectieven van Turkse en Marokkaanse ouders en jeugdgezondheidszorgverleners**

Afdeling Public Health, Julius Centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Universiteit Utrecht,  
Utrecht, Nederland

*Afdeling Public Health, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde,  
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Heidelberglaan 100, PO 85500, 3508 GA, Utrecht, Nederland.*

## **Samenvatting**

Achtergrond: Onderzoeken naar overgewicht en obesitas bij kinderen wijzen op een significante verschil tussen de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen met een migratieachtergrond en kinderen zonder een migratieachtergrond. Daarnaast ervaren zorgverleners binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) op verschillende niveaus belemmeringen die de zorgverlening aan ouders van kinderen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond tekortschieten. Op dit moment is er nog weinig onderzoek gedaan naar de eerstehands ervaringen en perspectieven van deze ouders met betrekking tot de preventieve zorg in het kader van overgewicht en obesitas bij kinderen.

Onderzoeksdoelstelling: Het doel is om te onderzoeken op welke manier de preventieve zorg aan kinderen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond die lijden aan overgewicht of obesitas het beste aansluit bij de behoeften van de ouders van deze kinderen. Bovendien worden sociale en culturele aspecten uitgevraagd die volgens deze ouders van belang zijn in de communicatie tussen ouders en JGZ zorgverleners.

Methode: Data met betrekking tot de perspectieven van deze ouders en JGZ zorgverleners werden verkregen door middel van semigestructureerde interviews. De audio data werden getranscribeerd in schriftelijke data die vervolgens werden gecodeerd met behulp van een coderingprogramma.

Resultaten: Drie ouders en vier JGZ zorgverleners werden geïnterviewd. Er werd een mismatch gevonden tussen de behoeften van de ouders en de zorgverlening van de JGZ. De volgende onderliggende behoeften vonden ouders belangrijk dat daar aandacht ervoor was in de communicatie met JGZ zorgverleners: 1) praktische ondersteuning bij de moeilijkheden op het gebied van levensstijl, 2) bewustzijn van de normen en waarden van de ouders, 3) ondersteuning van ouders bij het beheren van het dagelijks leven met beperkte financiële draagkracht en 4) aandacht voor de impact van de diagnose overgewicht of obesitas op de gevolgen van de ouder-kind dynamiek. Echter, generieke communicatievaardigheden werden vaak als de meest effectieve strategie aangehaald en toegepast om de bovengenoemde mismatch bespreekbaar te maken en te overbruggen.

Discussie: De JGZ moet overschakelen op een holistisch zorgmodel dat zich richt op en ruimte biedt voor de onderliggende behoeften van ouders en het gezin als geheel. Gezinsgerichte en gewicht inclusieve benadering kunnen daarmee innovatieve inzichten bieden.

## Introductie

In 2020 schatte de Wereldgezondheidsorganisatie dat wereldwijd 39 miljoen kinderen jonger dan vijf jaar aan overgewicht of obesitas lijdten.<sup>1</sup> Deze prevalentie is alarmerend omdat overgewicht en obesitas bij kinderen worden geassocieerd met een verhoogd gezondheidsrisico en nadelige lichamelijke, geestelijke en economische gevolgen.<sup>2,3,4</sup> Determinanten, zoals milieufactoren, genetische aanleg en levensstijl, blijken een belangrijke rol te spelen bij de ontwikkeling van overgewicht en obesitas.<sup>5</sup> Deze determinanten vormden daarmee de speerpunten van internationale volksgezondheidsorganisaties om overgewicht en obesitas bij kinderen aan de kaak te stellen. Deze bezorgdheid wordt ook in Nederland gedeeld.<sup>6</sup> Sinds de bekendmaking van de eerste gegevens van de Nederlandse gewichtstrend in 1980 werd er een etnisch verschil gevonden dat duidde op een hogere prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen met bijvoorbeeld een Turkse of Marokkaanse achtergrond in vergelijking met kinderen met een Nederlandse achtergrond.<sup>7</sup> De huidige prevalentie van overgewicht of obesitas bij kinderen toonde een stagnatie en zelfs een lichte stijging na een tijdelijke daling tussen 1999 en 2011, ondanks een toenemend nationaal bewustzijn over overgewicht en obesitas bij kinderen. Ook hier was de prevalentie hoger bij kinderen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond in vergelijking met Nederlandse kinderen.<sup>8-11</sup> Volgens de nationale statistieken zou in 2020 14,7% van de Nederlandse kinderen tussen 4 en 18 jaar lijden aan overgewicht, waarvan 12,2% matig overgewicht en 2,5% obesitas, wat erop wees dat er onvoldoende vooruitgang is gemaakt.<sup>12</sup> Hoewel er verscheidene preventieprogramma's voor kinderen met overgewicht en obesitas zijn geïmplementeerd, met vooral veel positieve resultaten bij Nederlandse kinderen, worstelen veel JGZ zorgverleners nog steeds met de preventieve zorg aan kinderen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond die lijden aan overgewicht of obesitas.<sup>13</sup> Bovendien heeft de COVID-pandemie de reeds bestaande sociale kloof tussen benadeelde kinderen en bevoorrechte kinderen alleen maar vergroot.<sup>14</sup>

Verschillende factoren kunnen de bestaande etnische kloof in stand houden waardoor kinderen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond in een kwetsbare positie verkeren. Eerdere studies toonden aan dat JGZ zorgverleners belemmeringen ondervonden die hun manier van zorgverlening aan deze kwetsbare groep beperken. Deze belemmeringen waren: het gebrek aan vermogen om cultureel sensitief te handelen, een waargenomen gebrek aan motivatie en kennis bij de ouders, financiële beperkingen, en het gebrek aan een gestructureerde multidisciplinaire aanpak.<sup>15</sup> Bovendien werden kinderen met overgewicht of obesitas vaak als gezond beschouwd volgens ouders met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond, maar één studie toonde aan dat een dergelijke mentaliteit voor alle type ouders gold.<sup>16,17</sup> Verder toonde een Europees onderzoek aan dat verschillen in leefstijl gerelateerd gedrag naar etnische achtergrond een interessante bevinding opleverde: kinderen met een autochtone etniciteit in het land van verblijf een gunstigere leefstijl gedrag lieten zien dan kinderen met een allochtone etniciteit in het land van verblijf.<sup>18</sup> Vergelijkbare bevindingen werden ook gerapporteerd in een studie waarin een relatief ongunstig cardiometabolisch risico werd waargenomen bij Turkse kinderen die in Nederland wonen in vergelijking met Turkse kinderen die in Turkije wonen.<sup>19,20</sup> Kinderen met een Turkse migratieachtergrond hebben echter een grotere kans om minder gunstige gewichtsindicatoren te ontwikkelen vanwege hun genetische predispositie, zoals hoge gemiddelde glucose- en hoge triglyceridenwaarden. Daarom zou het wonen in Nederland, een meer obesogene omgeving, een extra nadelig effect kunnen hebben dat bijdraagt aan een nadelig risicoprofiel bij kinderen met een Turkse migratieachtergrond.<sup>20,21</sup>

In de loop der jaren zijn veel epidemiologische studies naar overgewicht en obesitas uitgevoerd, evenals kwalitatieve studies vanuit het perspectief van JGZ zorgverlener naar overgewicht en

obesitas bij kinderen. Toch is er op dit moment een gebrek aan gegevens van de eerstehandse ervaringen de ouders van deze kinderen, terwijl er al enkele studies waren die het perspectief van Nederlandse ouders onderzochten.<sup>22</sup> Daarom is het doel van deze studie om de eersthandse ervaringen en gedachten over de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van ouders met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond te onderzoeken. De JGZ diende als de openbare gezondheidszorg voor alle kinderen in Nederland, te onderzoeken. We wilden de volgende vraag beantwoorden: Hoe kan preventieve zorg en begeleiding in het kader van overgewicht of obesitas bij kinderen worden aangepast om tegemoet te komen aan de behoeften van ouders met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond? Verder, als secundaire vragen: Welke preventieve zorg en begeleiding wordt er momenteel geleverd? Wat is de behoefte van ouders met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond ten aanzien van preventieve zorg en begeleiding bij overgewicht of obesitas? Met welke aspecten moet(en) volgens ouders tijdens een gesprek rekening worden gehouden: cultuur, sociaal of iets anders?

## **Methode**

### Opzet van de studie en deelnemers

In deze kwalitatieve studie werden geanonimiseerde data van ouders met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond en JGZ zorgverleners verzameld. Om ouders met de Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond te verwerven werden ouders die lid zijn van twee Vrouwenwelzijnsorganisaties voor Migranten of ouders die in zorg zijn bij de JGZ centra in de regio Utrecht benaderd. Beide instellingen deelden uitnodigingsfolders uit aan ouders die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan dit onderzoek. Naarmate de werving vorderde, werd het duidelijk dat het moeilijk was om voldoende ouders te includeren vanwege de lage respons en de Ramadan. Daarom waren we genooddaakt om de onderzoeksopzet aan te passen door ook JGZ zorgverleners te vragen voor deelname aan dit onderzoek. JGZ zorgverleners die vertrouwd waren met het werken met Turkse en Marokkaanse families werden specifiek benaderd om deel te nemen. Op die manier kan de onderzoeker een diepgaand inzicht verkrijgen van de zorgaanbod en -levering van de huidige JGZ aan kinderen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond die lijden aan overgewicht of obesitas. Deze zorgaanbod en -levering werden dan vergeleken met de behoeften van de ouders van deze kinderen. De volgende gegevens van ouders werden verzameld: narratieve data van ouders en enkele demografische gegevens zoals geslacht, migratieachtergrond en de leeftijd van het kind/de kinderen werden verzameld. De volgende gegevens van JGZ zorgverleners werden verzameld: functieomschrijving, werkervaring en de leeftijdsgroep waarin ze werkten. Vanwege de exploratieve aard en de beperkte tijdsduur van dit onderzoek werd er gestreefd om minimum zes tot maximum tien deelnemers te includeren.

### Inclusie- en exclusiecriteria

De ouders werden geïncludeerd op basis van volgende criteria: het bezitten van een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond, de ouders zijn momenteel of ooit bekend bij de JGZ, de ouders hebben een kind of kinderen met of zonder overgewicht/ obesitas. Een kind met een gezond gewicht voldeed ook aan dit onderzoek want het doel van dit onderzoek is de behoeften van de ouders met betrekking tot de JGZ zorg te onderzoeken. De JGZ zorgverleners werden geïncludeerd op basis van volgende criteria: desbetreffende werkt in een buurt met mensen met verschillende migratieachtergronden, waaronder de Turkse en/of Marokkaanse migratieachtergrond, desbetreffende heeft enige werkervaring met deze kwetsbare doelgroep, diegene biedt momenteel preventieve zorg of begeleiding aan kinderen en ouders van deze doelgroep.

Wanneer ouders en JGZ zorgverleners elk niet voldeden aan de desbetreffende inclusiecriteria, dan werden zij uitgesloten van deelname aan dit onderzoek.

### Semigestructureerd interview

De ouders en JGZ zorgverleners werden geïnterviewd aan de hand van een vooraf opgesteld interview format (Appendix 1 en 2). In de semigestructureerde interview met ouders werden de thema's als volgt ingedeeld: 'Algemene informatie', 'Ervaring met JGZ zorgverlener(s)', 'De behoeften van een ouder', en 'Kwaliteiten die een JGZ zorgverlener moet bezitten/tonen tijdens een consult'. Bij JGZ zorgverleners werden de thema's als volgt ingedeeld: "Achtergrondinformatie", "Persoonlijke ervaringen: succesvolle en uitdagende gevallen", "Eigen perspectief op verbetering van de JGZ".

### Beloop van het interview

De semigestructureerde interviews werden afgenomen door één onderzoeker (MWC) in de periode tussen maart 2022 en mei 2022 op een locatie van voorkeur van de ouder of via beeldbellen. De interviews werden opgenomen met een recorderapparaat dat ter beschikking werd gesteld door GDD-RU, de hoofdorganisatie waar de JGZ van regio Utrecht een onderdeel van is. Alle interviews volgden een gestandaardiseerde interview format. Elk interview begon met een korte introductie waarbij het doel van het onderzoek werd uitgelegd. Dit werd vervolgd door het afnemen van een mondelinge of schriftelijke toestemmingsverklaring voor de deelname aan het onderzoek dan wel het opnemen van het interview. Als de ouder of de JGZ zorgverlener een mondelinge toestemming wilde afleggen dan werd deze toestemming in een aparte geluidsopnamebestand opgeslagen. Ons onderzoek was niet medisch van aard en vereiste om die reden geen ethische goedkeuring in overeenstemming met de Nederlandse Wet Medisch Onderzoek met mensen. Aan het begin van het interview stelde de onderzoeker een aantal open vragen om algemene informatie over de ouder of de JGZ zorgverlener te verkrijgen. Het interview volgde daarna een structuur die overeenkwam met de vooraf gedefinieerde thema's. De interviewer mocht tijdens het interview van de volgorde van de thema's afwijken afhankelijk van het beloop van het interview. Vaak werd een open vraag gevolgd door follow-up vragen die het perspectief van ouders en JGZ zorgverleners uitdiepen. De deelnemers werden aangemoedigd om hun antwoord te verduidelijken door follow-up vragen zoals 'Kunt u dit toelichten?' of 'Wat bedoelt u met...? '. Aan het eind van het interview gaf de onderzoeker een samenvatting van het interview om de accuraatheid van de verzamelde informatie te controleren. Tot slot gaf de onderzoeker een blijk van waardering voor de tijd en deelname van de deelnemers.

### Analyse van de gegevens

De audio-opnames werden gebruikt om de gegevens schriftelijk te transcriberen in Microsoft Office Word 2019. Daarna werden de transcripten geïmporteerd in een coderingsprogramma, NVivo (versie 20). Tijdens het transcriberen werden alle persoonsgevoelige gegevens van de deelnemers geanonimiseerd. Vervolgens werden de interviews genummerd in een bestand op de computer van de onderzoeker. Daarna werden alle audio-opnames door de onderzoeker van het recorderapparaat verwijderd. Alle onderdelen van de transcripten werden vervolgens gelabeld met verschillende thematische coderingen. De thema's die relevant waren voor de onderzoeksvraag werden gemarkeerd. Sommige antwoorden van deelnemers die representatief waren voor een bepaald thema werden gebruikt als voorbeeld om de bevindingen te ondersteunen. De transcripten van de interviews zouden in overeenstemming met de toestemmingsverklaring worden vernietigd op 30 juni 2022 door de onderzoeker.

## Resultaten

In totaal werden zeven deelnemers, waarvan drie ouders en vier JGZ zorgverleners, geïnterviewd (tabel 1). De ouders die deelnamen aan dit onderzoek zijn verbonden aan twee vrouwenwelzijnsorganisaties voor migranten. Ouders verbonden aan de JGZ hebben niet gereageerd op het deelnameverzoek en daarmee is het niet gelukt om deze ouders te includeren. Vanwege persoonlijke redenen kunnen twee van de drie geïnccludeerde ouders niet fysiek worden geïnterviewd en werden deze twee interviews gehouden met een maatschappelijke werker die beide ouders goed kende. In verband met de Nederlandse privacywetgeving kon de persoonlijke reden van deze twee ouders niet openbaar worden gemaakt in dit onderzoek.

**Tabel 1.** Kenmerken van de deelnemers

Ouder 1 (via een maatschappelijke werker)	Vader met een Marokkaanse migratieachtergrond en zijn 22 jarige dochter (zij lijdt aan obesitas sinds haar 16e)
Ouder 2 (via een maatschappelijke werker)	Moeder met een Turkse migratieachtergrond en haar 17 jarige zoon en 15 jarige dochter (ze lijden beide aan een lichte vorm van overgewicht sinds het begin van de Covid-pandemie)
Ouder 3	Moeder met een Marokkaanse migratieachtergrond en haar 12 jarige zoon (hij lijdt aan overgewicht sinds het begin van de Covid-pandemie) en 17 jarige zoon ( hij lijdt aan ondergewicht sinds zijn jeugd)
JGZ zorgverlener 1	JGZ verpleegkundige, 40 jaar werkervaring, werkt nu binnen de leeftijdscategorie 0 -12 jaar
JGZ zorgverlener 2	Jeugdarts, 13,5 jaar werkervaring, werkt nu binnen de leeftijdscategorie 0 -12 jaar
JGZ zorgverlener 3	Jeugdarts, 25 jaar werkervaring, werkt nu binnen de leeftijdscategorie 0 -12 jaar
JGZ zorgverlener 4	Jeugdarts, 12,5 jaar werkervaring, werkt nu binnen de leeftijdscategorie 0 -12 jaar

Uit de analyse kwamen drie grote thema's naar voren. Ten eerste: het probleem van de huidige JGZ zorgverlening. Hieronder werden zowel de perspectief van ouders als die van JGZ zorgverleners belicht. Ten tweede: de behoeften van ouders met betrekking tot hun sociale en culturele context. Deze aspecten werden binnen de tweede thema onderverdeeld in drie subthema's. Ten derde: de sleutelfactoren van een succesvolle samenwerking tussen ouders en JGZ zorgverleners.

### 1. 1. Probleem van de JGZ zorgverlening: perspectieven van ouders en JGZ zorgverleners

Om de hoofdonderzoeksvraag te beantwoorden werden de behoeften van de ouders onderzocht. Twee belangrijke tekortkomingen werden respectievelijk aangedragen door ouders en JGZ zorgverlener: de behoefte aan persoonsgerichte zorg en de barrières binnen de huidige JGZ die persoonsgerichte zorg belemmerden.

#### 1.1 Persoonsgerichte zorg

Twee ouders waren teleurgesteld in de preventieve JGZ zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas. De zorgaanbod voldeden namelijk niet aan hun behoeften. De ouders verwachtten een persoonsgerichte aanpak waarbij er aandacht zou zijn voor de gezinsfactoren en maatschappelijke context van het kind. De drie ouders vonden dat het gewichtsprobleem een enorme impact had op het welzijn van zowel kind als het gezin. Eén ouder had namelijk de verwachting dat de jeugdarts de

persoon zou zijn met wie hij een betrouwbare relatie kon opbouwen. Echter zijn kind werd meermaals doorverwezen door de jeugdarts en vaak moest hij na een dergelijke verwijzing zelf de follow-ups oppakken. Daarnaast had een andere ouder de verwachting dat er meer aandacht zou zijn voor haar mentale gezondheid. Zij had namelijk twee zonen met verschillende dieetbehoeftes en dat vergde haar extra inspanning naast het beheer van het huishouden. Het was voor haar zeer uitputtend geweest. Als gevolg hiervan hoopte ze op enige erkenning van haar mentale belasting, maar haar jeugdverpleegkundige heeft dit niet ter sprake gebracht of tijdig gesignaleerd. Dat vond ze een tekortkoming van de JGZ.

*"Ik voel dat de GGD ook maar zoveel minuten per consult heeft, zo'n tien minuten. Zij stellen nooit de vraag achter de vraag en wat het met je doet, bijvoorbeeld mentaal. Het mentale stukje, wat het doet met jou, wat het doet met je kind. Dat zien zij niet. Daar vragen ze niet naar. Het enige wat zij naar vragen is naar je financiën, of er schulden zijn, of er opvoedvragen zijn. Er wordt nooit gekeken naar de mentale gedeelte en dat vind ik heel jammer."* (Moeder, Marokkaans, interview 6)

## 1.2 Huidige JGZ zorgconstructie beperkt persoonsgerichte zorg

De huidige JGZ zorgconstructie bood weinig ruimte voor de hierboven beschreven persoonsgerichte zorg. JGZ zorgverleners ervoeren zelf ook grenzen in hun zorgverlening, vooral tijdens een consult. Ze erkenden allemaal dat de beperkte tijd per consult interfereerde met hun ideaal beeld van zorgverlening, namelijk persoonsgerichte zorg met oog voor de onderliggende problematiek. De JGZ zorgverleners waren het er over eens dat de huidige manier van zorgverlening anders zou moeten, maar in die beperkte consultantijd vonden ze ook dat hun belangrijkste taak bestond uit het informeren en signaleren van de mogelijke nadelige gevolgen van gewichtsproblemen bij kinderen met overgewicht en obesitas. De JGZ zorgverleners stonden dus voor een dilemma: hoe kunnen ze de beperkte consultantijd het beste besteden? De kostbare consultantijd gebruiken om het gewichtsprobleem tijdig aan te pakken of toch eerst een vertrouwensrelatie opbouwen met de ouders en het gewichtsprobleem later aanpakken? Daarnaast is het JGZ zorgconstructie veelal probleemgestuurd en niet vraaggestuurd. Dat maakte het vinden naar de juiste manier van bejegening en contact met ouders des te uitdagender voor JGZ zorgverleners, want ouders hebben bij het eerste contactmoment vaak geen duidelijke zorgvraag.

*"Ik denk in gesprekken dat je ook door de tijd die we hebben is het soms lastig om daar ook voor te zorgen dat je op hetzelfde niveau zit. Dat gevoel heb ik wel eens. Dat probeer je op een andere manier in een gesprek duidelijk te maken waar we het over gaan hebben. Dan merk je ook "hier heb je nog heel wat voorwerk wil je jouw advies ook effect hebben". Je moet soms ook denken "heb ik tijd hiervoor en kan ik dat nu doen?" en soms moet je concluderen dat is er gewoon niet altijd. Dan kan ik wel denken "daar moet ik rekening mee houden" maar of dat altijd effect heeft, dat is lastig."* (jeugdarts, interview 7)

## 2. Aandachtspunten in de communicatie met ouders

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden, werden de onderliggende behoeften van de ouders verder onderzocht. Er waren drie overkoepelende aandachtspunten die steeds terugkwamen: de uitdagingen op het gebied van levensstijl en cultuur, de financiële omstandigheden en de rol van ouder-kind dynamiek op de begeleiding en behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas.



## 2.1 Aandacht voor de sociale en omgevingsfactoren

Net als iedereen vonden gezinnen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond veranderingen in leefstijl het moeilijkst. Dit geldt voor zowel eten als bewegen. Mondelinge leefstijladviezen waren voor ouders vaak niet voldoende of vanzelfsprekend om de vertaalslag te maken van adviezen naar het dagelijks leven en huishouden. In plaats daarvan hadden ouders behoefte aan een nabije persoon het dagelijks leven van het gezin begrijpt en die hen ook buiten de muren van de spreekkamer het gezin kan blijven ondersteunen. Die persoon zou weten welke leefstijlaanpassingen uit de vele leefstijladviezen haalbaar en toepasbaar zijn en passen bij de gewoonten van het gezin.

*"Buiten de JGZ afspraken ging ik met haar (een cliënt van deze moeder) door, dat stopte niet. Ik heb haar bewust gemaakt van het eetpatroon van haar dochter... Bij het koken legde ik uit wat zij moet weten en dat haar dochter minder mag. Dat is helemaal niet erg als zij daar de juiste begeleiding erbij krijgt. Dat zijn de tools die ik haar heb meegegeven en haar bewust ervan heb gemaakt dat ze dat gaat toepassen. Daarom zeg ik in zo'n 10 minuten gesprek en worden er sociaal wenselijk antwoorden geven... iets afleren is moeilijker dan iets aanleren, het is echt een traject."* (Mother with a care-provider background, Moroccan, interview 6)

Daarnaast vonden sommige ouders belangrijk dat de JGZ zorgverlener rekening houdt met de normen en waarden van de cultuur van de ouders. Twee ouders stelden dat het gebrek aan wederzijds begrip cultureel bepaald kan zijn en dat er daarom een cultureel sensitieve benadering een doorslaggevende factor kon zijn. Daarentegen verwachtte een andere ouder, die de Nederlandse normen en waarden vooropstelde, niet dat de JGZ zorgverleners cultureel sensitief hoefde te handelen.

*"Eten is heel belangrijk. Daar zit natuurlijk ook een cultuuraspect aan. Op het moment dat je wat voller bent qua gewicht dan ben je gelukkig, gaat het goed met jou. Vooral voor Turkse en Marokkaanse mensen die in Nederland wonen en zich kunnen permitteren om bepaalde dingen te kopen die misschien andere mensen in hun landen niet kunnen kopen, is het idee al dat je het kan kopen dan koop je het. Los van dat je weet dat het niet goed is voor je. Je bent in Europa en je kunt het toestaan dus je gaat het kopen. Vaak is eten ook wel een vorm van verzorging. Op het moment dat je tegen iemand gaat zeggen die onwetend is, niet hoogopgeleiden, en je vraagt hoe het gaat met de opvoeding dan gaat de ouder als eerst zeggen: het gaat goed want mijn koelkast zit vol met eten. Eten en kleren, dat is de opvoeding voor mensen met een migratieachtergrond."* (Moeder, Marokkaanse, interview 6)

## 2.2 Financiële draagkracht

Bovenop de uitdagingen op het gebied van leefstijl, waren de ouders beperkt in de keuze van gezonde producten. Dit heeft te maken met de omstandigheden van mensen met een lage sociaaleconomische status, waaronder ook grotendeels mensen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond. Beperkte middelen als gevolg van een beperkte financiële draagkracht belemmerden de wijze waarop ouders zich naar gezondheidsbevorderende voorzieningen konden begeven of weerhielden ouders ervan om voedingsrijke producten te kopen. Deze belemmeringen kunnen verder een verandering van leefstijl of het continueren van nieuwe gewoonten ontmoedigen. Met betrekking hierop hebben ouders een persoon nodig die deze belemmeringen signaleert en persoonsgerichte leefstijladvies kan geven dat verenigbaar is met de financiële draagkracht van het gezin.

### 2.3 Rol van de ouder-kind dynamiek

Naast de bovengenoemde sociale en omgevingsfactoren gaven de ouders ook aan dat ze het bijzonder uitdagend vonden om contact te maken met hun kind dat worstelde met gewichtsprobleem. De manier waarop ouder en kind met het gewichtsprobleem omgaan, komt niet altijd met elkaar overeen, waardoor ouders een gevoel van frustratie en machteloosheid eraan overhouden. Dit gevoel kan zich dan op verschillende manieren uiten.

*“Ze hebben haar eerst erg gepusht. Dat hadden ze niet moeten doen: iedere dag over het onderwerp (gewicht en afvallen) hebben. Maar toen hadden ze weinig kennis hierover... Zijn vraag was meer: we willen meer contact met ons meisje; we willen haar meer begrijpen.”* (maatschappelijke werker van vader, Marokkaans, interview 1)

Soms merkten de JGZ zorgverleners ook dat er iets aan de hand was in de gezinsdynamiek. Ze konden er echter vaak niet de vinger op leggen of interpreteerden de houding van de ouders als externaliserend en soms als cultureel gebonden waarbij de ouders het kind verantwoordelijk hielden voor het gewichtsprobleem.

*“Ouders vinden dat het niet hun probleem is maar een probleem van het kind en dan zit je toch wel een beetje met het culturele stukje.”* (jeugdarts, interview 5)

### 3. Sleutelfactoren voor een succesvolle samenwerkingsverband

Tegelijkertijd gaven de deelnemers aan hoe de JGZ zou kunnen verbeteren. Er waren sleutelfactoren die een vruchtbaar samenwerkingsverband kenmerken. Eén ouder was heel tevreden over haar contact met de jeugdverpleegkundige. Ze werd niet opgedrongen om haar leefstijl drastisch te veranderen, maar ze werd eerder aangespoord om kleine veranderingen in het dagelijks leven aan te brengen. Bovendien beaamden ouders dat de bereikbaarheid en nabijheid van een zorgverlener de twee belangrijkste generieke kwaliteiten waren waardoor ouders zich serieus genomen voelden door de gezondheidswerkers.

Over succesvolle gewichtsaanpak waren de JGZ zorgverleners van mening dat een stapsgewijze aanpak, niet-didactische en open houding de meest effectieve strategie was om kinderen en hun ouders te motiveren tot leefstijlverandering. Bovendien merkten de YHC-therapeuten op dat de samenwerking met de ouders vruchtbaarder zou zijn wanneer de ouder en het kind op dezelfde golflengte zaten en dezelfde houding deelden tegenover het gewichtsaanpak.

*“Vaak hele kleine stapjes kan je nemen. De ene ouder vindt het helemaal niet nodig en de andere ouder die wil echt iets aan het doen. Dan zie je soms dat je met hele kleine stapjes en hele kleine voorbeelden, bijvoorbeeld “probeer eens meer water en thee te drinken in plaats van sap” al effect heeft... Als de ouders je kennen, kun je eerder een potje breken. Dus dan komen de ouders makkelijker bij mij en dan kan er laagdrempeliger gekeken worden naar het gewicht. De ouders zijn dan ook eerder bereid.”* (jeugdverpleegkundige, interview 3)

## Discussie

Voor zover wij weten, is dit de eerste kwalitatieve studie die de eerstehands ervaringen van ouders met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond met betrekking tot het gewichtsaanpak bij kinderen met overgewicht of obesitas onderzoekt en deze vergelijkt met de ervaring van de JGZ zorgverleners.

We toonden aan dat ouders een mismatch tussen behoefte en zorgaanbod ervoeren iets wat resulteerde in onvervulde behoeften van ouders en dat ouders zich niet gesteund voelden door hun JGZ zorgverlener. In dit opzicht ervoeren YHC-medewerkers dezelfde mismatch in hun praktijk. Om die reden gaven ouders niet altijd het onderliggende probleem van het gewichtsprobleem aan en zelfs wanneer ze het probleem wel aangaven, hadden de JGZ zorgverleners vaak geen tijd of wisten ze niet hoe ze het onderliggende probleem door middel van een gesprek konden ondervangen. Het gevolg hiervan was dat de JGZ zorgverleners zich voornamelijk richtten tot het gewichtsprobleem van het kind, terwijl de onderliggende behoeften werden overschaduwd. Bovendien zouden deze onderliggende behoeften individueel behandeld moeten worden, omdat ze erg konden verschillen. Hun behoeften waren sterk afhankelijk van hun vermogen om leefstijladviezen in hun dagelijks leven toe te passen, hun normen en waarden die al dan niet een cultureel sensitieve aanpak behoeften, financiële mogelijkheden en middelen, en de onderliggende ouder-kind dynamiek. Desalniettemin kunnen de meeste mismatches tussen JGZ zorgverleners en ouders een negatieve invloeden van buitenaf nog steeds worden aangepakt door middel van algemene vormen van communicatie, zoals nabijheid en toegankelijkheid, en voortdurende ondersteuning.<sup>23,24</sup> Dit soort zorgverlening zou kunnen worden beoefend door middel van een stapsgewijze en niet-oordelende aanpak die ook de houding van kinderen en ouders met elkaar afstemde ten opzichte van gewichtsaanpak.

Onze bevindingen bouwen voort op bestaand bewijsmateriaal over barrières die zowel door ouders als door JGZ zorgverleners worden ervaren.<sup>15,25,26,27</sup> Ondanks vele onderzoeken is het succespercentage van gewichtsbeheersing vaak van korte duur. In lijn met onze bevindingen zou dit verklaard kunnen worden door het gebrek aan aandacht voor de familiale behoeften in gewichtsaanpak.<sup>28</sup> Het verstrekken van gezondheidskennis, sociale en omgevingsondersteuning bleek snel onvoldoende te zijn om een effectieve gewichtsaanpak te bereiken, aangezien de wortels van overgewicht en obesitas bij kinderen dieper liggen en de toestand van de thuisomgeving en de ouders een cruciale rol spelen.<sup>29</sup> Daarom is het de taak van de jeugdgezondheidszorg om te bepalen wat het belangrijkste probleem of de belangrijkste behoefte van het kind is in een bepaalde context zodat er adequaat kan worden afgestemd de ouders. In de eerste plaats moet de JGZ rekening houden met de Turkse of Marokkaanse culturele achtergrond van de ouders.<sup>30</sup> Dit zou kunnen archiveren door de oorzaak van het gewichtsprobleem van hun kind weg te schuiven van de Turkse of Marokkaanse eetgewoonten, aangezien deze slechts een deel van het gewichtsprobleem zijn. Het is waardevoller te benadrukken dat het bij gezonde voeding gaat om de voedingswaarde van het voedsel, door de ouders uit te leggen dat zij hun eetgewoonten niet drastisch hoeven te veranderen en dat het gebruik van vervangers voor sommige voedingsmiddelen in hun eetgewoonten al voldoende is om een verandering teweeg te brengen die verdere veranderingen in levensstijl zullen motiveren. Hoewel culturele kennis niet altijd vereist is, konden de YHC-medewerkers door zich ervan bewust te zijn een niet-oordelende houding aannemen die hielp om interculturele verschillen te overbruggen en zich te verdiepen in onderliggende behoeften. Ten tweede, in lijn met eerder onderzoek naar interculturele communicatie, gaven deze ouders er de voorkeur aan om het gewichtsprobleem van hun kind holistisch aan te pakken in plaats van alleen te focussen op het gewichtsprobleem.<sup>31</sup> Ouders, als managers van het gezin, streven vaak naar stabiliteit en

evenwicht.<sup>32</sup> Daarom zijn ze gevoelig en ontvankelijk voor hun context, in het bijzonder voor de invloed van sociale en omgevingsfactoren op het samenspel en de belasting van het gezin.<sup>32</sup> Deze factoren moeten ook in overweging worden genomen om een gewichtsbeheersingsstrategie tot stand te brengen die past bij de prioriteiten van het gezin. Door hun dagelijkse bezigheden, hun financiële mogelijkheden, de beschikbaarheid van sociale steun, en de mogelijkheid van nabijgelegen gezondheidsbevorderende faciliteiten te onderzoeken, zou de jeugdgezondheidszorgwerker beter kunnen begrijpen hoe deze externe factoren hun opvoedingsstijl vormgeven in relatie tot overgewicht en obesitas bij kinderen.<sup>33,34</sup> Ten derde correleerde de opvoedingsstijl op zich met het gezondheidsgedrag van kinderen, afhankelijk van de stijl.<sup>35,36</sup> Een autoritatieve opvoedingsstijl werd geassocieerd met gezond gedrag, terwijl autoritaire en permissieve opvoedingsstijlen geassocieerd werden met ongezond gedrag.<sup>37,38</sup> Bovendien is de tweerichtingsfeedback tussen opvoedingsstijl en gezondheidsgedrag van kinderen een belangrijke factor in opvoedingsstijl, die tot op heden in de literatuur vaak over het hoofd wordt gezien.<sup>39</sup> Het is van essentieel belang dat jeugdgezondheidswerkers de onderliggende opvoedingsstijl en de invloed ervan op de ouder-kinddynamiek opmerken om de behoeften van ouders te ondersteunen bij het ontwikkelen van een duurzame opvoedingsstijl die gezond gedrag bij kinderen stimuleert en die op zijn beurt de weerbaarheid van het gezin tegen uitdagingen op het gebied van levensstijl kan verbeteren.<sup>36,40,41</sup> Bewustmaking van de ouder-kinddynamiek stelt jeugdgezondheidswerkers in staat om bijvoorbeeld een externaliserende houding van ouders niet als een cultureel gebonden probleem te zien, maar als een ouder-kinddynamisch probleem. Daardoor wordt de focus verlegd van intercultureel verschil, dat door ouders als stigmatiserend kan worden ervaren, naar de kern van het probleem.

In de literatuur zijn er twee brede kaders die de huidige gewichtsbeheersing kunnen verbeteren door een holistische visie te integreren: gezinsgerichte en gewichtsinclusieve benaderingen. Gezinsgerichte benaderingen kunnen veelbelovend zijn omdat het gezin de kern vormt van de zorgverlening, rekening houdend met de impact van overgewicht bij kinderen op het familiale samenspel en de voortdurende ondersteuning uitbreidt tot buiten de klinische setting.<sup>32,42,43</sup> Gewichtsinclusieve benaderingen zijn een andere manier van zorgverlening die het welzijn van de persoon die lijdt aan gewichtsproblemen benadrukt. De zorgverlening verschuift het doel van gewichtsvermindering, zodat er meer ruimte is voor het cultiveren van een levensstijl die eigenwaarde en weerbaarheid stimuleert door comfortabel te zijn in het eigen lichaam.<sup>44</sup> Als er eenmaal een positieve houding is bereikt, zou het voor JGZ zorgverlener makkelijker zijn om contact te maken met het kind en de ouders en hen te ondersteunen bij uitdagingen op het gebied van de levensstijl.<sup>44</sup> In Nederland is sinds 2019 een geïntegreerde benadering geïntroduceerd die overeenkomsten vertoont met deze theoretische kaders, ook wel bekend als de netwerkbenadering.<sup>45</sup>

Niettemin moeten onze bevindingen worden geïnterpreteerd in het licht van verschillende beperkingen. Ten eerste werd een klein aantal ouders geïnterviewd, waardoor hun antwoorden mogelijk niet generaliseerbaar zijn naar een bredere context. Ten tweede kon de mogelijkheid van een vertekening door deelname niet worden uitgesloten, gezien het feit dat alleen ouders die reageerden op de inschrijving deelnamen aan de studie. Ouders die meer zorgmijndend zijn, zouden daarom in onze studie worden overgeslagen of ondervertegenwoordigd zijn. Ten derde vonden twee van de drie interviews met ouders onrechtstreeks plaats, aangezien hun verhalen werden verteld door een tolk. Dit zou de mogelijkheid om meer vragen te stellen kunnen belemmeren, wat een diepgaand onderzoek naar de JGZ zorgbehoeften van ouders zou kunnen beperken.

## **Conclusie**

Gewichtscontrole bij kinderen wordt niet alleen bereikt door de huidige zelfregulerende aanpak, zoals het motiveren van ouders en kinderen om hun leefstijl te veranderen. Ondanks de gedefinieerde rol van YHC, namelijk het signaleren en begeleiden van kinderen met een gewichtsprobleem, is een meer holistische benadering nodig om een flexibele aanpassing aan de werkelijke behoeften van ouders mogelijk te maken: soms maken zij zich zorgen over het gewicht van het kind, en soms geven zij prioriteit aan andere behoeften die eerst de aandacht van de YHC behandelaar nodig hebben. Als deze behoeften niet erkend worden of overschaduwd worden door gewichtsaanpak, zou het gezin zich niet gesteund voelen door de JGZ zorgverleners. Om deze nieuwe rol als zorgverlener te kunnen vervullen, heeft de JGZ de afgelopen drie jaar gezinsgerichte en gewichtsinclusieve kaders geïmplementeerd in hun zorgverlening. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of deze nieuwe aanpak voldoende is om de oorzaken van overgewicht en obesitas bij kinderen in gezinnen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond aan te pakken.

## Referenties

1. World Health Organization. Fact Sheet Obesity and overweight. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. [Accessed on 23 Jan 2022].
2. Daniels SR. The consequences of childhood overweight and obesity. *Future Child*. 2006 Spring;16(1):47-67.
3. l'Allemand-Jander D. Clinical diagnosis of metabolic and cardiovascular risks in overweight children: early development of chronic diseases in the obese child. *Int J Obes (Lond)*. 2010 Dec;34 Suppl 2:S32-6.
4. Ottova V, Erhart M, Rajmil L, Dettenborn-Betz L, Ravens-Sieberer U. Overweight and its impact on the health related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey. *Qual Life Res*. 2012 Feb;21(1):59-69.
5. Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Johannsen, M., Lange, D., & Müller, M. J. (2010). Determinants of the prevalence and incidence of overweight in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 13(11), 1870–1881.
6. van Dommelen P, Schönbeck Y, van Buuren S, HiraSing RA. Trends in a life threatening condition: morbid obesity in dutch, Turkish and Moroccan children in The Netherlands. *PLoS One*. 2014 Apr 14;9(4):e94299.
7. de Wilde JA, van Dommelen P, Middelkoop BJ, Verkerk PH. Trends in overweight and obesity prevalence in Dutch, Turkish, Moroccan and Surinamese South Asian children in the Netherlands. *Arch Dis Child*. 2009 Oct;94(10):795-800.
8. de Wilde JA, Verkerk PH, Middelkoop BJ. Declining and stabilising trends in prevalence of overweight and obesity in Dutch, Turkish, Moroccan and South Asian children 3-16 years of age between 1999 and 2011 in the Netherlands. *Arch Dis Child*. 2014 Jan;99(1):46-51.
9. Seidell JC, Halberstadt J, Noordam H, Niemer S. An integrated health care standard for the management and prevention of obesity in The Netherlands. *Fam Pract*. 2012 Apr;29(Suppl 1):i153–6.
10. Schönbeck Y, Talma H, van Dommelen P, Bakker B, Buitendijk SE, Hirasig RA, van Buuren S. Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: a comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *PLoS One*. 2011;6(11):e27608.
11. PDF document “Trend overgewicht kinderen” van GGD regio Utrecht, geraadpleegd via N. de Vos (lokale stagebegeleidster)
12. CBS, RIVM. Overweight, Numbers and Context, Current situation. [Internet]. Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-kinderen>. [Accessed on 23 Jan 2022].
13. van Dommelen P, Schönbeck Y, HiraSing RA, van Buuren S. Call for early prevention: prevalence rates of overweight among Turkish and Moroccan children in The Netherlands. *Eur J Public Health*. 2015 Oct;25(5):828-33.
14. Welling MS, Abawi O, van den Eynde E, van Rossum EFC, Halberstadt J, Brandsma AE, Kleinendorst L, van den Akker ELT, van der Voorn B. Impact of the COVID-19 pandemic and related lockdown measures on lifestyle behaviors and wellbeing in children and adolescents with severe obesity. *Obes Facts*. 2021 Nov 5:430–40.
15. Schalkwijk AAH, Nijpels G, Bot SDM, Elders PJM. Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands - a mixed methods approach. *BMC Health Serv Res*. 2016 Mar 8;16:83.
16. de Hoog ML, Stronks K, van Eijsden M, Gemke RJ, Vrijkotte TG. Ethnic differences in maternal underestimation of offspring's weight: the ABCD study. *Int J Obes (Lond)*. 2012 Jan;36(1):53-60.

17. Howe CJ, Alexander G, Stevenson J. Parents' Underestimations of Child Weight: Implications for Obesity Prevention. *J Pediatr Nurs.* 2017 Nov-Dec;37:57-61.
18. Brug J, van Stralen MM, Chinapaw MJ, De Bourdeaudhuij I, Lien N, Bere E, Singh AS, Maes L, Moreno L, Jan N, Kovacs E, Lobstein T, Manios Y, Te Velde SJ. Differences in weight status and energy-balance related behaviours according to ethnic background among adolescents in seven countries in Europe: the ENERGY-project. *Pediatr Obes.* 2012 Oct;7(5):399-411.
19. Kovacs E, Lobstein T, Manios Y, Te Velde SJ. Differences in weight status and energy-balance related behaviours according to ethnic background among adolescents in seven countries in Europe: the ENERGY-project. *Pediatr Obes.* 2012 Oct;7(5):399-411.
20. van Vliet M, von Rosenstiel I, Schindhelm RK, Brandjes DP, Beijnen JH, Diamant M. Ethnic differences in cardiometabolic risk profile in an overweight/obese paediatric cohort in the Netherlands: a cross-sectional study. *Cardiovasc Diabetol.* 2009;8:2.
21. van Vliet M, Heymans MW, von Rosenstiel IA, Brandjes DP, Beijnen JH, Diamant M. Cardiometabolic risk variables in overweight and obese children: a worldwide comparison. *Cardiovasc Diabetol.* 2011 Nov 24;10:106.
22. Kone J, Bartels IM, Valkenburg-van Roon AA, Visscher TLS. Parents' perception of health promotion: What do parents think of a healthy lifestyle in parenting and the impact of the school environment? A qualitative research in the Netherlands. *J Pediatr Nurs.* 2022 Jan-Feb;62:e148-e155.
23. Koetsier LW, van Mil MMA, Eilander MMA, van den Eynde E, Baan CA, Seidell JC, Halberstadt J. Conducting a psychosocial and lifestyle assessment as part of an integrated care approach for childhood obesity: experiences, needs and wishes of Dutch healthcare professionals. *BMC Health Serv Res.* 2021 Jun 28;21(1):611.
24. Sabin MA, Ford A, Hunt L, Jamal R, Crowne EC, Shield JP. Which factors are associated with a successful outcome in a weight management programme for obese children? *J Eval Clin Pract.* 2007 Jun;13(3):364-8.
25. Roberts KJ, Binns HJ, Vincent C, Koenig MD. A Scoping Review: Family and Child Perspectives of Clinic-Based Obesity Treatment. *J Pediatr Nurs.* 2021 Mar-Apr;57:56-72.
26. Gerards SM, Dagnelie PC, Jansen MW, De Vries NK, Kremers SP. Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Fam Pract.* 2012 May 16;13:37.
27. Bradbury D, Chisholm A, Watson PM, Bundy C, Bradbury N, Birtwistle S. Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *Br J Health Psychol.* 2018 Sep;23(3):701-722.
28. Grow HM, Hsu C, Liu LL, Briner L, Jessen-Fiddick T, Lozano P, Saelens BE. Understanding family motivations and barriers to participation in community-based programs for overweight youth: one program model does not fit all. *J Public Health Manag Pract.* 2013 Jul-Aug;19(4):E1-E10.
29. Liu KSN, Chen JY, Ng MYC, Yeung MHY, Bedford LE, Lam CLK. How Does the Family Influence Adolescent Eating Habits in Terms of Knowledge, Attitudes and Practices? A Global Systematic Review of Qualitative Studies. *Nutrients.* 2021 Oct 22;13(11):3717.
30. Towns N, D'Auria J. Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. *J Pediatr Nurs.* 2009 Apr;24(2):115-30.

31. Paternotte E, van Dulmen S, Bank L, Seeleman C, Scherpbier A, Scheele F. Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. *Int J Med Educ*. 2017 May 16;8:170-175.
32. Skelton JA, Buehler C, Irby MB, Grzywacz JG. Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *Int J Obes (Lond)*. 2012 Jul;36(7):891-900.
33. Wittels P, Kay T, Mansfield L. The Family Is My Priority: How Motherhood Frames Participation in Physical Activity in a Group of Mothers Living in a Low Socioeconomic Status Area. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 19;19(3):1071.
34. Norman Å, Berlin A, Sundblom E, Elinder LS, Nyberg G. Stuck in a vicious circle of stress. Parental concerns and barriers to changing children's dietary and physical activity habits. *Appetite*. 2015 Apr;87:137-42.
35. Ruiters ELM, Fransen GAJ, Kleinjan M, van der Velden K, Molleman GRM, Engels RCME. The degree of consistency of applying parental dietary and sedentary behavior rules as indicators for overweight in children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022 Feb 18;22(1):348.
36. Andermo S, Rydberg H, Norman Å. Variations in perceptions of parenting role related to children's physical activity and sedentary behaviours - a qualitative study in a Northern European context. *BMC Public Health*. 2021 Aug 14;21(1):1550.
37. Sleddens EF, Gerards SM, Thijs C, et al. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J Pediatr Obes*. 2011;6:e12-27.
38. Hennessy E, Hughes SO, Goldberg JP, et al. Parent-child interactions and objectively measured child physical activity: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7:71.
39. Sleddens EFC, Gubbels JS, Kremers SPJ, van der Plas E, Thijs C. Bidirectional associations between activity-related parenting practices, and child physical activity, sedentary screen-based behavior and body mass index: a longitudinal analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 Jul 6;14(1):89.
40. Golley RK, Hendrie GA, Slater A, Corsini N. Interventions that involve parents to improve children's weight-related nutrition intake and activity patterns - what nutrition and activity targets and behaviour change techniques are associated with intervention effectiveness? *Obes Rev*. 2011 Feb;12(2):114-30.
41. Norman Å, Nyberg G, Elinder LS, Berlin A. Parental strategies for influencing the diet of their children - A qualitative study from disadvantaged areas. *Appetite*. 2018 Jun 1;125:502-511.
42. Varagiannis P, Magriplis E, Risvas G, Vamvouka K, Nisianaki A, Papageorgiou A, Pervanidou P, Chrousos GP, Zampelas A. Effects of Three Different Family-Based Interventions in Overweight and Obese Children: The "4 Your Family" Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2021 Jan 24;13(2):341.
43. Sharifi M, Marshall G, Goldman R, Rifas-Shiman SL, Horan CM, Koziol R, Marshall R, Sequist TD, Taveras EM. Exploring innovative approaches and patient-centered outcomes from positive outliers in childhood obesity. *Acad Pediatr*. 2014 Nov-Dec;14(6):646-55.
44. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Daniélsdóttir S, Shuman E, Davis C, Calogero RM. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *J Obes*. 2014;2014:983495.
45. Sijben, M., Van der Velde, M., Van Mil, E., Stroo, J., & Halberstadt, J. (2018). Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. [Internet]. [https://www.ketenaanpakovergewichtkinderen.nl/images/Inhoud\\_ketenaanpak/Landelijk\\_model\\_digitaal.pdf](https://www.ketenaanpakovergewichtkinderen.nl/images/Inhoud_ketenaanpak/Landelijk_model_digitaal.pdf). Accessed on 11-05-2022



## **Appendix 1.**

### Volwassene met een Turkse/ Marokkaanse migratieachtergrond met een kind/kinderen met overgewicht/ obesitas

#### **Kennismaking**

- Definitie overgewicht:

Wat is uw definitie van overgewicht?

Hoe belangrijk is gewicht voor uw gezondheid?

- Gewicht van het kind:

Hoe oud is uw kind?

Wat is uw definitie van een overgewicht bij een kind?

Hoe belangrijk is gewicht voor de gezondheid van uw kind?

- Migratieachtergrond en cultuur:

Wat is uw migratieachtergrond?

Kunt u mij meer vertellen over uw eetcultuur en beweeg/ sportcultuur?

Wat betekent eten voor uw cultuur?

Wat betekent bewegen/ sporten voor uw cultuur?

#### **Ervaring met de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige**

- Contact met jeugdarts/ jeugdverpleegkundige:

Wanneer was de laatste keer dat u met uw kind bij de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige bent geweest vanwege overgewicht bij uw kind?

- Ervaring met de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige:

Kunt u mij meer vertellen over uw ervaring bij de jeugdarts/jeugdverpleegkundige?

Wat vond u goed/ niet goed van de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige?

#### **Behoeften van de ouder**

- De beleving van de ouder

Hoe voelde u zich toen de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige ... deed/ ... zei/ ... adviseerde?

Wat had de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige volgens u (ook) anders kunnen doen?

Wat had u toen nodig van de jeugdarts, bijvoorbeeld adviezen/ meer uitleg/ beter luisteren etc.?

*Optioneel: Gaat u weleens met u kind naar de dokter in Turkije/ Marokko? Wat vond u goed of niet goed aan de kinderdokter uit Turkije/ Marokko? Hoe verre komt het overeen of anders vergeleken met uw ervaring met de jeugdarts in Nederland?*

- Verwachting:

Voordat u naar de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige ging, wat verwachtte u toen van het bezoek aan de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige?

**Kwaliteiten die een gezondheidswerker moet vertonen tijdens een spreekuur**

- Ouders perspectief van een goede begeleiding/ zorg bij een kind met overgewicht:

Wat is volgens u de taak van de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige bij de behandeling van overgewicht bij uw kind?

Als u met uw kind naar de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige gaat, wat kan de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige volgens u doen om u en uw kind zo goed mogelijk te helpen?

Wat kan de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige volgens u doen zodat u alle vragen of zorgen kunt delen met de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige?

- Sensitiviteit voor de sociale/ culturele achtergrond in de spreekkamer:

Neem een jeugdarts/ jeugdverpleegkundige bezoek in gedachten, hoe heeft de jeugdarts/ jeugdverpleegkundige toen rekening gehouden met uw thuissituatie/ geloof/ cultuur in de spreekkamer?

## **Appendix 2.**

### Jeugdgezondheidszorg (JGZ) zorgverleners

#### **Kennismaking**

- Wat is uw werkervaring als jeugdverpleegkundige/ jeugdarts in het kader van overgewicht en obesitas begeleiding bij kinderen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond?
- In welke wijk werkt u?
- In welke leeftijdscategorie werkt u?
- Hoe ziet uw overgewicht/ obesitas begeleiding eruit in de praktijk? Hoe pakt u dat aan?

#### **Persoonlijk ervaringen**

- Neem een succesvolle casus in gedachten: kunt u mij wat vertellen over wat er goed en niet goed ging? Wat zijn volgens u de componenten die een succesvolle begeleiding bewerkstelligen?
- Neem een ingewikkelde casus in gedachten: kunt u mij wat vertellen over wat er goed en niet goed ging? Wat zijn volgens u de componenten die de begeleiding hinderen?
- Wat was volgens u de onderliggende (hulp)vraag van ouders in beide gevallen?
- Hoe heeft u rekening gehouden met de sociaal/ financieel/ cultureel context van het gezin? Hoe ging dat bij de succesvolle casus en bij de ingewikkelde casus?

#### **Belemmeringen in de jeugdgezondheidszorg<sup>15</sup> en wat zorgverleners zien als mogelijkheden voor verbetering**

- M.b.t. cultureel sensitief handelen: hoe denkt u over uw eigen cultureel sensitief handelen? In hoeverre, voelt u zich hierin bekwaam? Zo ja, hoe heeft u zich bekwaam gemaakt? Zo niet, wat moet er gebeuren zodat JGZ zorgverlener zich hierin bekwaam kunnen voelen?
- M.b.t. het idee van zorgverleners dat ouders motivatie en/of kennis ontbreken: hoe denkt u daarover? Wat is de rol van JGZ op dit gebied? Wat moet er gebeuren zodat ouders wel gemotiveerd zijn en over de juiste kennis beschikt?
- M.b.t. de visie van sommige ouders die overgewicht als normaal beschouwen: hoe denkt u daarover? Wat denkt u dat de achterliggende reden is? Wat is de rol van JGZ op dit gebied? Wat moet er gebeuren zodat ouders anders ertegenaan gaan kijken?
- M.b.t. financiële beperkingen van dit doelgroep: hoe denkt u daarover? Wat is de rol van JGZ op dit gebied?

- M.b.t het gebrek aan gestructureerde multidisciplinaire aanpak: hoe ziet dat er uit binnen uw team? Wat gaat er goed en minder goed? Wat moet er gebeuren zodat multidisciplinaire aanpak soepeler verloopt? Wat voor verbeteringen ziet u voor de toekomst van de JGZ zorg m.b.t overgewicht en obesitas preventie en begeleiding bij kinderen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond?