

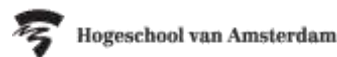
ZORGVERLENING VOOR ALLOCHTONE KINDEREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS IN ZWOLLE

Maartje Schilder

2010226, juni 2010

Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle

Hogeschool van Amsterdam
Bacheloropleiding Voeding en Diëtetiek



Zorgverlening voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas in Zwolle

Auteur Maartje Schilder
 Noorderringweg 15
 8314 PG Bant

Projectnummer 2010226

Datum Juni 2010

Praktijkbegeleider Drs. R.E. Derksen
 Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle
 Campus 2-6
 8000 GB Zwolle

Docentbegeleider W.J. Gerritsen
 Hogeschool van Amsterdam
 Dr. Meurerlaan 8
 1067 SM Amsterdam

Voorwoord

De problematiek omtrent overgewicht is aan de orde van de dag. Op het moment van schrijven van dit voorwoord koppen verschillende kranten met 'Jeugd groeit niet meer in lengte maar in breedte'. Dat blijkt uit de Vijfde Landelijke Groeistudie, uitgevoerd door TNO samen met het VU medisch centrum en het Leids Universitair Medisch Centrum, waarvan de cijfers de dag ervoor tijdens een symposium zijn gepresenteerd. In het bijzonder wordt aandacht gegeven aan de stijgende prevalentie van overgewicht bij allochtone kinderen.

Overgewicht heeft ook mijn aandacht. Het kan mij beangstigen als ik zie en hoor hoeveel mensen in Nederland en daarbuiten overgewicht hebben. Op zoek naar een afstudeeropdracht die betrekking heeft op de overgewichtproblematiek stuitte ik op een interessante vacature voor een master-stagiair en dus eigenlijk niet voor een bachelorstudent Voeding en Diëtetiek als ik bedoeld. Toch besloot ik naar deze opdracht te informeren en heb ik gevraagd of we misschien iets voor elkaar konden betekenen. En prompt werd ik gebeld voor een kennismakingsgesprek. Dit heeft geleid tot een vijf maanden durende afstudeerstage bij OPOZ en zie hier alweer het resultaat. Zo zie je maar dat het spreekwoord 'wie niet waagt, die niet wint' toch een waarheid als een koe is.

Graag wil ik Elze Derksen en Tommy Visscher bedanken voor de kans die ze mij hebben gegeven om mijn afstudeeropdracht bij OPOZ uit te voeren. Het onderzoek heb ik met veel plezier gedaan en veel heb ik geleerd. Iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan het tot stand komen van deze scriptie, van harte bedankt! In het bijzonder bedank ik de deelnemers aan de focusgroepen en interviews die zijn gehouden. Zonder hen zou er geen data zijn verzameld en zou deze scriptie niet hebben bestaan. Verder bedank ik mijn docentbegeleider Willem Gerritsen voor de hulp en het gegeven inzicht. En daarnaast natuurlijk mijn praktijkbegeleiders Elze Derksen en Tommy Visscher, bedankt voor de prettige begeleiding, alle adviezen, gezelligheid en de tijd die jullie in mijn afstudeeropdracht hebben gestoken!

Rest mij niets anders dan u veel leesplezier te wensen en moge de allochtone jeugd met overgewicht en obesitas de zorg krijgen die zij verdienen.

Maartje Schilder
Bant, juni 2010

Samenvatting

Achtergrond De prevalentie van overgewicht en obesitas bij jonge kinderen is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Allochtone kinderen zijn vaker te zwaar dan autochtone kinderen. In de huidige zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas worden knelpunten bij de uitvoering van preventie en behandeling van overgewicht geconstateerd. Vanuit de ATW Overgewicht is onderzoek onder professionals en ouders van kinderen met overgewicht en obesitas uitgevoerd over de huidige en gewenste zorgverlening. Hierbij zijn allochtone ouders niet bereikt. Zij vormen een aparte aandachtsgroep binnen de zorg. Dit vormt de reden om te onderzoeken of de zorgverlening voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas anders ingericht dient te worden dan voor autochtone kinderen met overgewicht en obesitas.

Doel Inzicht verkrijgen in de ideeën die leven bij ouders van allochtone kinderen en zorgverleners in Zwolle over de huidige en gewenste ketenzorg voor overgewicht en obesitas en in kaart brengen van de kansen en bedreigingen die er zijn om de huidige zorg te verbeteren.

Onderzoeksvraag Welke ideeën leven er bij de ouders van allochtone kinderen (4-19 jaar) en zorgverleners in Zwolle over de huidige en gewenste ketenzorg voor overgewicht en obesitas en waar liggen kansen om de zorg te verbeteren?

Methode Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is kwalitatief onderzoek verricht. Door middel van focusgroepen met 8 allochtone ouders en interviews met 3 zorgverleners zijn de ideeën over de huidige en gewenste ketenzorg achterhaald. Van de gesprekken zijn woordelijke transcripties gemaakt. De teksten zijn vervolgens geanalyseerd middels open en axiaal coderen.

Resultaten Turkse en Marokkaanse ouders zijn teleurgesteld in de huidige zorgverlening voor hun kind met overgewicht en obesitas. Wel voelen zij zich serieus genomen en geven zij aan dat communicatie niet voor problemen tussen hen en zorgverleners zorgt. Antilliaanse ouders hebben weinig ervaring met de zorg voor hun kind met overgewicht. Zorgverleners geven aan dat allochtonen een ander beeld van overgewicht hebben dan autochtonen en zij het probleem niet altijd zien. Het aantal wegblijvers en afhakers is bij allochtonen groot. Communicatie zorgt volgens zorgverleners wel voor een probleem. In de gewenste situatie spelen volgens allochtone ouders zichzelf, scholen en de omgeving een belangrijke rol bij de preventie van overgewicht en obesitas. Allochtone ouders zijn beter op de hoogte van het zorgaanbod van hun kind met overgewicht. Zij prefereren een gelijke behandeling voor allochtonen en autochtonen. Zorgverleners benadrukken dat het belangrijk is om allochtonen de zorg binnen te krijgen en binnen te houden.

Conclusies en aanbevelingen Allochtone ouders voelen zich geen allochtoon en willen dan ook niet op die manier worden bejegend. Allochtonen hebben andere verwachtingen van de zorg vergeleken met autochtonen. Echter, dé allochtoon bestaat niet. Tussen allochtonen van verschillende herkomst bestaan verschillen in zorgconsumptie en omgaan met overgewicht. Preventie van overgewicht vereist een brede aanpak. De zorg hoeft geen zichtbaar onderscheid te maken tussen allochtonen en autochtonen. Belangrijker is om allochtone kinderen met overgewicht en obesitas de zorg binnen te krijgen en binnen te houden door goed aan te sluiten op de belevingswereld van allochtonen en hen beter inzicht te geven in het zorgaanbod voor kinderen met overgewicht en obesitas.

Trefwoorden Overgewicht, allochtone kinderen, preventie, behandeling, ketenzorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	6
1.1 Academische Thuiszorgwerkplaats Overgewicht	6
1.2 Aanleiding	6
1.3 Doelstelling	7
1.4 Probleemstelling	8
1.5 Leeswijzer	8
2 Theoretisch kader	9
2.1 Overgewicht en obesitas	9
2.2 Verschillende vormen van preventie	9
2.3 Ketenzorg	10
2.4 Alloctonen en zorg	10
3 Methode	13
3.1 Werving van deelnemers	13
3.2 Dataverzameling	14
3.3 Data-analyse	15
3.4 Kwaliteitsborging	16
4 Resultaten	17
4.1 Onderzoekspopulatie	17
4.2 Alloctonen en overgewicht	17
4.2.1 Perspectief van de ouders	17
4.2.2 Perspectief van de zorgverleners	18
4.3 Huidige situatie	19
4.3.1 Perspectief van de ouders	19
4.3.2 Perspectief van de zorgverleners	21
4.4 Gewenste situatie	23
4.4.1 Perspectief van de ouders	23
4.4.2 Perspectief van de zorgverleners	25
4.5 Verschillen en overeenkomsten tussen alloctonen en autoctonen	27
4.5.1 Perspectief van de ouders	27
4.5.2 Perspectief van de zorgverleners	28
4.6 Kansen en bedreigingen	29
5 Discussie	31
5.1 Samenvatting van de resultaten	31
5.2 Vergelijking met bestaande literatuur	31
5.3 Onderzoeksmethode	32
6 Conclusies en aanbevelingen	34
6.1 Conclusies	34
6.2 Aanbevelingen	34
6.2.1 Vervolgonderzoek	34
6.2.2 Vervolgstappen voor de praktijk	35
7 Referenties	36
8 Bijlagen	38

1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de organisatie waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, de aanleiding en de doel- en vraagstelling van het onderzoek beschreven.

1.1 Academische Thuiszorgwerkplaats Overgewicht

Thuiszorgorganisaties kennen een lange traditie in de uitvoering van gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Binnen het ZonMw programma ‘Preventiekracht thuiszorg’ wordt, in opdracht van het Ministerie van VWS, naast de uitvoering van reguliere preventieactiviteiten gewerkt aan een kwaliteitsverbeteringstraject. In het kader van dit kwaliteitsverbeteringstraject heeft thuiszorgorganisatie Icare samen met Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ) een subsidie aangevraagd voor een academische thuiszorgwerkplaats gericht op de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas (ATW Overgewicht). Deze subsidie is in maart 2008 toegekend en zal in maart 2011 aflopen. Naast de samenwerking tussen Icare en OPOZ vindt samenwerking plaats met andere Zwolse organisaties zoals GGD IJsselland, Isalaklinieken, Progez, Medisch Coördinatie Centrum Klik, SportService Zwolle en Doornijk.

De ATW Overgewicht is gericht op het ontwikkelen van een evidence based keten van preventie en behandeling van (dreigend) overgewicht en obesitas in de eerstelijnszorg (conform adviezen van het Partnerschap Overgewicht Nederland, Kenniscentrum Overgewicht, richtlijn voor gewichtsbeheersing en CBO richtlijn voor obesitas).

1.2 Aanleiding

De prevalentie van overgewicht en obesitas bij jonge kinderen is de afgelopen jaren sterk toegenomen.¹ De stijging in obesitas bij kinderen tussen 1997 en 2004 is sterker dan de stijging tussen 1980 en 1997. De prevalentie van overgewicht en obesitas in de regio Zwolle is in lijn met het landelijk beeld: 11 – 17 % van de 2-19 jarigen in Zwolle heeft overgewicht.² Onderzoek toont aan dat de prevalentie van overgewicht bij kinderen in Nederland het snelst is toegenomen bij de lage SES (Sociaal Economische Status) groepen en niet-westerse groepen.³

Er zijn in Nederland iets minder westerse allochtonen (45%) dan niet-westerse (55%).⁴ De grootste groep niet-westerse allochtonen wordt gevormd door Turken, op de voet gevolgd door Surinamers en Marokkanen.

Turken, Marokkanen, Creoolse Surinamers en Antillianen zijn vaker te zwaar dan autochtonen.⁵ Vooral oudere allochtonen hebben vaak (ernstig) overgewicht, in het bijzonder Turken en Marokkanen. Ook bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst komen overgewicht en obesitas vaker voor. Kinderen van Marokkaanse afkomst hebben tot anderhalf keer vaker overgewicht en obesitas dan autochtone kinderen. Bij kinderen van Turkse afkomst komen overgewicht en obesitas – afhankelijk van de leeftijd – drie tot wel tien keer meer voor dan bij kinderen van autochtone afkomst.⁵

Overgewicht is het gevolg van een verstoorde energiebalans (de inname van energie is hoger dan het energieverbruik). Deze verstoorde energiebalans wordt veroorzaakt door complexe individuele gedrags- en omgevingsfactoren.⁶⁻⁷ Overgewicht zorgt voor een verhoogd risico op type 2 diabetes, klachten aan het bewegingsapparaat, cardiovasculaire risicofactoren en leververvetting. Daarnaast hebben kinderen met overgewicht vaak te maken met stigmatisering en lopen daardoor meer kans op psychische en sociale problemen als eenzaamheid, verdriet en gespannenheid. Naast een verminderde kwaliteit van leven en lichamelijke beperkingen zorgen overgewicht en obesitas ook voor aanzienlijke

toename van de medische kosten.⁸ Bovendien is overgewicht op jeugdige leeftijd gerelateerd aan overgewicht op volwassen leeftijd.⁹

Gezien de complexiteit en impact van bovenstaande problematiek is een effectieve aanpak van overgewicht en obesitas noodzakelijk.

Kinderen met overgewicht of obesitas consulteren vaak meerdere professionals. De zorg van de verschillende professionals wordt veelal gefragmenteerd en vanuit de domeinen van professionals aangeboden.¹⁰

In de huidige zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas worden door Icare, OPOZ en lokale partijen (zoals GGD IJsselland) knelpunten bij de uitvoering van preventie en behandeling van overgewicht geconstateerd:

- Professionals, ouders en kinderen hebben gebrek aan kennis over de oorzaken en risico's van overgewicht, waardoor overgewicht lange tijd niet als een probleem wordt gezien.¹¹⁻¹²
- Er bestaat een richtlijn over diagnostiek en behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen, maar deze is nog niet overal (volledig) geïmplementeerd.¹³ Als gevolg hiervan ontstaan problemen rondom verwijzingen, variërend van niet doorverwijzen tot doorverwijzen naar een begeleidingsaanbod dat onvoldoende aansluit op de vraag.
- Professionals handelen veelal mono-disciplinair en in het begeleidingsaanbod is onvoldoende aandacht voor zelfmanagement.
- Ten slotte wordt er onvoldoende onderzoek gedaan naar de effecten en de samenhang van de interventies. Daarmee ontbreekt een evidence based aanpak van overgewicht en obesitas.

Het ontwikkelen van ketenzorg is een mogelijke oplossing voor het aanpakken van de genoemde knelpunten.

In het theoretisch kader zal duidelijk worden wat onder ketenzorg wordt verstaan.

Vanuit de ATW Overgewicht is onderzoek onder professionals en burgers uitgevoerd naar de huidige en gewenste zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas. De resultaten staan beschreven in het Eindrapport Kinderen.¹⁴ Hierbij zijn allochtone burgers niet bereikt. Zij vormen een aparte aandachtsgroep binnen de zorg. Verschillende factoren liggen hieraan ten grondslag:¹⁵

- Cultuurverschillen, vooroordelen, verschillen in verwachtingen en in taal en communicatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder zorgen over en weer voor problemen.
- Allochtonen zijn minder goed bekend met het Nederlandse zorg- en welzijnssysteem en voelen zich er minder goed in thuis.
- Etnische afkomst kan een bepalende factor zijn in de aanleg voor bepaalde ziektes.
- Het Nederlandse zorg- en welzijnssysteem is niet ingericht op de diversiteit aan zorgvragers. Dit geldt ook voor veel belangenorganisaties.
- Relatief veel allochtonen zijn arm.
- Als deel van een minderheidsgroep ervaren ze meer problemen.

Deze factoren zijn redenen om te onderzoeken of de zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas anders ingericht dient te worden dan voor autochtone kinderen met overgewicht en obesitas.

1.3 Doelstelling

De doelstellingen van het onderzoek zijn:

1. Inzicht verkrijgen in de ideeën die leven bij ouders van allochtone kinderen en zorgverleners in Zwolle over de huidige en gewenste ketenzorg voor overgewicht en obesitas.
2. In kaart brengen van de kansen en bedreigingen die er zijn om de huidige zorg te verbeteren.

3. In kaart brengen van verschillen en overeenkomsten die er zijn tussen de huidige en gewenste zorg voor autochtone en allochtone kinderen (is een andere aanpak voor allochtone kinderen gewenst?).

1.4 Probleemstelling

De onderzoeksvraag luidt:

Welke ideeën leven er bij ouders van allochtone kinderen (4-19 jaar) en zorgverleners in Zwolle over de huidige en gewenste ketenzorg voor overgewicht en obesitas en waar liggen kansen om de zorg te verbeteren?

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Hoe ziet de huidige situatie rondom preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij allochtone kinderen volgens hun ouders en zorgverleners eruit?
2. Hoe ziet de gewenste keten gericht op preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij allochtone kinderen volgens hun ouders en zorgverleners eruit?
3. Welke verschillen en overeenkomsten zijn er tussen de ideeën van autochtone en allochtone ouders over ketenzorg voor overgewicht en obesitas?
4. Waar liggen kansen en bedreigingen om de huidige zorg te verbeteren voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas?

1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt de theorie waarop het onderzoek is gestoeld uiteengezet. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksmethode beschreven. De resultaten worden in hoofdstuk 4 gepresenteerd, waarna in hoofdstuk 5 de gevonden resultaten bediscussieerd zullen worden. Tenslotte worden in hoofdstuk 6 conclusies en aanbevelingen gepresenteerd.

2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt de theorie waarop het onderzoek is gestoeld uiteengezet. De achtergrond en gekozen uitgangspunten om de hiervoor beschreven onderzoeksvragen te beantwoorden wordt uiteengezet. De volgende begrippen komen aan de orde: overgewicht en obesitas, preventie en ketenzorg. Tenslotte wordt beschreven wat er al bekend is over allochtonen en zorg in Nederland.

2.1 Overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas worden gedefinieerd als een abnormale of buitensporige opeenhoping van vet dat de gezondheid kan beïnvloeden. Body mass index (BMI) is een eenvoudige index van gewicht-naar-lengte welke algemeen wordt gebruikt om overgewicht en obesitas te classificeren in volwassen populaties en individuen. BMI wordt gedefinieerd als het gewicht in kg gedeeld door lengte in het kwadraat in meters (kg/m^2). Bij kinderen moet rekening worden gehouden met de groei en ontwikkeling, waardoor leeftijds- en geslachtsafhankelijke criteria onontbeerlijk zijn.¹⁶ In bijlage 1 staan de internationale criteria voor de signalering van overgewicht en obesitas bij kinderen.

BMI is voor volwassen mannen en vrouwen van alle leeftijden gelijk en daarom de meest bruikbare maat voor overgewicht en obesitas in een algemene populatie. Het kan echter worden beschouwd als een grove maat aangezien de BMI niet bij elk individu in dezelfde mate correspondeert met de hoeveelheid vet. Bij een BMI tussen 25 en $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ is bij volwassenen sprake van overgewicht. Bij een BMI groter of gelijk aan $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ is bij volwassenen sprake van obesitas.

Tevens wordt obesitas gedefinieerd als een chronische ziekte waarbij een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's. In deze definitie worden een aantal belangrijke elementen aangegeven:¹⁶

1. Obesitas is een ziekte: dat betekent dat er medische aandacht op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling voor nodig is en dat deze toestand niet alleen maar beschouwd kan worden als een ongemak.
2. Deze ziekte is chronisch: dit houdt in feite in dat obesitas een levenslang probleem is, waarvoor voortdurende aandacht nodig is en op dit moment geen genezing bestaat.
3. De vetstapeling moet zodanig zijn dat dit leidt tot gezondheidsproblemen: dit verwijst naar de totale hoeveelheid lichaamsvet enerzijds en de vetverdeling anderzijds.

2.2 Verschillende vormen van preventie

Preventie van overgewicht op jonge leeftijd zal het aantal verloren levensjaren en het verlies van kwaliteit van leven als gevolg van overgewicht in de toekomst kunnen terugdringen. Bij niet ingrijpen zal naar verwachting zowel de maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg toenemen. Preventie is te onderscheiden in:¹⁷

1. Universele preventie: gericht op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van een verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen.
2. Selectieve preventie: richt zich (ongevraagd) op (hoog) risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.
3. Geïndiceerde preventie: richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/behandeling.

4. Zorggerelateerde preventie: gericht op individuen met een ziekte op meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en ‘erger’ te voorkomen.

De keten die door ATW Overgewicht ontwikkeld zal worden richt zich op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie: het project richt zich op kinderen die al overgewicht en obesitas hebben. Hierbij wordt de aansluiting bij selectieve preventie bewaakt. Dit geldt ook dit onderzoek.

2.3 Ketenzorg

In de aanleiding van het onderzoek zijn geconstateerde knelpunten in de huidige zorgverlening bij de uitvoering van preventie en behandeling van overgewicht beschreven. Het ontwikkelen van ketenzorg is een mogelijke oplossing voor het aanpakken van de genoemde knelpunten.

Mensen met chronische of complexe aandoeningen zoals obesitas hebben vaak meerdere behandelaars. Als de zorgverlener – in eerste en tweede lijn – hun behandeling goed op elkaar laten aansluiten wordt de patiënt optimaal geholpen. Ketenzorg is echter meer dan alleen behandeling van chronisch zieken. Het betreft tevens preventieve maatregelen en aansluiting bij de openbare gezondheidszorg.

Ketenzorg is een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntendoelgroep, in de tijd gefaseerd.¹⁸ De doelen van ketenzorg zijn het verbeteren van de kwaliteit van zorg en leven, het verhogen van de patiënttevredenheid en het verbeteren van de efficiëntie van zorg.¹⁹ Kenmerken van ketenzorg zijn:²⁰

- identificatie van een welomschreven doelgroep
- hantering van evidence-based richtlijnen
- bevordering van samenwerking in de eerste en tweede lijn
- gericht op educatie en zelfmanagement van cliënten
- managen van processen, resultaten en evaluatie
- routinematige rapportage en feedback
- een geïntegreerde benadering

Evaluaties van ketenzorg met betrekking tot de behandeling van chronisch zieken, zoals diabetes mellitus, COPD en depressie, laten een significante verbetering zien op klinische uitkomsten, kwaliteit van leven, het zorgproces, de directe kosten, zorggebruik en de patiënttevredenheid.²¹

Ketenzorg sluit aan bij het concept van disease management. Disease management is een vorm van integrale zorg rond een specifieke aandoening waarbij de gehele zorgketen wordt geïnnoveerd en geoptimaliseerd. Het is in de jaren negentig van de vorige eeuw in de Verenigde Staten ontwikkeld en heeft ook in Nederland sinds die tijd aan bekendheid gewonnen.²²

Disease management is vanwege de toename van chronische ziekten als concept met name ontwikkeld voor de zorg van chronische ziekten met als doelstellingen: vroege opsporing, de vermindering van symptomen en voorkoming van verergering van de aandoening, het ondersteunen van de patiënt bij het zelf en thuis managen van diens ziekte. In een effectief disease management programma nemen voorlichting en training van de patiënt dan ook een belangrijke plaats in.²⁰

Disease management bevindt zich in Nederland nog in een stadium van ontwikkeling. De aanpak beperkt zich veelal tot transmurale samenwerking of een vorm van ketenzorg waarbij zorgverleners autonoom blijven op hun eigen gebied.²⁰

2.4 Allochtonen en zorg

Deze paragraaf beschrijft de belangrijkste resultaten uit twee onderzoeken over allochtonen en zorg. Allereerst een onderzoek uitgevoerd voor het ministerie van VWS door Pharos, landelijk kennis- en

adviescentrum op het gebied van migranten, vluchtelingen en gezondheid, welke inzicht geeft in hoe de preventie en zorg in het algemeen voor allochtonen in de praktijk is geregeld, welke verbeteringen er tot nu toe zijn gedaan en welke conclusies hieruit getrokken kunnen worden. Uit het onderzoek blijken verschillen in zorgconsumptie tussen allochtonen en autochtonen. Ook opvattingen van allochtonen over de zorg worden beschreven.²³ Ten tweede een onderzoek door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg naar het zorggebruik van allochtonen en naar de resultaten van maatregelen om de zorg aan allochtonen te verbeteren.²⁴

Pharos: Migranten, preventie en gezondheidszorg²³

Allochtonen maken anders gebruik van bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen dan autochtonen. Veel preventieve interventies en activiteiten (zoals vroegsignalering van gezondheidsproblemen bij de jeugd) bereiken allochtonen minder goed. Er zijn ook positieve uitzonderingen, zoals het bewegingsprogramma 'Big Move', 'Bewegen op Recept' en andere programma's die op lokaal niveau worden ingezet. Met name programma's die op wijkniveau allochtonen actief betrekken laten positieve uitkomsten zien.

Het bezoek aan de huisarts en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij allochtonen ligt hoger dan bij autochtonen. De hogere frequentie van bezoek aan de huisarts en de JGZ kan erop duiden dat er meer sessies nodig zijn om het gewenste resultaat te bereiken of om het probleem helder te krijgen. Zorgverleners en allochtonen geven aan dat 'shoppen' veelvuldig voorkomt als gevolg van het feit dat men zich niet goed begrepen voelt of de zorgvraag niet goed beantwoord is.

Er worden meer medicijnen voorgeschreven aan allochtonen, terwijl allochtonen zelf juist een lager geneesmiddelengebruik rapporteren. Vermoed wordt dat ook dit duidt op het niet aansluiten van de behandeling op de visie die de patiënt heeft.

Allochtonen gaan opvallend minder vaak naar de specialist en het ziekenhuis. De gevolgen van dit ondergebruik zijn niet bekend, maar ondergebruik lijkt reden tot zorg te geven. Als oorzaken worden genoemd: te weinig doorverwijzingen en gebrek aan toegankelijkheid van de tweede lijn.

Ten behoeve van de studie die Pharos heeft uitgevoerd is in diverse focusgroepen met allochtonen gevraagd naar ervaringen en opvattingen over zorg en gezondheidsbevordering in Nederland. Het betrof zowel hoog- als laagopgeleide allochtonen, jongeren en ouderen en mensen van verschillende herkomst. Wat zeggen zij over de kwaliteit van zorg en preventie?

Allochtonen hebben behoefte aan meer proactieve huisartsen/zorgverleners en aan veel informatie en voorlichting van hen. Zij verwachten van zorgverleners dat ze ook moeilijk bespreekbare onderwerpen aankaarten en vinden hen doorgaans te voorzichtig. Verder vinden zij zorgverleners vaak te afstandelijk en onpersoonlijk.

Het verkrijgen van een doorverwijzing in Nederland wordt door veel allochtonen als lastig ervaren. In hun ogen krijgen ze die vaak te laat of te weinig. Allochtonen wachten vaak tot de zomervakantie om in het land van herkomst alsnog de door hen gewenste behandeling te krijgen.

De poortwachterfunctie van de huisarts blijft voor veel allochtonen een vreemde constructie. Velen geven aan dat ze onvoldoende inzicht hebben in het Nederlandse zorgsysteem. Uiteraard bestaan op dit punt verschillen naar gelang het opleidingsniveau.

Veel allochtonen zijn van mening dat er bij zorgverleners en preventiewerkers meer kennis nodig is over verschillen en sensitiviteit voor diversiteit in gedrag, leefstijl, gezondheidsbeleving en omgaan met klachten en ziekte.

Zij wijzen er tevens op dat ze het onprettig vinden dat veel van hun lichamelijke klachten meteen als cultureel bepaald of als teken van stress worden geïdentificeerd.

RVZ: Interculturalisatie van de gezondheidszorg²⁴

Wat in het onderzoek opvalt, is dat allochtonen, met uitzondering van Antillianen, meer naar de huisarts gaan. Allochtonen voelen zich niet altijd serieus genomen door hun huisarts. Zij vinden dat de huisarts niet doorvraagt, te snel een diagnose stelt en medicijnen voorschrijft. Taal- en communicatieproblemen werken belemmerend. Onvoldoende grondig lichamelijk onderzoek en geen doorverwijzing geven allochtone zorgvragers vaak het gevoel niet erkend te worden in hun klachten. Ook verwachten zij vaak dat de huisarts een recept voorschrijft.

Er worden soms tolken ingeschakeld in de persoon van een familielid. Allochtone vrouwen voelen de aanwezigheid van hun man of kind die hen vergezelt om te tolken als een hindernis bij het vertellen van wat er werkelijk aan de hand is.

Uit het onderzoek blijkt verder dat allochtone cliënten onvoldoende zijn geïnformeerd over de mogelijkheden in en de inrichting van de zorg. Behandelwijzen sluiten vaak niet aan bij de zorgbehoefte van allochtone patiënten. Bij zorgverleners ontbreekt het vaak aan interculturele vaardigheden.

Er is een meetinstrument ontwikkeld om de kwaliteit van de huisartsenzorg naar het oordeel van allochtonen te meten. Daarbij valt op dat allochtonen naast de kwaliteitseisen die autochtonen stellen ook andere aspecten laten meewegen in de beoordeling van de kwaliteit, zoals bejegening (gelijke behandeling), aandacht voor de achtergrond van de migrant en aandacht voor taal- en communicatieproblemen.

3 Methode

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden dienen eerst de deelvragen beantwoord te worden. Hiertoe is kwalitatief onderzoek verricht. Kwalitatief onderzoek wordt aanbevolen wanneer de betekeniswereld achter interacties, processen, gedragingen, gevoelens en ervaringen geëxploreerd dient te worden.²⁵ Gezien de aard van de probleemstelling van dit onderzoek is een kwalitatieve benadering van onderzoek gewenst. Door middel van focusgroepen met allochtone ouders en interviews met zorgverleners zijn deelvragen 1 en 2 beantwoord. Deelvraag 3 is beantwoord door de resultaten over allochtone kinderen met overgewicht en obesitas en de resultaten uit het Eindrapport Kinderen te vergelijken. Uit de resultaten en de vergelijking is deelvraag 4 beantwoord. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van februari tot en met juni 2010.

3.1 Werving van deelnemers

De onderzoekspopulatie bestond uit allochtone ouders van kinderen met overgewicht en obesitas en zorgverleners woonachtig respectievelijk werkzaam in Zwolle. Extra aandacht is besteed aan de werving van deelnemers uit de wijk Holtenbroek. Holtenbroek is in Zwolle de wijk met het hoogste percentage (18,2%) allochtone bevolking.²⁶

Allochtone ouders van kinderen met overgewicht en obesitas

Er werd gestreefd naar het houden van twee à drie focusgroepen met allochtone ouders, afhankelijk van het aantal geworven deelnemers, beschikbare tijd en het behalen van datasaturatie. De onderzoekspopulatie van ouders van kinderen met overgewicht en obesitas bestond uit ouders met de volgende kenmerken:

- ouders van een kind in de leeftijd van 4-19 jaar
- van allochtone afkomst (persoon waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren²⁷)
- woonachtig in Zwolle

Bij de werving van allochtone ouders bestond een spanningsveld. Vanwege de verwachting dat allochtone ouders moeilijk bereikbaar zijn en daardoor moeilijk te werven zijn, is gekozen voor een brede leeftijdsgrens. Daarnaast is er gestreefd naar het werven van een homogene groep allochtone ouders. Om die reden zijn allochtone kinderen van 0-4 jaar niet bij het onderzoek betrokken, omdat wordt verondersteld dat kinderen in deze leeftijdsgroep een andere ontwikkeling hebben en andere zorg behoeven dan kinderen van 4-19 jaar.

De werving van allochtone ouders is gerealiseerd door middel van de volgende wervingsacties:

- Bezoekvrouwen
Bij de regionale welzijnsorganisatie Travers zijn bezoekvrouwen werkzaam. De bezoekvrouwen komen bij allochtone gezinnen thuis en zijn ervan op de hoogte in welke gezinnen kinderen met overgewicht voorkomen. De bezoekvrouwen zijn benaderd met de vraag of zij allochtone ouders kunnen werven voor de focusgroepen.
- Twee allochtone moeders uit voorgaand onderzoek
In voorgaand onderzoek zijn voor de focusgroepen twee allochtone moeders uitgenodigd die wegens omstandigheden toentertijd niet hebben kunnen deelnemen aan een focusgroep. Deze moeders zijn opnieuw benaderd.
- Zorgverleners Projectgroep Kinderen
De zorgverleners die deel uitmaken van de Projectgroep Kinderen van ATW Overgewicht, onder andere een diëtist, huisarts, fysiotherapeut en kinderarts, zijn benaderd met de vraag of zij vanuit hun discipline allochtone ouders kunnen aanleveren voor de focusgroepen.

- **Leerkrachten in het basisonderwijs**
In voorgaand onderzoek heeft een focusgroep plaatsgevonden met leerkrachten. Deze leerkrachten zijn opnieuw benaderd met de vraag of zij allochtone ouders kunnen aanleveren voor de focusgroepen.
- **GGD IJsselland**
Er zijn verschillende personen werkzaam bij GGD IJsselland, onder andere een schoolverpleegkundige en een coördinator van het project ‘Eet goedkoop gezond’, benaderd met de vraag of zij allochtone ouders kunnen aanleveren voor de focusgroepen.
- **Sleutelfiguren**
Er zijn allochtone zorgconsulenten benaderd met de vraag of zij allochtone ouders kunnen aanleveren voor de focusgroepen.

Zorgverleners

Er werd gestreefd naar het houden van één interview met een zorgverlener uit elke fase van het zorgpad: voorkomen, vroegtijdig signaleren, doorverwijzen en behandelen. Uiteindelijk zijn een wijkverpleegkundige, een diëtist en een kinderfysiotherapeut geïnterviewd.

De werving van zorgverleners is gerealiseerd door de zorgverleners die deel uitmaken van de Projectgroep Kinderen te benaderen met de vraag of zij bereid zijn om deel te nemen aan een interview over hun ervaringen met allochtone kinderen met overgewicht en obesitas.

3.2 Dataverzameling

Door middel van focusgroepen zijn de ideeën van ouders over de huidige en gewenste ketenzorg achterhaald. Een focusgroep kenmerkt zich door de meerwaarde die het heeft voor exploratie van nieuwe ideeën, opinies en attitudes ten aanzien van het onderzoeksonderwerp. Reacties worden mede uitgelokt doordat meerdere personen tegelijkertijd ondervraagd worden. Om een beeld van een ideale keten te vormen is het ‘vrije denken’ dat focusgroepen kenmerkt van toegevoegde waarde voor het onderzoek.²⁵

Voor zorgverleners is gekozen voor een semigestructureerd interview over hun ervaring met en de huidige en gewenste ketenzorg voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas. Deze interviews kenmerken zich door grondige voorbereidingen die leiden tot een lijst van onderwerpen en/of vragen die aan bod moeten komen.²⁵

Allochtone ouders van kinderen met overgewicht en obesitas

In de focusgroepen werd gestreefd naar een omvang van zes deelnemers met een minimale vereiste van vier. De bijeenkomsten duurden anderhalf uur en vonden plaats in een gesloten ruimte, buiten gehoorafstand van derden. Het taalgebruik werd zoveel mogelijk aangepast aan de doelgroep. Voor de focusgroepen is een vraagroute ontwikkeld. De vragen in de vraagroute zijn gebaseerd op de vraagroute die ontwikkeld is voor de focusgroepen met ouders uit voorgaand onderzoek.¹⁴ De vragen zijn in gemakkelijk taalgebruik geformuleerd en zijn specifiek gericht op de ervaringen van allochtone ouders met de zorg voor hun kind met overgewicht en obesitas. Er zijn tevens vragen aan de bestaande vraagroute toegevoegd die betrekking hebben op de leefwijze en de houding van allochtonen ten aanzien van overgewicht en obesitas. In bijlage 2 is de vraagroute voor allochtone ouders opgenomen. De gesprekken bestonden uit vier onderdelen. Het eerste gedeelte bestond uit een introductie en een kennismakingsronde. In het tweede gedeelte werd gevraagd naar de ideeën die allochtone ouders over de gezondheid en het overgewicht van hun kind hebben en de rol die zij daarin spelen. In het derde gedeelte werd ingegaan op de huidige zorgverlening voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas en ten slotte werd ingegaan op de gewenste zorgverlening voor allochtone

kinderen met overgewicht en obesitas. Bij de focusgroepen waren een gespreksleider en observator aanwezig. Van de focusgroepen werden bandopnamen gemaakt. De anonieme verwerking van gegevens werd benadrukt. Als dank ontvingen de deelnemers een cadeaubon à € 15.

Zorgverleners

De interviews duurden een half uur en vonden plaats in een gesloten ruimte, buiten gehoorafstand van derden. Voor de interviews is een vraagroute ontwikkeld. De vragen in de vraagroute zijn gebaseerd op de vraagroute die ontwikkeld is voor de focusgroepen met zorgverleners uit voorgaand onderzoek.¹⁴ De vragen zijn specifiek gericht op de ervaringen van zorgverleners met allochtone kinderen met overgewicht en obesitas. In bijlage 3 is de vraagroute voor zorgverleners opgenomen. De gesprekken bestonden uit drie onderdelen. Het eerste gedeelte bestond uit een introductie en een kennismakingsronde. In het tweede gedeelte werd ingegaan op de huidige zorgverlening voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas en ten slotte werd ingegaan op de gewenste zorgverlening voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas. Van de interviews werden bandopnamen gemaakt. De anonieme verwerking van gegevens werd benadrukt.

3.3 Data-analyse

Alvorens de verzamelde data te analyseren zijn de ruwe data voorbereid, ofwel van de bandopnamen zijn woordelijke transcripties gemaakt. De teksten zijn vervolgens geanalyseerd middels open en axiaal coderen.

Open coderen

De woordelijke transcripties zijn zorgvuldig gelezen en gecodeerd. Codes zijn een samenvattende notatie voor een stuk tekst, waarin de betekenis van het fragment wordt uitgedrukt. Open codering draagt ertoe bij dat de gegevens beter hanteerbaar en overzichtelijk worden gemaakt en tevens bevordert het thematisering. Het resultaat van open coderen was een lijst met codes. In bijlage 4 is een codelijst opgenomen.

Axiaal coderen

Door open coderen is de betekenis van belangrijke begrippen achterhaald. De begrippen zijn omschreven en met citaten geïllustreerd. Het doel van axiaal coderen is uit te maken wat belangrijke en minder belangrijke elementen van het onderzoek zijn. Axiale codering draagt er daarnaast toe bij dat de omvang van de gegevens en van het aantal codes wordt gereduceerd. Synoniemen zijn geschrapt en er is gekozen met welke codes verder zal worden gegaan. De codes zijn in een lijst geplaatst en onder de thema's 'huidige situatie' en 'gewenste situatie' ondergebracht. Binnen deze twee thema's zijn de codes ondergebracht in de thema's 'preventie' en 'behandeling'. Vervolgens is van elk gesprek een samenvatting geschreven en is antwoord gegeven op deelvraag 1 en deelvraag 2.

Vergelijking tussen allochtone en autochtone kinderen met overgewicht en obesitas

Om deelvraag 3 te beantwoorden is een vergelijking gemaakt tussen de resultaten over allochtone kinderen met overgewicht en obesitas en de resultaten uit het Eindrapport Kinderen. Er is gekeken welke verschillen en overeenkomsten er bestaan tussen de ideeën van allochtone en autochtone ouders over ketenzorg voor overgewicht en obesitas. Daarnaast is er gekeken, vanuit het perspectief van de zorgverleners, welke verschillen en overeenkomsten er tussen de zorg voor allochtone en autochtone kinderen met overgewicht en obesitas zijn. Uit de resultaten en de vergelijking zijn kansen en bedreigingen geformuleerd om de huidige zorg voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas te verbeteren. Hiermee is ook deelvraag 4 beantwoord.

3.4 Kwaliteitsbewaking

Twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van onderzoek zijn betrouwbaarheid en validiteit. Hieronder wordt beschreven op welke manier de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek zijn gewaarborgd. Er wordt onderscheid gemaakt in de kwaliteit van dataverzameling en de kwaliteit van data-analyse.

Kwaliteit van de dataverzameling

Er is een protocol en een vraagroute voor de focusgroepen opgesteld. De vragen in de vraagroute zijn afgestemd op de allochtone doelgroep. Ook voor de interviews met zorgverleners is een vraagroute opgesteld. Bij de focusgroepen waren altijd een gespreksleider en observator aanwezig en de gespreksleider is bij alle focusgroepen en interviews dezelfde persoon geweest. Na afloop vroeg de gespreksleider aan de observator of alle onderwerpen aan bod zijn geweest. Tijdens de focusgroepen werd benadrukt dat er geen foute antwoorden zijn. Van de gesprekken zijn bandopnamen gemaakt. Anonieme verwerking van de data werd benadrukt.

Kwaliteit van de data-analyse

Van de bandopnamen zijn woordelijke transcripties gemaakt. Vervolgens zijn de gesprekken gecodeerd. Tijdens het coderen en analyseren van de gegevens is herhaaldelijk overleg gepleegd met de praktijkbegeleider. Er is bediscussieerd of de goede codes en thema's zijn benoemd, de belangrijkste punten uit de gesprekken zijn gehaald en de gegevens correct geïnterpreteerd zijn.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de focusgroepen en interviews die zijn gehouden. In de eerste paragraaf zal de onderzoekspopulatie worden beschreven. Vervolgens komen in de volgende twee paragrafen de huidige en gewenste situatie aan bod, waarna een vergelijking tussen autochtonen en allochtonen zal volgen. Tenslotte worden de kansen en bedreigingen om de huidige zorg te verbeteren voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas in kaart gebracht.

4.1 Onderzoekspopulatie

Verdeeld over 2 focusgroepen zijn in totaal 8 ouders bevroegd over hun ervaringen met en ideeën over de zorgverlening voor kinderen met overgewicht en obesitas. De ouders waren van Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse afkomst, respectievelijk vier, één en drie in aantal.

Er zijn 3 interviews gehouden met zorgverleners werkzaam in met name de wijk Holtenbroek. In tabel 1 is de respons van ouders en zorgverleners schematisch weergegeven.

Tabel 1: Respons ouders en zorgverleners

Vorm	Doelgroep	Aantal deelnemers
Focusgroep	Ouders	5
Focusgroep	Ouders	3
Interview	Wijkverpleegkundige	1
Interview	Kinderfysiotherapeut	1
Interview	Diëtist	1

4.2 Allochtonen en overgewicht

In deze paragraaf wordt vanuit het perspectief van allochtone ouders en het perspectief van zorgverleners beschreven hoe allochtonen met overgewicht omgaan en welke rol hun cultuur hierin speelt.

4.2.1 Perspectief van de ouders

Turkse en Marokkaanse ouders geven aan zichzelf geen allochtoon te voelen. Ze voelen zich niet achtergesteld en geven aan op dezelfde manier naar probleemoplossingen te zoeken als autochtonen.

Ouder: "Ik voel mijzelf absoluut geen allochtone vrouw die gewoon achtergesteld is en die niet weet hoe ze verder moet. Dat gevoel heb ik zelf nooit."

Ouder: "Ik zou niet weten waarom ik anders zou gaan zoeken naar probleemoplossingen als een autochtone vrouw."

Hoewel de Turkse en Marokkaanse ouders aangeven zich geen allochtoon te voelen, lopen zij toch tegen culturele verschillen aan. Dit uit zich in andere eetgewoonten en een ander klimaat in het land van herkomst.

Ouder: "Maar het is uiteindelijk natuurlijk wel zo dat de Turkse vrouwen bekend staan om hun kookkunsten. Ik bedoel, we zijn allemaal werkende vrouwen, maar we zorgen er wel voor dat het 's avonds wel gewoon een maaltijd en dan is het niet alleen maar aardappel, groente, nee, en dan zeg ik, ik zou het wel heerlijk vinden om een Nederlander te zijn. Twee tellen klaar en aan tafel."

Ouder: "Kijk weekend, heel veel bezoek komt of visite. Ik ken ook heleboel Nederlandse collega, zo op de bord koekje, alsjeblieft, en koekje meenemen keuken. Maar Turkse mensen niet zo, vol tafel, hele avond mag eten."

Ouder: "Turkije ik ga elk jaar Turkije vakantie zes week, ik ben afvallen, niet bewegen, niet sporten, zeg maar door de weer, veel water drinken, veel zweet."

Ook de Antilliaanse ouders wijzen op een ander eetpatroon. Dit houdt onder andere in het gebruik van volvette producten.

Ouder: "Van nature gebruik wij volle producten, want dat is voor ons beter en gezonder, maar dat blijkt hier niet zo te zijn."

Tevens geven Antilliaanse ouders aan dat zij een ander beeld van overgewicht hebben. Op de Antillen is het meer geaccepteerd om overgewicht te hebben.

Ouder: "Waar wij vandaan komen is zo van iemand die zwaar of wat mollig eruit ziet die heeft een beter leven dan iemand die heel dun is. Wij zeggen, die heeft niks te eten, die heeft het niet zo goed. Dat is wat wij denken, maar hier in Nederland, als je je aanpast, dan ga je meer anders denken, je groeit mee en dan zie je ook van nee het is niet zo, het is anders. Heeft meer met gezonde voeding en andere manier van leven en beweging te maken."

Allochtone ouders geven aan dat hun kinderen niet van bewegen houden.

Ouder: "Wat ik bij mijn dochter zie, op zich valt het eten wel mee, maar het is bij haar bewegen. Dat zij er bij haar niet in en krijg ik er ook niet in."

Ouder: "Mijn dochter is lui. Ze houdt niet van sport en bewegen, is echt niks voor haar."

Ouders zijn niet eensgezind over het bespreken van overgewicht met hun kind. Een ouder zegt het niet vaak te bespreken met haar kind,

Ouder: "Ik praat er niet zo heel vaak over. Ik zou het ook niet leuk vinden als anderen dat iedere keer tegen mij zeiden. Ik heb zoiets van dat is niet leuk voor haar om te horen."

terwijl een andere ouder het niet kan toestaan dat haar kind te veel eet en er daarom over begint.

Ouder: "Ik heb zelf wel zo van dan denk ik: houd je mond, niet meer er over hebben, laat dat kind nou maar, maar als ik zie wat dat kind naar binnen werkt, dan denk ik: mijn god, dit kan ik toch niet toestaan."

Bij het bespreken van overgewicht met hun kind stuiten allochtone ouders op onbegrip van hun kind. Ze geven aan het moeilijk te vinden om hun kind te stimuleren iets aan hun gewicht te doen.

Ouder: "Als ik over haar gewicht praat dan zegt ze altijd: maar mam, waarom zeur je? Ik ben tevreden over mezelf, ik ben niet klein kind meer."

Ouder: "Hoe moet je hem of haar motiveren, stimuleren? Dat is de vraag. Dat is moeilijk."

Allochtone ouders geven aan dat zij het onprettig vinden als buitenstaanders over het gewicht van hun kind beginnen. Wanneer zorgverleners dit doen hebben zij er geen problemen mee.

Ouder: "Als iemand van een instantie bijvoorbeeld, dat zou ik anders vinden. Maar niet iemand gewoon die geen studie of op het schoolplein zoiets doms zegt, nee bemoei je met je eigen zaken."

4.2.2 Perspectief van de zorgverleners

Volgens de diëtist hebben allochtone ouders een ander beeld van overgewicht en zien zij het probleem niet altijd.

Diëtist: "Ik had laatst een kindje en die zat echt wel in de obesitas I groep en ze vond hem echt niet te zwaar, want we leven toch niet in Afrika. Dan denk ik van ook wel een beetje dat het erbij hoort, toch wel wat steviger zijn in sommige culturen."

Zorgverleners geven aan dat allochtonen een ander eetpatroon hebben dan autochtonen.

Wijkverpleegkundige: “Wij zijn in Nederland op een andere manier opgegroeid dan allochtone kinderen. Zij groeien op met veel zoetheid en koekjes en een ander eetpatroon.”

De wijkverpleegkundige geeft aan dat allochtone ouders minder kans hebben gehad om zich te scholen waardoor zij minder productkennis hebben,

Wijkverpleegkundige: “Ik denk wel dat bij allochtone ouders meespeelt dat ze misschien minder kansen hebben gekregen om zich te scholen waardoor ze bijvoorbeeld minder productkennis hebben van dingen, wat zijn nou dikmakers.”

en tevens minder besef hebben van de gevolgen van overgewicht waardoor motivatie ontbreekt om iets aan de situatie te veranderen.

Wijkverpleegkundige: “De motivatie om iets aan die situatie te veranderen, het belang ervan in zien, dat heeft met een stukje kennis te maken dat ze niet weten hoe schadelijk het kan zijn, overgewicht bij jonge kinderen.”

Volgens de wijkverpleegkundige heerst er minder een bewegingscultuur bij allochtonen.

Wijkverpleegkundige: “Bij allochtone gezinnen is bijvoorbeeld ook geen cultuur van sportclubs, op voetbal gaan of op korfbal gaan of op tennis.”

Tabel 2: Allochtonen en overgewicht

Perspectief van de ouders	Perspectief van de zorgverleners
<ul style="list-style-type: none">• Turkse en Marokkaanse ouders voelen zich geen allochtoon, maar toch lopen zij tegen culturele verschillen aan.• Op de Antillen is het meer geaccepteerd om overgewicht te hebben.• Allochtone ouders geven aan dat hun kinderen niet van bewegen houden.• Niet alle allochtone ouders bespreken overgewicht met hun kind.• Allochtone kinderen zijn tevreden over zichzelf. Daardoor vinden ouders het moeilijk om hun kind te motiveren.	<ul style="list-style-type: none">• Allochtone ouders hebben een ander beeld van overgewicht en zien het probleem niet altijd.• Allochtonen hebben een ander eetpatroon.• Allochtone ouders hebben minder productkennis en besef van de gevolgen van overgewicht.• Er heerst minder een bewegingscultuur bij allochtonen.

4.3 Huidige situatie

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de huidige situatie rondom preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij allochtone kinderen volgens hun ouders en volgens zorgverleners eruit ziet.

4.3.1 Perspectief van de ouders

Preventie

Allochtone ouders vinden dat zij een grote rol spelen bij het ontwikkelen en behouden van een gezonde leefstijl van hun kinderen.

Ouder: “Zelf zit ik wel dingen te zoeken van wat ik dan wel of niet op tafel zet. Daar houd ik wel rekening mee, van wat wil ik dat hij wel of niet eet. Dat vind ik wel belangrijk.”

Ouder: “Ik zorg ervoor dat het ontbijt en niemand mag het huis uit voordat ze ontbeten en dan geef ik brood mee.”

Daarentegen geven allochtone ouders aan geen zicht te hebben op wat hun kind buitenshuis eet.

Ouder: "Thuis is zo, maar school gaan. Kijk, mijn dochter is eerste klas, dichtbij winkelcentrum school en elke dag of één keer in de week ik geld geven. Als je snoepje kopen ik heb niet gezien, als je drinken kopen ik heb niet gezien."

Allochtone ouders geven aan zelf het goede voorbeeld te geven.

Ouder: "Ik geef zelf wel het goede voorbeeld, in die zin, ik sport zelf drie keer in de week en dan weet zo'n kind ook niet beter."

Toch is het geven van het goede voorbeeld niet altijd een voorwaarde voor succes.

Ouder: "Het is niet altijd het voorbeeld van ouders. Ik sport vijf keer per week. Mijn kinderen niet, behalve mijn zoon. De jongste: ik val niet af, ik ga mooi niet naar sportschool. En de middelste die gaat af en toe met mij zumba doen, is tien minuten klaar, is zij moe zegt zij, de mazzel."

Allochtone ouders geven aan dat sportscholen en gezonde voeding duur zijn en dat dit een belemmering is om gezond te leven.

Ouder: "Voor veel mensen is het te duur, want ik wil zelf gaan, maar kan niet."

Ouder: "Maar als hun iets gezonds gaan kopen op school is hartstikke duur. Nou dan gaan ze lekker naar de koeken ofzo."

Behandeling

Tussen Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse ouders bestaan verschillen in zorgconsumptie. Antilliaanse ouders geven aan dat zij nooit met hun kind met overgewicht bij een zorgverlener zijn geweest, maar dat zij zelf probeerden om hun kind te laten afvallen. Vanuit de Antilliaanse cultuur is het ongebruikelijk om met overgewicht als hulpvraag naar de zorg te gaan.

Ouder: "Voor onze cultuur is anders van dat je naar een arts moet gaan voor gewicht. Het is hier dat je leert over dat je bij een arts kan of hier heb geleerd over diëtist, nooit van gehoord. Hier is anders."

De Turkse en Marokkaanse ouders daarentegen hebben wel met hun kind met overgewicht bij de zorg aangeklopt. Zij geven daarbij aan dat zij niet zitten te wachten tot de hulp voor hun kind naar hen toekomt, maar tonen eigen initiatief.

Ouder: "Ik heb nooit zoiets gehad van de huisarts moet naar mij toe komen of de GGD moet naar mij toe komen. Nee als ik een probleem heb dan moet ik mondig genoeg zijn om dat zelf te achterhalen en zo niet dan moet ik maar zorgen dat er wel via of wat dan ook achterhaal of achteraan zit."

Turkse en Marokkaanse ouders geven aan dat ze standvastig moeten zijn om wat gedaan te krijgen bij zorgverleners.

Ouder: "Je moet echt een beetje lastig worden bij de zorg en dan doen ze iets voor je. Je moet echt lastig worden op een gegeven moment."

Ook geven de Turkse en Marokkaanse ouders aan dat ze teleurgesteld zijn in de zorg en dat de behandeling niet aan hun verwachtingen voldeed.

Ouder: "Ik heb echt bij iedereen aangeklopt. Van de huisarts naar Icare naar de GGD naar de kinderarts. Overal ben ik geweest. En maar geprikt en maar dit doen en maar dat doen. Ik was echt heel lang bezig in het Sophia ziekenhuis, iedere twee maanden op controle, iedere 2 maanden groeit dat kind."

Ouder: "En dan heb je dokter die zegt: misschien kunnen we haar helpen als ze 16 is, of 18 is. Daar heb ik niks aan."

Ouder: "Ik vond het beste dat er was het ziekenhuis onder begeleiding van zo'n kinderarts. Ik dacht: nu gaat het gebeuren, nu gaan wij een traject in en dat kind wordt zo alles mooi bijgebracht en gaat alles leren en weet wat mag en wat niet mag. Ik ben er eigenlijk net zo uitgekomen, misschien wel vijf kilo zwaarder als dat ik er heen ben geweest."

Turkse en Marokkaanse ouders geven aan dat door het uitblijven van resultaten, de kinderen vallen niet af, het voor hun kinderen moeilijk is om de behandeling vol te houden.

Ouder: "Wij begonnen met acht kinderen volgens mij en uiteindelijk zijn er maar twee of drie gebleven. En volgens mij was er maar één kind die afviel en die bleef dan."

Een andere reden voor het afhaken van een behandeling is het niet op zijn of haar gemak voelen in een groepsbehandeling.

Ouder: "Die van mij viel niet af en die vond het ook verschrikkelijk om op die weegschaal te gaan staan bij al die mensen, het is geen succes geworden."

Turkse en Marokkaanse ouders geven aan dat ze serieus worden genomen door zorgverleners,

Ouder: "Tuurlijk, ze nemen je wel serieus."

maar zij ervaren wel dat zorgverleners vooroordelen over hen hebben met betrekking tot overgewicht.

Ouder: "Mensen hebben het beeld, Arabische mensen, allochtone mensen willen graag een iemand die dik is, is helemaal niet waar, echt niet."

Alle allochtone ouders geven aan de Nederlandse taal goed te beheersen en dat communicatie tussen hen en zorgverleners niet voor problemen zorgt.

Ouder: "We hebben geen probleem met de Nederlandse taal. Wij kunnen het lezen en schrijven, dus dat is het probleem niet."

Turkse en Marokkaanse ouders geven aan dat zij onvoldoende worden bereikt bij bestaande interventies voor kinderen met overgewicht.

Ouder: "Bij die Club4Hero's waren alleen maar Nederlandse kinderen. De enige allochtone kind was mijn dochter."

Turkse en Marokkaanse ouders zijn geneigd om naar externe oplossingen te zoeken, zoals medicatie, afvalklinieken, een maagband of liposuctie.

Ouder: "Ik heb eens gehoord van een druppeltje, van onder de tong, zes weken gebruiken."

Ouder: "Die buik kun je weghalen."

4.3.2 Perspectief van de zorgverleners

Preventie

De wijkverpleegkundige geeft aan dat weinig allochtone ouders op het inloopspreekuur binnenlopen met vragen over gezonde voeding of hun zorg uiten over het gewicht van hun kind.

Wijkverpleegkundige: "Er zijn weinig allochtone ouders die bij ons op het inloopspreekuur binnenlopen met hun peuter van kun je eens even hem of haar wegen, want ik heb het gevoel dat ie te zwaar wordt of ik heb vragen over wat nou gezonde voeding is."

De wijkverpleegkundige geeft aan dat voorlichtingsmateriaal is ontwikkeld vanuit Nederlands oogpunt.

Wijkverpleegkundige: “Het is allemaal heel erg gebaseerd op het Nederlands eetpatroon, boterhammen en vlees en chocoladevlokken en kaas. Die mensen halen misschien hele andere dingen in huis.”

Volgens de wijkverpleegkundige beginnen allochtone ouders van nature vaak met borstvoeding, maar gaan zij al snel bijvoeden met flesjes kunstvoeding. Uit onderzoek blijkt dat borstvoeding bij kinderen de kans op overgewicht op latere leeftijd kan verkleinen.

Wijkverpleegkundige: “Je ziet best wel vaak allochtone ouders van nature eigenlijk wel starten met borstvoeding. Wat eigenlijk heel gebruikelijk is in die cultuur, is dat er dan al heel snel bijgevoed gaat worden met een flesje kunstvoeding. Omdat ze toch het gevoel hebben van alleen de borstvoeding is niet genoeg.”

Behandeling

Volgens de wijkverpleegkundige bestaat er een kloof tussen de belevingswereld van allochtonen en autochtone zorgverleners en tevens geeft zij aan dat er over het algemeen weinig allochtonen in de zorg werken, waardoor er een drempel voor allochtonen ontstaat om hulp te vragen.

Wijkverpleegkundige: “Wij zijn niet zelf vanuit die cultuur en vanuit die belevingswereld opgegroeid dus er zal toch ook daarin een soort drempel zijn voor mensen om hulp te vragen.”

Zorgverleners geven aan dat de behandeling van allochtonen in grote lijnen niet verschilt met de behandeling van autochtonen. Er worden accenten gelegd door eigen gevoel en ervaring.

Diëtist: “Dat is een beetje op je eigen gevoel afgaan en door ervaring weet je natuurlijk wel een beetje meer over eetgewoontes waar je wat specifiekere op kan sturen. Dus in die zin richt je je daar wel wat anders op, maar in grote lijnen is het eigenlijk wel een beetje hetzelfde.”

Zorgverleners geven aan dat kinderen met een andere hulpvraag dan overgewicht bij hen binnenlopen.

Kinderfysiotherapeut: “Ik heb nog nooit een kind gehad dat binnen is gekomen voor obesitas, maar wel kinderen die te dik zijn en die bijvoorbeeld motorisch niet goed mee komen.”

Diëtist: “Mijn ervaring is dat niet heel vaak gebeurt dat ouders of de kinderen zelf met alleen maar overgewicht naar de huisarts gaan als probleem van daar wil ik wat aan doen.”

De diëtist geeft aan dat het aantal wegblijvers en afhakers groot is bij allochtonen.

Diëtist: “Ik krijg nog wel eens via de GGD wat verwijzingen en dan komen ze soms ook gewoon niet.”

Diëtist: “Ik merk toch dat ze eerder afhaken.”

Zorgverleners geven aan dat communicatie tussen hen en ouders voor problemen kan zorgen. Allochtone kinderen beheersen de taal meestal goed.

Kinderfysiotherapeut: “De communicatie is een heel groot probleem. Je kan met Nederlandse ouders veel beter alles in kaart brengen dan met allochtone ouders.”

Diëtist: “De kinderen zelf zijn qua taal niet het probleem, maar wel de ouders.”

Als gevolg van de taalbarrière is er vaak een oppervlakkig consult, aldus de diëtist. Ook door tijdgebrek kan onvoldoende aandacht worden gegeven aan het waarom achter overgewicht.

Diëtist: “Als je meer de diepte ingaat van, waarom gaan dingen niet zoals je ze graag zou willen hebben bijvoorbeeld, van waarom lukt het niet. Dat is heel lastig. Dan heb ik ook wel vaker het idee dat ze de vraag niet begrijpen.”

Om de communicatie te verbeteren schakelt de diëtist wel eens een telefonische tolk in. Hierbij ontstaat een drempel voor allochtonen om eerlijk en open te zijn.

Diëtist: "Een telefonische tolk, die kan je gewoon op de speaker zetten en dat werkt heel goed. Maar dan blijft wel het probleem als je dan met de ouder praat, dat ik dan toch wel het gevoel heb dat daar een drempel zit qua het eerlijk en open kunnen zijn."

De wijkverpleegkundige geeft aan wel eens gebruik te maken van buurtmoeders of bezoekvrouwen om beter aan te kunnen sluiten op de belevingswereld van allochtonen.

Wijkverpleegkundige: "Wat we doen is ook wel gebruik maken van buurtmoeders of bezoekvrouwen die vanuit hun eigen cultuur thuis komen bij ouders."

Tabel 3: Huidige situatie

Perspectief van de ouders	Perspectief van de zorgverleners
PREVENTIE	
<ul style="list-style-type: none"> • Allochtone ouders spelen een grote rol bij het ontwikkelen en behouden van een gezonde leefstijl van hun kind. • Allochtone ouders geven zelf het goede voorbeeld, maar hebben geen zicht en invloed op wat hun kind buitenshuis eet en drinkt. • Gezonde voeding en sportscholen zijn duur en dit is een belemmering voor allochtone ouders. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allochtone ouders lopen niet binnen op het inloopspreekuur met vragen over gezonde voeding of hun zorg over het gewicht van hun kind. • Voorlichtingsmateriaal is ontwikkeld vanuit Nederlands oogpunt. • Allochtone ouders gaan naast borstvoeding al snel bijvoeden met kunstvoeding.
BEHANDELING	
<ul style="list-style-type: none"> • Antilliaanse ouders zijn nog nooit met hun kind met overgewicht bij een zorgverlener geweest. Turkse en Marokkaanse ouders kloppen wel aan bij de zorg. • De zorg voldeed niet aan de verwachtingen. Allochtone ouders zijn teleurgesteld. • Uitblijven van resultaten en het niet op zijn of haar gemak voelen zijn redenen voor het afhaken van een behandeling. • Allochtone ouders worden serieus genomen, maar zij ervaren wel dat zorgverleners vooroordelen over hen hebben. • Communicatie levert geen problemen op. • Allochtone ouders zoeken naar externe oplossingen. 	<ul style="list-style-type: none"> • De behandeling van allochtonen verschilt in grote lijnen niet met de behandeling van autochtonen. • Het aantal wegblijvers en afhakers is groot bij allochtonen. • Communicatie tussen zorgverleners en ouders levert problemen op. • Door tijdgebrek en taalbarrière is er vaak een oppervlakkig consult. • Inschakelen van tolken, buurtmoeders en/of bezoekvrouwen kan communicatieproblemen verminderen.

4.4 Gewenste situatie

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de gewenste situatie rondom preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij allochtone kinderen volgens hun ouders en volgens zorgverleners eruit ziet.

4.4.1 Perspectief van de ouders

Preventie

Allochtone ouders benadrukken het belang van voldoende bewegen. Zij zijn van mening dat kinderen van jongs af aan goede gewoontes aangeleerd moeten krijgen en zich bewust moeten zijn van het belang van bewegen.

Ouder: "Ik denk wel dat ze gewoon vanuit de basis tot ze afgestudeerd zijn mee geconfronteerd moeten worden, dat het gewoon bij het leven hoort. Dat elk pondje toch door het mondje komt en dat het gewoon wel moet blijven bewegen wil je gewoon gezond leven."

Allochtone ouders geven aan dat scholen een grote rol spelen bij de preventie van overgewicht en obesitas. Dit uit zich in de vorm van voorlichting over gezonde voeding, voldoende beweging en gezonde traktaties.

Ouder: "Misschien een diëtist sturen naar school en laten zien de kinderen wat ze mogen eigenlijk per dag eten en niet van dit is gezond en dit is ook gezond."

Ouder: "Ik denk dat op school gewoon veel meer aan beweging gedaan moet worden en gewoon veel meer gym moeten hebben en zwemmen."

Ouder: "Ze zeggen van gezond trakteren, maar als je ziet wat iedereen meeneemt."

Naast scholen speelt ook de omgeving een belangrijke rol volgens allochtone ouders. De omgeving is gezond en veilig zodat kinderen buiten kunnen spelen en er is voorlichting over gezonde voeding in bijvoorbeeld wijkcentra.

Ouder: "De speeltuin is open en je kunt daar lekker ijsjes krijgen, je kunt daar lekkere chips krijgen en daar baal ik ook zo van."

Ouder: "Meer wijkactiviteiten, kan ook af en toe informatie geven over voeding."

Tevens zijn er in de gewenste situatie voldoende beweegactiviteiten en sportfaciliteiten in de omgeving en de wijk.

Ouder: "Ik zou heel graag een sportactiviteit hier in het wijkcentrum ofzo willen, of hier in de omgeving."

Ouder: "Wat ik wel zou willen, zo 'n sportcentrum voor kinderen."

Bij het organiseren van beweegactiviteiten is het belangrijk dat er met iedereen rekening wordt gehouden zodat het voor iedereen mogelijk is om eraan deel te nemen.

Ouder: "Dan hebben ze wel eens via school maar dan is het net kwart over drie of half vier, dan moet je echt sjezen. Dat is zo lastig. Dan denk je van doe dan gewoon op een later tijdstip. Dat soort dingen dat ik denk van men houdt niet rekening met iedereen."

Antilliaanse ouders geven aan dat zij graag oproepen willen ontvangen om eens in de zoveel tijd lengte en gewicht van hun kind te laten meten.

Ouder: "Net als je een keer briefje krijgt voor borstonderzoek, ongeveer ook zo iets thuis krijgen voor gewicht meten."

Behandeling

Antilliaanse ouders geven aan dat zij in de gewenste situatie beter op de hoogte zijn bij welke zorgverlener of –instelling zij met hun kind met overgewicht terecht kunnen en wat deze te bieden hebben. Dit kan door middel van het verstrekken van folders of boekjes over desbetreffende zorginstellingen.

Ouder: "Ik denk dat de zorginstellingen zichzelf meer over zich moet laten weten, wat hun aanbod zijn, wat ze te bieden hebben enzo, waarvoor ze zijn."

Turkse en Marokkaanse ouders geven aan dat er geen onderscheid zou moeten zijn tussen allochtonen en autochtonen in de behandeling van overgewicht en obesitas.

Ouder: "Ik denk dat het gewoon een probleem is van ons allemaal en dat we gewoon op die manier mee om moeten gaan en niet alleen maar voor de allochtonen, daar geen onderscheid in maken."

Turkse en Marokkaanse ouders zien het belang in van een behandelingstraject van minimaal een jaar.

Ouder: "Ik denk dat het traject dat ze hebben dat dat gewoon geen succes heeft en dat ze gewoon dat uit moeten breiden en dat het gewoon niet helpt zes keer, maar het een proces moet worden van minimaal een jaar. Want je kan niet in zes weken tijd een kind omvormen."

Hierbij dient rekening gehouden te worden met de wensen van elk individu. Niet elk kind voelt zich op zijn gemak in een groepsbehandeling. Zorg op maat is gewenst.

Ouder: "Je wordt gewoon iedere keer geconfronteerd. Je bent wel met z'n allen en dat vinden ze gewoon niet prettig."

Turkse en Marokkaanse ouders zien een rol voor kinderartsen in de aanpak.

Ouder: "Eigenlijk begin je natuurlijk bij de kinderarts, want kinderarts wordt je natuurlijk niet zomaar."

Ook zien zij een duidelijke rol voor orthopedagogen om kinderen bewust(er) te maken van de gevolgen van overgewicht.

Ouder: "Maar weet je wat ik ook wel denk: zo'n soort kinderpsycholoog, misschien is het ook wel goed dat een kind naar zoiets gaat, dat er gewoon mee gepraat wordt, dat het kind gewoon bewust is waar die mee bezig is dat het heel slecht is."

Turkse en Marokkaanse ouders geven aan dat zogenaamde 'overgewichtdeskundigen', mensen die opgeleid zijn in de behandeling van overgewicht, mede een rol spelen bij de behandeling van overgewicht.

Ouder: "Ik denk dat dit gewoon een probleem is en dat daar gewoon mensen voor opgeleid moeten worden, dat je niet alleen maar met kinderartsen of weet ik veel naar iemand toe komt, speciaal in die richting gaat en daarin verder moet."

Om serieus genomen te worden door ouders en kind is het van belang dat zorgverleners zelf het goede voorbeeld geven.

Ouder: "Mijn dochter was grappig. Zij zei: de diëtist is zelf dik."

4.4.2 Perspectief van de zorgverleners

Preventie

In de gewenste situatie is er meer aandacht voor het betrekken van allochtonen bij interventies voor kinderen met overgewicht en obesitas. Interventies die wijkgericht en laagdrempelig zijn kunnen hierbij helpen.

Wijkverpleegkundige: "Laagdrempelig, dat ze niet heel erg die wijk uithoeven, maar dat ze hier in de wijk zelf kunnen bewegen."

De wijkverpleegkundige benadrukt dat de preventie van overgewicht een brede aanpak vereist.

Wijkverpleegkundige: "Probeer een heel brede aanpak. Dus dat wij niet alleen vanuit het consultatiebureau die informatie geven, maar dat er ook op scholen aandacht is voor gezonde voeding, gezond bewegen, gezonde leefstijl. Op de peuterspeelzaal, dat er daar al aandacht voor is, in de wijk aandacht voor is, ondersteund met campagnes. Dat er vanuit alle kanten die voorlichting wordt gegeven."

Er zullen Brede Scholen zijn in wijken waar veel allochtone kinderen wonen. Dit zijn scholen waarbij onderwijs wordt gecombineerd met bijvoorbeeld opvang, zorg, welzijn, sport en cultuur.

Wijkverpleegkundige: “Je ziet bijvoorbeeld hier op de scholen in Holtenbroek, daar is dus een Brede School. Om het belang van bewegen en dat is specifiek voor Holtenbroek, omdat hier heel veel allochtone kinderen zitten.”

Wijkverpleegkundigen stellen voor om op huisbezoek te gaan om een indruk te krijgen van de omgeving van een kind.

Wijkverpleegkundigen: “Wij pleiten eigenlijk al heel lang voor veel meer op huisbezoek gaan, omdat je dan ook heel erg ziet hoe een kind in zijn eigen leefomgeving woont en leeft en eet en beweegt en dan zie je soms heel veel.”

Voorlichtingsmateriaal zal voor zowel autochtonen als allochtonen goed te begrijpen zijn en zal praktische tips geven.

Wijkverpleegkundige: “Het is natuurlijk allemaal in het Nederlands en ook misschien best nog wel lastig taalgebruik. Dat zou kunnen dat ze vanuit taalbarrière zo 'n folder ook totaal niets mee kunnen.”

Behandeling

De structuur van de zorg hoeft niet te veranderen. Belangrijker is om voldoende aandacht te hebben voor het binnenkrijgen en houden van allochtone kinderen in de zorg.

Diëtist: “Het zit meer op hoe zorgen we dat we ze binnen krijgen en houden.”

Om voor allochtonen de drempel om hulp te vragen te verminderen, zouden er meer allochtonen in de zorg kunnen werken. Op die manier kan beter worden aangesloten bij de belevingswereld van allochtonen.

Wijkverpleegkundige: “Je zou moeten kunnen pleiten voor meer allochtone mensen die in de zorg werken.”

De diëtist ziet een rol voor de GGD en het consultatiebureau in de signalering en het bespreekbaar maken van overgewicht.

Diëtist: “Ik denk dat er een schone taak ligt voor de GGD en voor de kleintjes dan toch het consultatiebureau. Want zij zien ze en zij meten lengte en gewicht en een mooiere ingang kan je niet hebben om het bespreekbaar maken.”

Zorgverleners hebben meer kennis over andere culturen om een passende behandeling of advies te kunnen geven.

Kinderfysiotherapeut: “Ik denk dat het wel goed is om te weten welke bepaalde normen en waarden er zijn in een bepaalde cultuur en dat je daar ook mee om kan gaan.”

Om communicatie te verbeteren tussen zorgverleners en ouders zullen (telefonische) tolken worden ingeschakeld. Aandachtspunt hierbij is dat ouders worden gestimuleerd eerlijk en open te zijn.

Diëtist: “Gewoon een telefonische tolk, die kan je dan gewoon op de speaker zetten dat werkt heel goed.”

Er is meer tijd voor consulten om alles te kunnen bespreken en om de diepte in te gaan.

Kinderfysiotherapeut: “Je moet gewoon wat meer tijd nemen. Dat is heel erg belangrijk en zorgen dat je echt op dezelfde lijn zit.”

Diëtist: “We hebben vervolggconsulten eigenlijk altijd standaard een half uur en dat was een kwartier en ik merk wel dat ik daar al veel meer mee kan.”

Tabel 4: Gewenste situatie

Perspectief van de ouders	Perspectief van de zorgverleners
PREVENTIE	
<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen worden van jongs af aan goede gewoontes aangeleerd en worden bewust gemaakt van het belang van bewegen. • Scholen spelen een grote rol bij de preventie van overgewicht en obesitas. • Ook een gezonde en veilige omgeving speelt een belangrijke rol. • Er zijn voldoende beweegactiviteiten en sportfaciliteiten in de omgeving en de wijk. • Allochtone kinderen worden eens in de zoveel tijd opgeroepen om lengte en gewicht te laten meten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventies zijn laagdrempelig en wijkgericht om allochtonen er beter bij te betrekken. • Er is een brede aanpak vereist voor de preventie van overgewicht. • Er zijn Brede Scholen in wijken waar veel allochtonen wonen. • Wijkverpleegkundigen gaan op huisbezoek. • Voorlichtingsmateriaal is voor zowel autochtonen als allochtonen goed te begrijpen.
BEHANDELING	
<ul style="list-style-type: none"> • Allochtonen zijn beter op de hoogte van het zorgaanbod voor hun kind met overgewicht. • De behandeling van autochtonen en allochtonen is gelijk. • Zorg op maat is gewenst. • Allochtone ouders zien een rol voor kinderartsen, orthopedagogen en 'overgewichtdeskundigen'. • Zorgverleners geven zelf het goede voorbeeld. 	<ul style="list-style-type: none"> • De structuur van de zorg is niet veranderd. Belangrijk is allochtonen de zorg binnen te krijgen en te houden. • Er werken meer allochtonen in de zorg. • GGD en consultatiebureau signaleren overgewicht en bespreken dit met de ouders. • Zorgverleners hebben meer kennis over andere culturen. • Tolken en meer tijd kunnen consulten optimaliseren.

4.5 Verschillen en overeenkomsten tussen allochtonen en autochtonen

In deze paragraaf wordt een vergelijking gemaakt tussen de resultaten uit het Eindrapport Kinderen¹⁴ en de resultaten uit de voorgaande paragrafen van dit rapport.

Verschillen en overeenkomsten tussen de opvattingen van allochtone en autochtone ouders over de huidige en gewenste situatie rondom preventie en behandeling van overgewicht en obesitas van hun kinderen worden in deze paragraaf duidelijk. Tevens wordt duidelijk of er, vanuit het perspectief van de zorgverleners, verschillen en overeenkomsten zijn tussen de zorg voor allochtone en autochtone kinderen met overgewicht en obesitas.

4.5.1 Perspectief van de ouders

Huidige situatie

Wat betreft de preventie van overgewicht en obesitas geven zowel allochtone als autochtone ouders aan een grote rol te spelen bij het ontwikkelen en behouden van een gezonde leefstijl. Ook geven beide groepen ouders aan het goede voorbeeld te geven, maar dat dit niet altijd een garantie voor succes is. Allochtone ouders geven hierbij aan dat zij geen zicht en invloed hebben op wat hun kind buitenshuis eet en drinkt. Autochtone ouders benadrukken dat naast henzelf ook school en vriendjes invloed hebben op de leefstijl van kinderen.

Er bestaat een verschil tussen allochtone en autochtone ouders op het punt van het inzetten van financiële middelen. Allochtone ouders vinden gezonde voeding en sportscholen duur en geven aan zich dit niet te kunnen veroorloven. Het belemmert hen om gezond te leven. Autochtone ouders geven daarentegen aan dat zij ervoor betalen ongeacht de kosten, mits resultaat aannemelijk is.

In de behandeling van overgewicht en obesitas komt een duidelijk verschil naar voren tussen allochtone en autochtone ouders. Het betreft de verwachtingen van de zorg. Allochtone ouders verwachten van zorgverleners niet zozeer ondersteuning bij leefstijlverandering, maar zijn geneigd

naar externe oplossingen zoals medicatie, afvalklinieken, een maagband of liposuctie te zoeken. Bij de autochtone ouders kwam dit niet naar voren. Ook verschillen de opvattingen van allochtone en autochtone ouders over het gevoel serieus genomen te worden door zorgverleners. Allochtone ouders geven aan dat zij zich serieus genomen voelen, maar zij ervaren wel vooroordelen over hen met betrekking tot overgewicht. Autochtone ouders hebben niet direct het gevoel serieus genomen te worden met het probleem overgewicht.

Zowel allochtone als autochtone ouders geven aan eigen initiatief te tonen om iets aan het gewicht van hun kind te doen en ondernemen zelf stappen richting de zorg. Beide groepen ouders zijn teleurgesteld in de behandeling, omdat deze niet voldeed aan hun verwachtingen.

Gewenste situatie

Allochtone en autochtone ouders hebben nagenoeg dezelfde ideeën over de gewenste situatie rondom preventie en behandeling van overgewicht en obesitas voor kinderen.

Wat betreft preventie van overgewicht en obesitas geven beide groepen ouders aan dat scholen en de omgeving een belangrijke rol spelen. Ook geven zowel allochtone als autochtone ouders aan dat er in de gewenste situatie voldoende beweegactiviteiten en sportfaciliteiten in de omgeving en de wijk zijn. Zorg op maat is door zowel allochtone als autochtone ouders gewenst. Ook geven beide groepen ouders aan dat zorgverleners die het goede voorbeeld geven, essentieel zijn om serieus genomen te worden door ouders en kind.

4.5.2 Perspectief van de zorgverleners

Huidige situatie

Zorgverleners geven aan dat zowel allochtone als autochtone ouders het probleem niet altijd zien en hun zorg over het gewicht van hun kind niet uiteten of daar zelfs helemaal geen zorgen over hebben.

Wat betreft preventie van overgewicht en obesitas geven zorgverleners aan dat het huidige voorlichtingsmateriaal is ontwikkeld vanuit Nederlands oogpunt en dat dit onvoldoende aansluit op de gewoontes van allochtonen. Dat voorlichtingsmateriaal vanuit Nederlands oogpunt is ontwikkeld hoeft echter geen reden te zijn om aan te nemen dat het wel goed aansluit bij autochtonen. Uit het Eindrapport Kinderen blijkt dat adviezen ook niet altijd voldoende bij autochtonen aansluiten.

De wijkverpleegkundige merkt op dat allochtone ouders naast het geven van borstvoeding als snel bij gaan voeden met flesjes kunstvoeding. In het Eindrapport Kinderen komt dit niet naar voren.

Wat betreft de behandeling van allochtone kinderen met overgewicht en obesitas geven zorgverleners aan dat deze in grote lijnen niet verschilt van de behandeling van autochtone kinderen met overgewicht en obesitas. Zorgverleners leggen accenten door eigen gevoel en ervaring.

Tijdens de werving van allochtone ouders zijn er leerkrachten benaderd met de vraag of zij allochtone ouders kunnen aanleveren voor de focusgroepen. De leerkrachten gaven aan hier niet aan mee te werken, onder andere omdat zij de goede band met de allochtone ouders niet willen verstoren door ze aan te spreken op het gewicht van hun kind. Dit komt overeen met wat leerkrachten over autochtone ouders zeggen. Het bespreken van overgewicht met zowel autochtone als allochtone ouders wordt door leerkrachten als moeilijk ervaren.

De diëtist geeft aan dat het aantal wegblijvers en afhakers groot is bij allochtonen. Tijdens de werving van zorgverleners is dit ook gebleken. Een aantal zorgverleners (fysiotherapeut, kinderarts, sportdocent en orthopedagoog) gaven aan weinig allochtone kinderen in zorg te hebben, hoewel zij werkzaam zijn in Holtenbroek, een wijk waar vergeleken met andere wijken in Zwolle veel allochtonen wonen.

Zorgverleners geven aan dat er door tijdgebrek en taalbarrière vaak een oppervlakkig consult is met allochtonen. Tijdgebrek is een factor die ook voor autochtonen een rol speelt. Taalbarrière is echter

een factor die alleen bij allochtonen een belemmerende factor is voor een diepgaand consult. In de huidige situatie worden er door zorgverleners wel eens tolken, buurtmoeder en bezoekvrouwen ingeschakeld om communicatieproblemen te verminderen.

Gewenste situatie

Zorgverleners hebben wat betreft preventie van overgewicht en obesitas voor allochtone en autochtone kinderen nagenoeg dezelfde ideeën. Interventies zullen laagdrempelig en wijkgericht moeten zijn om allochtonen er beter bij te betrekken. In het Eindrapport Kinderen komt naar voren dat zorgverleners dit ook voor autochtonen aangeven. Ook een brede aanpak is volgens zorgverleners voor zowel allochtone als autochtone ouders belangrijk. Dit betekent dat er vanuit verschillende kanten (gezondheidszorg, scholen, omgeving) aandacht is voor preventie van overgewicht en obesitas. Zorgverleners doen een aantal aanbevelingen om beter aan te kunnen sluiten op allochtone ouders en hun kinderen. Twee aanbevelingen die niet uit de focusgroepen met autochtone ouders van kinderen met overgewicht en obesitas naar voren komen is dat er Brede Scholen zullen zijn in wijken waar veel allochtonen wonen en dat wijkverpleegkundigen op huisbezoek gaan. Een aanbeveling van zorgverleners die voor zowel allochtone als autochtone ouders geldt, is dat voorlichtingsmateriaal beter aansluit.

Zorgverleners geven aan dat in de gewenste situatie weinig verschil in behandeling is tussen allochtone en autochtone kinderen. Belangrijker is om allochtone kinderen de zorg binnen te krijgen en binnen te houden. Om voor allochtonen de drempel om zorg te vragen te verminderen, wordt als optie genoemd meer allochtonen in de zorg te laten werken.

Wat zorgverleners voor zowel allochtone als autochtone kinderen aangeven is de rol die zij voor de GGD en het consultatiebureau zien om overgewicht en obesitas te signaleren en dit te bespreken met de ouders.

Een rol die zorgverleners voor zichzelf zien is meer kennis vergaren over andere culturen en het inschakelen van tolken, buurtmoeders en bezoekvrouwen. Dit om beter aan te kunnen sluiten op de belevingswereld van allochtonen.

4.6 Kansen en bedreigingen

In deze paragraaf worden de kansen en bedreigingen om de huidige zorg te verbeteren voor allochtone kinderen met overgewicht en obesitas in kaart gebracht.

Kansen

- Preventie van overgewicht en obesitas krijgt een brede aanpak. Vanuit alle mogelijke kanten (gezondheidszorg, scholen, omgeving) worden ouders en kinderen voorgelicht over gezonde voeding en beweging. Kinderen worden van jongs af aan goede gewoontes aangeleerd en worden zich bewust van het belang van bewegen.
- Er wordt voorlichtingsmateriaal ontwikkeld dat voor zowel allochtonen als autochtonen goed te begrijpen is en dat praktische tips geeft.
- Interventies zijn laagdrempelig. Laagdrempelige interventies zijn onder andere wijkgericht en goedkoop.
- Zorgverleners gaan op huisbezoek om een beeld te krijgen hoe de thuissituatie van een allochtoon kind eruit ziet.
- Er is geen zichtbaar onderscheid in zorg voor allochtonen en autochtonen. Ze worden op eenzelfde manier bejegend. Er kunnen accenten worden gelegd door eigen gevoel en ervaring van zorgverleners. Meer kennis vergaren over andere culturen kan zorgverleners helpen om een passend advies te geven.

- GGD en consultatiebureau signaleren overgewicht en obesitas en bespreken dit met de ouders.
- De behandeling van overgewicht en obesitas is op elk individu afgestemd. Het ene kind prefereert een groepsbehandeling en een ander kind prefereert een individuele behandeling. Zorg op maat is gewenst. Begeleiding van een kinderarts, orthopedagoog en/of ‘overgewichtdeskundigen’ is hierbij belangrijk.
- Om beter aan te sluiten bij de belevingswereld van allochtonen werken er meer allochtonen in de zorg. Autochtone zorgverleners kunnen tolken, buurtmoeders en bezoekvrouwen inschakelen.
- Er is meer tijd voor consulten om alles te bespreken en om de diepte in te gaan.

Bedreigingen

- Allochtone ouders hebben een ander beeld van overgewicht dan autochtone ouders en zij zien het probleem vaak niet.
- Allochtone ouders hebben minder kans gehad om zich te scholen en hebben daardoor minder productkennis en besef van de gevolgen van overgewicht. Hierdoor kan motivatie ontbreken om er iets aan te doen.
- Allochtonen hebben een minder gezond eetpatroon. Het is moeilijk voor hen om dit te veranderen. Gastvrijheid staat hoog in het vaandel.
- Allochtone kinderen houden niet van bewegen. Er heerst minder een bewegingscultuur bij allochtonen.
- Allochtone ouders hebben geen zicht op wat hun kind buitenshuis eet en drinkt.
- Gezonde voeding en sportscholen zijn duur en allochtone ouders hebben vaak onvoldoende financiële middelen om zich dit te kunnen veroorloven.
- Het bespreken van overgewicht en obesitas is moeilijk. Dit geldt voor het bespreken van overgewicht en obesitas door ouders met hun kind en tevens voor het bespreken van overgewicht en obesitas door zorgverlener met ouders.
- Allochtone kinderen zijn zelf tevreden over hun gewicht. Dit maakt het moeilijk voor ouders om hun kinderen te motiveren iets aan hun gewicht te doen.
- Allochtone ouders ervaren geen problemen met communicatie, terwijl zorgverleners hier wel degelijk problemen mee ervaren.
- Allochtonen kunnen een drempel ervaren om hulp te vragen, omdat er weinig allochtonen in de zorg werken.
- Allochtonen hebben andere verwachtingen van de zorg. Zij zijn meer medisch georiënteerd en verwachten geen ondersteuning bij leefstijlverandering.

5 Discussie

Dit hoofdstuk bestaat uit een korte samenvatting van de resultaten. Deze resultaten worden vervolgens vergeleken met bestaande literatuur. Tenslotte wordt de onderzoeksmethode bediscussieerd.

5.1 Samenvatting van de resultaten

In deze paragraaf wordt een korte samenvatting van de resultaten gegeven.

Huidige situatie

Allochtone ouders spelen een grote rol bij het ontwikkelen en behouden van een gezonde leefstijl van hun kind. Zij proberen zelf het goede voorbeeld te geven, maar geven aan geen zicht te hebben op wat hun kind buitenshuis eet en drinkt. Gezonde voeding en sportscholen zijn duur en dit is voor allochtonen een belemmering om gezond te leven. Wat betreft de zorg geven Turkse en Marokkaanse ouders aan teleurgesteld te zijn. Wel voelen zij zich serieus genomen en geven zij aan dat communicatie niet voor problemen tussen hen en zorgverleners zorgt. Turkse en Marokkaanse ouders tonen eigen initiatief en zijn geneigd om naar externe oplossingen te zoeken. Antilliaanse ouders geven aan dat zij niet met hun met overgewicht bij een zorgverlener aankloppen, omdat dit vanuit hun cultuur ongebruikelijk is.

Zorgverleners geven aan dat allochtone ouders een ander beeld van overgewicht hebben en het probleem niet altijd zien. Zij geven dan ook aan dat allochtone ouders niet bij zorgverleners aankloppen met vragen over gezonde voeding of hun zorg over het gewicht van hun kind. De behandeling van allochtonen verschilt niet in grote lijnen met de behandeling van autochtonen. Desondanks is het aantal wegblijvers en afhakers is groot bij allochtonen. Zorgverleners geven in tegenstelling tot allochtone ouders aan dat communicatie voor problemen tussen hen en allochtonen zorgt. Als gevolg hiervan en door tijdgebrek zijn er vaak oppervlakkige consulten. Inschakelen van tolken, buurtmoeders en/of bezoekvrouwen kan dit probleem verhelpen.

Gewenste situatie

Allochtone ouders geven aan dat zijzelf, scholen en een gezonde en veilige omgeving in de gewenste situatie een belangrijke rol spelen bij de preventie van overgewicht en obesitas. Antilliaanse ouders geven aan dat zij graag oproepen willen ontvangen om eens in de zoveel tijd lengte en gewicht van hun kind te laten meten. In de gewenste situatie zijn allochtone ouders beter op de hoogte van het zorgaanbod voor hun kind met overgewicht. Zij prefereren een gelijke behandeling voor allochtonen en autochtonen. Zorg op maat is daarbij gewenst.

Zorgverleners geven aan dat de preventie van overgewicht en obesitas een brede aanpak vereist. Laagdrempelige en wijkgerichte interventies, aandacht vanuit Brede Scholen voor overgewicht en obesitas en op huisbezoek gaan zijn volgens zorgverleners middelen om allochtonen beter te bereiken. Ook voorlichtingsmateriaal sluit in de gewenste situatie beter aan op allochtonen. Wat betreft de zorg geven zorgverleners aan dat het belangrijk is om allochtonen de zorg binnen te krijgen en te houden. De GGD en het consultatiebureau hebben een belangrijke rol bij het signaleren en bespreken van overgewicht met de ouders. Zorgverleners geven aan dat er in de gewenste situatie meer allochtonen in de zorg werken, er tolken worden ingeschakeld en er meer tijd is voor consulten zodat deze worden geoptimaliseerd.

5.2 Vergelijking met bestaande literatuur

In paragraaf 4.5 is reeds een vergelijking gemaakt met de resultaten uit dit onderzoek en de resultaten beschreven in het Eindrapport Kinderen. In deze paragraaf wordt een vergelijking gemaakt tussen de

resultaten uit dit onderzoek en de opvattingen van zorg uit het onderzoek dat Pharos heeft uitgevoerd²³ en de resultaten uit het onderzoek verricht door RVZ²⁴, zoals beschreven in het theoretisch kader. Op de meeste punten komen de opvattingen overeen.

Uit het onderzoek dat door Pharos is uitgevoerd blijkt dat allochtonen van zorgverleners verwachten dat ze ook moeilijk bespreekbare onderwerpen aankaarten. Dit komt overeen met de opvattingen van allochtonen in dit onderzoek waarbij allochtonen aangeven dat zij het als prettig ervaren dat zorgverleners overgewicht bespreken. Een andere overeenkomst tussen beide onderzoeken is dat allochtonen aangeven dat zij onvoldoende inzicht hebben in het Nederlandse zorgsysteem.

Wat in het onderzoek uitgevoerd door RVZ opvalt, is dat allochtonen, met uitzondering van Antillianen, meer naar de huisarts gaan. In dit onderzoek is niet gevraagd naar de frequentie van huisartsenbezoek, maar de Antilliaanse ouders geven wel aan niet met hun kind met overgewicht naar de huisarts te stappen, omdat dit vanuit hun cultuur ongebruikelijk is. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het resultaat uit het onderzoek van RVZ dat Antillianen minder naar de huisarts gaan. Wat ook blijkt uit het onderzoek van RVZ is dat taal- en communicatieproblemen belemmerend werken voor allochtonen. Dit verschilt met de resultaten uit dit onderzoek waar allochtonen aangeven dat communicatie niet voor problemen zorgt. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat in dit onderzoek met allochtonen is gesproken die de Nederlandse taal goed beheersen waardoor zij minder problemen ervaren met taal en communicatie. Allochtonen verwachten vaak dat de huisarts een recept voorschrijft, zoals blijkt uit het onderzoek van RVZ. Dit komt overeen met dit onderzoek waarin blijkt dat allochtonen vaker naar externe oplossingen, waaronder medicatie, zoeken. In het onderzoek van RVZ is een meetinstrument ontwikkeld om de kwaliteit van de huisartsenzorg naar het oordeel van allochtonen te meten. Allochtonen laten naast de kwaliteitseisen die autochtonen stellen ook andere aspecten meewegen in de beoordeling van de kwaliteit. Een van die eisen is de bejegening. Zij verwachten een gelijke behandeling. Dit komt overeen met het idee van allochtonen in dit onderzoek, die aangeven dat zij zich geen allochtoon voelen en zich graag op dezelfde manier bejegend en behandeld willen worden.

5.3 Onderzoeksmethode

De gevonden resultaten en de onderzoeksmethode zullen in deze paragraaf worden bediscussieerd.

Dataverzameling

Er is met een zeer klein aantal allochtone ouders gesproken. De verwachting dat allochtone ouders moeilijk bereikbaar zijn en daardoor moeilijk te werven zijn is uitgekomen. Tijdens de focusgroepen is er met gemotiveerde ouders gesproken. Aangenomen wordt dat ongemotiveerde ouders niet deelnemen aan een focusgroep. Bovendien is er met allochtone ouders gesproken die de Nederlandse taal goed beheersen. Hierdoor is het generaliseren van de gevonden resultaten naar de gehele allochtone bevolking in Zwolle moeilijk.

De deelnemers aan de focusgroepen hebben zelf bepaald of hun kind overgewicht heeft. Er heeft geen meting van lengte en gewicht bij de kinderen van de ouders plaatsgevonden. Hierdoor kan het zijn dat allochtone ouders met een kind dat geen overgewicht heeft, hebben deelgenomen aan een focusgroep. Er is met weinig zorgverleners gesproken. Uitgangspunt was het interviewen van één zorgverlener uit elk onderdeel van het zorgpad. Uiteindelijk zijn er drie zorgverleners geïnterviewd en is niet uit elk onderdeel van het zorgpad een zorgverlener gesproken. De bevindingen van zorgverleners zijn veelal op opvattingen van één zorgverlener gebaseerd. Hierdoor is het generaliseren van de gevonden resultaten naar alle zorgverleners werkzaam in Zwolle moeilijk.

In de resultaten worden bij preventie voornamelijk citaten van de wijkverpleegkundige gebruikt. Bij behandeling worden voornamelijk citaten van de diëtist en de kinderfysiotherapeut gebruikt. Dit komt doordat deze zorgverleners in dit onderdeel van het zorgpad werkzaam zijn en daarom weinig ervaring hebben met een ander onderdeel van het zorgpad.

Data-analyse

In de vergelijking met de resultaten uit het Eindrapport Kinderen is er vanuit gegaan dat de resultaten uit het Eindrapport Kinderen gebaseerd zijn op autochtone kinderen met overgewicht en obesitas. De zorgverleners zijn echter niet specifiek bevraagd over autochtone kinderen met overgewicht en obesitas, maar over kinderen met overgewicht en obesitas in het algemeen. Het kan dus zijn dat zorgverleners uitspraken hebben gedaan die (ook) op allochtone kinderen met overgewicht en obesitas zijn gebaseerd. De verschillen en overeenkomsten die er vanuit het perspectief van de zorgverleners zijn tussen de zorg voor allochtone en autochtone kinderen met overgewicht en obesitas zijn daarom niet helemaal reëel.

6 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek.

6.1 Conclusies

Allochtone ouders voelen zich geen allochtoon. Zij willen dan ook niet op die manier worden bejegend. Ondanks dat zij zich geen allochtoon voelen, lopen zij toch tegen culturele verschillen aan. Dit uit zich in andere eetgewoonten en een ander klimaat in het land van herkomst. Ook hebben allochtonen onvoldoende inzicht in het zorgaanbod voor hun kind met overgewicht en obesitas. Communicatie levert volgens allochtone ouders geen problemen op tussen hen en zorgverleners. Zorgverleners ervaren echter wel problemen met communicatie tussen hen en allochtone ouders.

Allochtonen hebben andere verwachtingen van de zorg vergeleken met autochtonen. Allochtonen verwachten geen ondersteuning bij leefstijlverandering en weten niet dat zij dat kunnen krijgen. Zij zoeken vaker naar externe oplossingen. Echter, dé allochtoon bestaat niet. Tussen allochtonen van verschillende herkomst bestaan verschillen in zorgconsumptie en omgaan met overgewicht.

De zorg hoeft geen zichtbaar onderscheid te maken tussen allochtonen en autochtonen. Belangrijker is om allochtone kinderen met overgewicht en obesitas de zorg binnen te krijgen en binnen te houden door goed aan te sluiten op de belevingswereld van allochtonen en hen meer inzicht te geven in het Nederlandse zorgsysteem.

6.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van vervolgonderzoek en vervolgstappen voor de praktijk.

6.2.1 Vervolgonderzoek

De aanbevelingen voor vervolgonderzoek hebben te maken met enerzijds de beperkingen van dit onderzoek en anderzijds de mogelijkheden en nieuwe vraagstukken die uit dit onderzoek duidelijk zijn geworden.

De beperkingen van dit onderzoek zijn de kleine aantallen ouders en zorgverleners waarmee is gesproken. De vraag is of de resultaten naar alle allochtone ouders in Zwolle generaliseerbaar is. In vervolgonderzoek worden meer allochtone ouders en allochtone ouders van andere afkomst dan Turkije, Marokko en de Antillen betrokken bij het onderzoek. Daarnaast worden in vervolgonderzoek meer zorgverleners betrokken en is er uit elk onderdeel van het zorgpad minimaal één zorgverlener gesproken over hun ervaringen en opvattingen met allochtone kinderen met overgewicht en obesitas.

Uit dit onderzoek is gebleken dat allochtonen, met name Turken en Marokkanen, vaker zoeken naar externe oplossingen vergeleken met autochtonen. Vervolgonderzoek kan uitwijzen wat de reden hiervoor is en of dit cultuurbepalend is.

6.2.2 Vervolgstappen voor de praktijk

Allereerst is het belangrijk om binnen de ketenaanpak geen zichtbaar onderscheid te maken tussen allochtone en autochtone kinderen bij de uitvoering van preventie en behandeling van overgewicht.

De preventie van overgewicht vereist een brede aanpak. Dit betekent dat er vanuit alle mogelijke kanten (gezondheidszorg, scholen, omgeving) voorlichting wordt gegeven over gezonde voeding en beweging aan ouders en kinderen. Aandachtspunt hierbij is dat sportscholen en gezonde voeding betaalbaar zijn voor allochtonen. Interventies zijn laagdrempelig en wijkgericht om meer allochtone kinderen te betrekken.

Om meer allochtone kinderen met overgewicht en obesitas in de zorg te krijgen en te houden is het belangrijk dat er beter wordt aangesloten op de belevingswereld van allochtonen en rekening wordt gehouden met de wensen van elk individu. Zorg op maat is gewenst. De GGD en het consultatiebureau hebben een rol in het vroegtijdig signaleren en bespreken van overgewicht met de ouders. Zorgverleners hebben voldoende kennis van verschillende culturen om een passend advies te geven. Tevens kan het inschakelen van tolken, buurtmoeders, bezoekvrouwen helpen om beter op de belevingswereld van allochtonen aan te sluiten en communicatieproblemen te verminderen. De drempel om hulp te vragen kan worden verlaagd door hulp te kunnen vragen bij allochtone zorgverleners.

Tenslotte is het belangrijk dat allochtone ouders goed weten bij welke zorgverlener zij met hun kind met overgewicht terecht kunnen en wat die voor hen kan betekenen. Dit kan door middel van het geven van voorlichting en het verstrekken van folders of boekjes over desbetreffende zorginstellingen aan allochtone ouders.

7 Referenties

1. HiraSing RA, Fredriks AM, Buuren S van, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2001; 145, 1296-1303.
2. GGD IJssel-Vecht, 2004.
3. Fredriks AM, Buuren S van, HiraSing RA, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Alarming prevalences of overweight and obesity for children of Turkish, Moroccan and Dutch origin in The Netherlands according to international standards. *Acta Paediatrica*. 2005; 94: 496-498.
4. Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering. Centraal Bureau voor de Statistiek. 2009
5. Schokker DF, Visscher TLS, Nooyens ACJ, van Baak MA, Seidell JC. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands. *Obesity reviews*. 2007; 8: 101-107.
6. RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid
7. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*. 1999; 29: 563-70.
8. Kremers SPJ, Bruijn GJ de, Visscher TLS, Mechelen W van, Vries NK de, Brug J. Environmental influences on energy balance-related behaviors: a dual-process view. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2006; 3, 1-10.
9. Seidell JC, Visscher TLS. Voeding en Gezondheid – Obesitas. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2003; 147, 281-286.
10. Boot JMD, Knapen MHJM. Handboek Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht: Het Spectrum, 2001.
11. Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1999; 70: 145-148.
12. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Scott Thomson J, Miljard SC, Binns HJ. Parents' perception of their child's weight and health. *Pediatrics*. 2006; 117: 681-690.
13. Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Krysko Davis R. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*. 2005; 116: 94-101.
14. Derksen RE, Brink-Melis WJ, Renders CM, Seidell JC, Visscher TLS. Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle. Eindrapport Kinderen. Zwolle: ATW Overgewicht. 2010

15. Werkgroep Belangen Allochtone Zorgvragers. Het mes snijdt aan twee kanten: Visiedocument Belangen van Allochtone Zorgvragers. Arnhem: Zorgbelang Gelderland, 2006. pp. 11-16
16. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V., 2008.
17. College voor zorgverzekeringen. Van preventie verzekerd. Diemen, 2007.
18. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Bijlage 6: Ketenzorg en zorgnetwerken. Zoetermeer, 1998.
19. Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*. 2000; 1: 1-19.
20. Schrijvers G, Spreeuwenberg C, Laag H van der, Rutten G, Nabarro G, Schene A, Linden B van der, Acampo M. Disease management in de Nederlandse Context. Utrecht: Igitur Publishing & Archiving Services.
21. Drewes HW, Boom JHC, Graafmans WC, Struijs JN, Baan CA. Effectiviteit van disease management. Bilthoven: RIVM, 2008.
22. ZonMw. Diseasemanagement chronische ziekten. Den Haag, 2006.
23. Stichting Pharos. Migranten, preventie en gezondheidszorg. Utrecht: Pharos, 2010.
24. Raad voor de Volkgezondheid en Zorg. Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer, 2000.
25. Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. 3^e druk. Amsterdam: Boom Onderwijs.
26. <http://zwolle.buurtmonitor.nl/> (07-06-2010)
27. Keij I. Standaarddefinitie allochtonen. Centraal Bureau voor de Statistiek, 2000.

8 Bijlagen

Bijlage 1: Overgewicht en obesitas bij kinderen

Bijlage 2: Vraagroute allochtone ouders

Bijlage 3: Vraagroute zorgverleners

Bijlage 4: Codelijst

Bijlage 1: Overgewicht en obesitas bij kinderen

*Internationale criteria voor de signalering van overgewicht en obesitas bij jongens en meisjes
(Hirasing RA et al. Ned Tijdschr Geneeskd 2001; 145: 1303-8)*

Leeftijd (jaren)	jongens		meisjes	
	BMI <i>afkapwaarde overgewicht</i>	BMI <i>afkapwaarde obesitas</i>	BMI <i>afkapwaarde overgewicht</i>	BMI <i>afkapwaarde obesitas</i>
2	18,41	20,09	18,02	19,81
3	17,89	19,57	17,56	19,36
4	17,55	19,29	17,28	19,15
5	17,42	19,30	17,15	19,17
6	17,55	19,78	17,34	19,65
7	17,92	20,63	17,75	20,51
8	18,44	21,60	18,35	21,57
9	19,10	22,77	19,07	22,81
10	19,84	24,00	19,86	24,11
11	20,55	25,10	20,74	25,42
12	21,22	26,02	21,68	26,67
13	21,91	26,84	22,58	27,76
14	22,62	27,63	23,34	28,57
15	23,29	28,30	23,94	29,11
16	23,90	28,88	24,37	29,43
17	24,46	29,41	24,70	29,69
18	25,00	30,00	25,00	30,00
19	25,00	30,00	25,00	30,00
20	25,00	30,00	25,00	30,00
21	25,00	30,00	25,00	30,00

Bijlage 2: Vraagroute allochtone ouders

Algemeen

- Waaruit bestaat volgens u een gezonde leefstijl? Of: Wat betekent gezond voor u?
- Welke rol speelt u in het ontwikkelen van een gezonde leefstijl van uw kind?
- Wie spelen daarin nog meer een rol?
- Hoe kijken jullie aan tegen overgewicht?
- Is er wel eens iemand over het gewicht van uw kind begonnen? Wat vond u daarvan?
- Hoe denkt u dat het komt dat kinderen overgewicht krijgen?

Huidige situatie

Rol van ouders

- Doet u iets aan het gewicht van uw kind?
- Wat doet u eraan?

Ketenpartners

- Wie spelen een rol bij het voorkomen en behandelen van overgewicht?
- Welke rol vervullen zij?

Signalering

- Bepaalt u zelf of uw kind te zwaar is of bepaalt iemand anders dat?
- Heeft uw huisarts wel eens iets gezegd over het gewicht van uw kind? En andere zorgverleners?

Doorverwijzing

- Naar welke professional is uw kind weleens doorverwezen?
- Door welke professional is uw kind doorverwezen?
- Hoe zag de doorverwijzing eruit? Hoe heeft u het ervaren?

Behandeling/interventies

- Welke activiteiten voor uw kind zijn bij u bekend? Kent u bijvoorbeeld Club4Hero's?
- Waaruit bestond de behandeling van overgewicht van uw kind?
- Voldeed de behandeling aan uw verwachtingen?
- Hoe verliep de communicatie tussen u/uw kind en de zorgverlener?

Nazorg

- Welke nazorg heeft u gehad?
- Heeft er na behandeling nog contact plaatsgevonden tussen u/uw kind en de zorgverlener?

Gewenste situatie

Rol van ouders

- Welke rol speelt u in de gewenste situatie m.b.t. overgewicht?

Ketenpartners

- Wie spelen nog meer een rol in het voorkomen en behandelen van overgewicht in de gewenste situatie?

- Welke rol vervullen zij?

Signalering

- Op welke manieren kan de signalering van overgewicht worden verbeterd?

Doorverwijzing

- Op welke manieren kunnen de doorverwijzingen worden verbeterd?

Behandeling/interventies

- Welke activiteiten ontbreken in de huidige situatie?
- Hoe kunnen huidige activiteiten worden verbeterd?
- Welke zorg verwachten jullie voor uw kind met overgewicht?
- Waarop moet de behandeling van overgewicht van uw kind zich richten?
(voeding/beweging/opvoeding – individueel/gezin)
- Hoe kan communicatie tussen u/uw kind en de zorgverlener verbeterd worden?

Nazorg

- Wat verwachten jullie van welke zorgverlener na behandeling?

Bijlage 3: Vraagroute zorgverleners

Ketenpartners

- Welke rol heeft u in de huidige situatie m.b.t. preventie en behandeling van allochtone kinderen met overgewicht?
- Welke rol vervullen andere betrokken beroepsgroepen in jullie ogen?
- Welke beroepsgroepen ontbreken nog in de huidige situatie?
- Welke rol dienen zij te vervullen?
- Zijn er voor allochtone kinderen andere professionals in de keten gewenst?

Interventies

- Welke interventies zijn bij u/uw beroepsgroep bekend voor allochtone kinderen?
- Welke interventies voor allochtone kinderen ontbreken nog in de huidige situatie?
- Wat maakt een interventie voor allochtone kinderen in jullie effectief?

Signalering

- Signaleert/ziet u wel eens allochtone kinderen met overgewicht?
- Welke andere professionals hebben (ook) een rol bij de signalering van allochtone kinderen met overgewicht?
- Bepaalt u/uw beroepsgroep of er sprake is van overgewicht of doet de allochtone ouder dat zelf?
- Op welke manieren kan de signalering van overgewicht bij allochtone kinderen worden verbeterd?

Doorverwijzing

- Naar welke professional heeft u allochtone kinderen met overgewicht wel eens doorverwezen?
- Welke professionals hebben allochtone kinderen met overgewicht naar u doorverwezen?
- Is een doorverwijzing voor allochtone kinderen anders dan voor autochtone kinderen? Verwijst u een allochtoon kind bijvoorbeeld door naar een andere professional dan een autochtoon kind?
- Op welke manieren kunnen doorverwijzingen voor allochtone kinderen worden verbeterd?

Behandeling

- Waaruit bestond de behandeling van het allochtone kind met overgewicht?
- Verschilt dit van een behandeling van een autochtoon kind?
- Hoe verliep de communicatie tussen u en (de ouder van) het allochtone kind met overgewicht?

Monitoring

- Worden allochtone kinderen op eenzelfde manier gemonitord als autochtone kinderen?
- Wie heeft de verantwoordelijkheid voor goede monitoring van allochtone kinderen?
- Op welke manier kan monitoring worden verbeterd?

Bereik

- Kunt u iets vertellen over het bereik van de doelgroep?
- Hoe groot schat u het percentage van allochtone kinderen met overgewicht dat daadwerkelijk zorg krijgt?
- Op welke manier kan ervoor gezorgd worden dat een groter aantal allochtone kinderen dat in aanmerking komt voor interventies ook daadwerkelijk zorg verleend krijgen?

- Op welke manier kan het bereik van de doelgroep worden vergroot?
- Wat zit de doelgroep in jullie ogen op te wachten?

Deskundigheid

- Hebben professionals andere vaardigheden nodig voor het functioneren in de keten met allochtone kinderen vergeleken met autochtone kinderen?
- Welke vaardigheden zijn dat?

Bijlage 4: Codelijst

Allochtone ouders	Zorgverleners
<ul style="list-style-type: none"> • Aanleg overgewicht • Allochtonen worden slecht bereikt • Angstig voor ontstaan van ziektes • Artsen kunnen niks doen • Besef allochtoon zijn • Besef gevolgen overgewicht ontbreekt • Bespreekbaar maken • Beweegactiviteiten • Bewustwording vergroten • Communicatie geen probleem • Cultuurverschillen • Discipline ontbreekt • Eigen initiatief • Externe oplossingen • Geen ervaringen met zorg • Gelijkheid allochtonen en autochtonen • Gezonde voeding is duur • Goede voorbeeld zorgverleners • Hormoonstoornis oorzaak • Kind is zelf tevreden met gewicht • Kinderen zitten veel achter computer • Langer begeleidend traject • Lichaamsbouw oorzaak • Motiveren van kind is moeilijk • Nazorg ontbreekt • Niet aan verwachtingen voldaan • Omgeving speelt belangrijke rol • Oproep om lengte en gewicht te meten • Resultaatgericht • Rol ‘overgewichtdeskundigen’ • Rol GGD • Rol kinderpsycholoog • Rol scholen • Rol zorgverleners • Schooldiëtist • Serieus nemen • Sportcentrum voor kinderen gewenst • Sportscholen zijn duur • Standvastig zijn • Traktaties • Uitblijven resultaten • Van jongs af aan goede gewoontes aanleren • Verantwoordelijkheid ouders • Verkeerd eetpatroon • Volhouden is moeilijk • Voorbeeld ouders belangrijk • Voorlichting over voeding op school en in wijk • Vooroordelen van artsen • Weinig bewegen • Welvaart oorzaak • Zorg op maat • Zorg moet zichzelf laten zien 	<ul style="list-style-type: none"> • Allochtonen snel bijvoeden • Ander beeld van overgewicht • Andere verwachtingen • Besef gevolgen overgewicht ontbreekt • Bereik verhogen • Brede Scholen • Buurtmoeders/bezoekvrouwen • Communicatieproblemen • Cultuurverschillen • Drempel om hulp te vragen • Foldermateriaal vanuit Nederlands oogpunt • Gelijke behandeling • GGD en consultatiebureau signaleren • Grenzen stellen • Huisbezoeken • Interventies wijkgericht en laagdrempelig • Kinderen beheersen taal • Meer cultuurkennis • Minder bewegingscultuur • Minder kans om te scholen • Minder productkennis • Motivatie ontbreekt • Open staan voor adviezen • Oppervlakkig consult • Tijdgebrek • Tolk inschakelen • Uitblijven resultaten • Veel afhakers en wegblijvers • Weinig allochtonen in zorg • Witte zorg • Zorg binnen krijgen en houden